

## Kapitel II.2

# Personalbemessung in Deutschland: Ist und Soll

1985 urteilte der Bundesgerichtshof: Ein Krankenhausträger müsse schon »aus haftungsrechtlicher Sicht zur eigenen Absicherung auf eine nachweisbare Stellenbedarfsermittlung und -belegung bedacht sein.« (VI ZR 234/83)

Eine ganz andere Sicht hatte 1995 der »Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« (seit 2004 »Sachverständige zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen«), der mit neoliberalen Wissenschaftlern bestückte *Think Tank* der Bundesregierung zum Gesundheitswesen: »Hindernisse für eine Flexibilisierung bilden auch die vorgegebenen Personalanhaltszahlen und die Pflegepersonalregelung. Diese Regelungen zementieren – in Anlehnung an das durch das GSG abgeschaffte Selbstkostendeckungsprinzip – Kostenstrukturen, die sich erst im Wettbewerb bewähren müssten« (Sondergutachten 1995, S. 127).

Zwischen beiden Aussagen liegen zwölf Jahre. Sie markieren einen tiefgreifenden Wandel in den Vorstellungen, wie Krankenhäuser finanziert werden sollen. Sie markieren auch eine massive Verschärfung der Arbeitsbelastung der Beschäftigten in den Krankenhäusern und einen Angriff auf die Sicherheit der Patient\*innen.

### ► Anhaltszahlen

Seit Ende der sechziger Jahre reklamierten die Krankenkassen zunehmend, dass sie gesetzlich nur verpflichtet seien, die Kosten eines wirtschaftlich arbeitenden Krankenhauses zu tragen. Dementsprechend wurden immer mehr Wirtschaftlichkeitsprüfungsfirmen beauftragt, diese Wirtschaftlichkeit festzustellen. Um in diesen Auseinandersetzungen bessere Argumente zu haben, hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft erstmals 1969 und dann überarbeitet 1974 sogenannte »Anhaltszahlen« für die beiden wichtigsten Berufsgruppen im Krankenhaus, die Ärzt\*innen und die

Pflegekräfte, veröffentlicht. Die Anhaltszahlen gaben das Verhältnis von Ärzt\*innen bzw. Pflegekräften zu durchschnittlich belegten Betten wieder. Dies ist zwar ein relativ ungenauer Parameter, denn es fällt damit unter den Tisch, wie schwer krank der jeweilige Patient ist. Aber immerhin war es ein Anfang, um sich mit den Krankenkassen auf einen Maßstab für die Wirtschaftlichkeit zu einigen. Andererseits stellten diese Anhaltszahlen aber auch einen gewissen Schutz für die Beschäftigten dar, weil jetzt sie und ihre Interessenvertretungen intervenieren konnten, wenn diese Zahlen unterschritten wurden.

Interessant dabei ist, dass die Initiative für die Anhaltszahlen von der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausging, genau jener Organisation, die in den letzten 15 Jahren eine gesetzliche Personalbemessung mit allen Mitteln bekämpft hat. Interessant ist auch, dass diese ablehnende Haltung genau jetzt wieder ins Wanken kommt, seitdem durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz ab 2020 für den Pflegebereich wieder die Selbstkostendeckung eingeführt wurde (Kapitel I.12) und dieselbe Problematik entstehen wird wie in den siebziger Jahren. Die Frage lautet: Wieviel Personal ist wirtschaftlich und wieviel müssen die Kassen finanzieren?

### ► WIK – Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus

Diese erste Form der Personalbemessung durch die Anhaltszahlen griffen in den 70er Jahren die Gemeindeprüfungsanstalten der Länder auf und entwickelten sie weiter. Die umfassendsten Unterlagen hierzu gab es in Baden-Württemberg und in Bayern (»WIK – Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus« und »Personaleinsatz und Personalkosten im Krankenhaus«). Die Anhaltszahlen für Pflegekräfte und Ärzt\*innen wurden übernommen und es wurden für alle anderen Berufsgruppen ebenfalls Anhaltszahlen entwickelt. In vielen Krankenhäusern war dies ein wichtiger Schritt, um Beschäftigte vor Überlastung zu schützen. Noch bis weit in die Neunzigerjahre hielten die Gemeindeprüfungsanstalten diese Zahlen auf dem Laufenden und wendeten sie auch an, was zumindest auf die kommunalen Krankenhäuser Druck ausübte, diese Zahlen auch einzuhalten.

### ► PPR und Psych-PV

Im Rahmen der Auseinandersetzungen um den Pflegenotstand in den achtziger Jahren und weil Anfang der 90er Jahre noch Elemente der Selbstkostendeckung in Kraft waren, entschied die Bundesregierung mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eine ge-

setzliche Personalbemessung einzuführen, die sogenannte Pflegepersonalregelung (PPR) für die somatischen Medizin und die Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV) für die Psychiatrie. Diese Maßnahme sollte erreichen, dass mehr Pflegekräfte angestellt werden. Dies war auch erfolgreich. So erfolgreich, dass die Bundesregierung bereits 1996 die Regelung wieder außer Kraft setzte, weil ihr die Kosten zu hoch wurden. Außerdem kamen in dieser Zeit dann schon die Vorstellungen auf, ein Preissystem einzuführen. Wie der Sachverständigenrat richtigerweise feststellte (siehe oben), passen eine Personalbemessung und ein Preissystem nicht zueinander. Die Frage, was von beidem gemacht wird, hat die Bundesregierung dann eindeutig entschieden: Personalbemessung weg, Preise her.

Die PPR ist eigentlich ein mustergültiges Verfahren der Personalbemessung. Sie wurde durch eine Expertengruppe ausgearbeitet. In ihrem Rahmen wurden zunächst die einzelnen Tätigkeiten der Pflege definiert und je nach Schweregrad mit unterschiedlichen Minutenwerten hinterlegt (Praxistests und Fachbefragungen). Dann wurden die Tätigkeiten und Minutenwerte zu Gruppen entsprechend dem Pflegeaufwand zusammengefasst (allgemeine Pflege drei Schweregradstufen, spezielle Pflege ebenfalls drei Stufen, insgesamt neun Gruppen). Jeder Patient wurde jeden Tag einer dieser Stufen zugeordnet. Aufgrund der festgelegten Minutenwerte ergab sich die Zeit, die für die Pflege des Patienten pro Tag notwendig war. Hinzu kamen Werte für Verwaltungsarbeiten und Werte für die Aufnahme und die Entlassung. Aufsummiert und geteilt durch die Arbeitszeit einer Pflegekraft, ergab sich die notwendige Zahl von Vollkräften.

Die konkreten Minutenwerte sind heute veraltet, aber das Verfahren war korrekt (analytisches Minutenwertverfahren, s.u.) und stellt auch für die Zukunft die Blaupause für eine sachgerechte Ermittlung von notwendigen Personalzahlen dar.

## ► DRG-Methode

Im Rahmen der DRG-Einführung machte dann ein anderes »Personalbemessungssystem« Furore. Es handelt sich um die Ableitung der Personalbesetzung aus den Durchschnittswerten der Kosten in den DRG: Aus den Kalkulationsdaten der Krankenhäuser sind die Kosten für jede Berufsgruppe bekannt. Sie werden jährlich für jede DRG vom InEK im sogenannten DRG-Browser veröffentlicht. Das heißt, jedes Krankenhaus kann nachlesen, wie viel bezogen auf jede DRG im bundesdeutschen Durchschnitt z.B. an Pflegekosten ausgegeben wird. Hochgerechnet auf das Patientengut des einzelnen Krankenhauses ergibt sich damit ein Vergleichswert (Bench-

mark), mit dem die eigenen Kosten verglichen werden. Damit kann wiederum die Beschäftigtenzahl bezogen auf die einzelnen Abteilungen und Stationen definiert werden, die durch die DRG finanziert ist.

Bei dieser Art von Benchmarking kann es nur einen Verlierer geben: die Beschäftigten. Die Fehler dieses Systems sind eigentlich offensichtlich. Das interessiert die Geschäftsleitung aber nicht bei ihrem Bestreben, die Personalkosten der Krankenhäuser zu senken. Dieses System ist deswegen so infam, denn:

1. Es wird kein Soll definiert, das den tatsächlichen Bedarf an Pflege widerspiegelt.
2. Das Soll wird aus dem Ist abgeleitet. Jeder Betriebswirt lernt, dass Ist mit Ist zu vergleichen unsinnig ist, weil man entweder Verschwendung mit Verschwendung oder Mangel mit Mangel vergleicht. Im Fall der Pflege dürfte unstrittig sein, dass es sich um Mangel handelt. Das heißt, der bestehende Mangel wird zur Norm erklärt.
3. Hinzu kommt (weil Kosten verglichen werden), dass das unterschiedliche Lohnniveau, das es in deutschen Krankenhäusern gibt (sowohl regional als auch z.B. zwischen öffentlichen und privaten Trägern), Einfluss auf die »notwendigen« Stellen nimmt. Anders gesagt, können sich kommunale Krankenhäuser in Baden-Württemberg damit weniger Stellen leisten als private Anbieter im Osten Deutschlands. Auch dies verfälscht das Verfahren völlig.

Dies alles führt zu einem klassischen Kellertreppeneffekt: Es wird ja mit Durchschnittswerten verglichen. Da jeder versucht, unter dem Durchschnitt zu bleiben, um keine Verluste zu machen, sinkt der Durchschnitt im Laufe der Jahre mit jedem neu berechneten DRG-Katalog und man schadet sich nicht nur selber, sondern auch allen anderen, weil auch auf sie der Druck erhöht wird.

Aufgrund des Gesagten ist eigentlich offensichtlich, dass es sich hierbei nicht um ein wirkliches Personalbemessungsverfahren, sondern um einen üblen Trick zur Kostenreduzierung handelt. Mit einer sachgerechten Ermittlung des Personalbedarfs hat es jedenfalls nichts zu tun.

### ► Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegepersonalquotient

In den letzten Jahren hat sich massiver Widerstand sowohl gegen die Ökonomisierung des Gesundheitswesens durch die DRG als auch gegen die miserablen Arbeitsbedingungen der Beschäftigten aufgebaut. Die Bundesregierung hat darauf einerseits

mit Pflegeförderprogrammen (neu geschaffene Stellen in der Pflege mussten von den Kassen voll finanziert werden) und andererseits mit den sogenannten »Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen« reagiert: Für einen kleinen Teil der Pflegebereiche wurden Untergrenzen der Personalausstattung festgelegt, die so schlecht sind, dass sie selbst bei Einhaltung nichts an der Arbeitsüberlastung und der Unterversorgung der Patient\*innen ändern. Auch dies ist ein völlig untauglicher Versuch, der nichts mit einer wirklichen Personalbedarfsermittlung zu tun hat. (Kapitel I.12)

Den Höhepunkt dieses unsäglichen gesetzlichen Untergrenzenkonstrukts bildet ab 2020 der sogenannte »Pflegepersonalquotient«: Eine Untergrenze für das Verhältnis von Pflegekräften zu Patient\*innen für das gesamte Krankenhaus und im Durchschnitt eines Jahres! Wie da der Schutz der Patient\*innen und der Beschäftigten realisiert werden soll, bleibt das Geheimnis des Bundesgesundheitsministers. Jedenfalls werden sich die Geschäftsführungen freuen, weil ihnen eine solche Regelung maximale Flexibilität verschafft. (Kapitel I.12)

### ► Psych-PV Minus oder Plus?

Im Bereich der Psychiatrie ist der Versuch, DRG einzuführen (dort PEPP genannt), auf halber Strecke stecken geblieben. Dementsprechend gilt dort auch die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) noch. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA – oberstes Selbstverwaltungsorgan im Gesundheitswesen) hat mit dem Psychiatrieversorgungsverbesserungsgesetz (Psych-VVG) den Auftrag erhalten, die immer noch geltenden Regelungen der Psych-PV bis Ende 2019 zu überarbeiten. Zwischenzeitlich gibt es die neue Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL). Zusammengefasst stellt sie keine wirkliche Verbesserung dar. (Kapitel I.13)

### ► Initiative von ver.di und DKG für eine neue gesetzliche Personalbemessung (PPR 2.0)<sup>76</sup>

2018 wurde mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz beschlossen, dass ab 2020 die Pflegekosten aus den DRG ausgegliedert werden und in Form eines Pflegebudgets

---

76 Seit dem 12. Juni 2024 gibt es eine Pflegepersonalbemessungsverordnung, es fehlen aber noch Erfahrungswerte.

vollständig, krankenhausindividuell von den Krankenkassen finanziert werden müssen (Kapitel I.12). Diese (teilweise) Abkehr von Preisen ist nur den Beschäftigten und ihren Aktionen zu verdanken. Insbesondere die von ver.di abgeschlossenen (Tarif-) Vereinbarungen zum Thema Personalbemessung haben der Diskussion um eine echte Personalbemessung Auftrieb verliehen.

Zwar gilt ab 2020 für die gesamten Pflegepersonalkosten die Wirtschaftlichkeitsvermutung, das heißt, die Kassen können nicht einwenden, dass die Personalkosten für die Pflege zu hoch seien und müssen jede vorhandene Vollkraft finanzieren. Es ist aber abzusehen, dass dieser Zustand nur eine kurze Zeit anhalten wird. Und hier kommt eine gesetzliche Personalbemessung wieder ins Spiel. Denn wenn der Streit, was wirtschaftlich ist, zwischen Kassen und Krankenhäusern nicht wieder beginnen soll, braucht es diese gesetzliche Personalbemessung. Außerdem könnten damit die unsäglichen Pflegepersonaluntergrenzen wieder beseitigt werden. Diese Erkenntnis reifte jetzt offensichtlich auch bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und sie hat sich mit ver.di und dem Deutschen Pflegerat (DPR) zusammengetan, um auf der Basis der alten PPR einen Vorschlag für eine neue gesetzliche Personalbemessung zu machen. Im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zugesagt: *»Der Deutsche Pflegerat, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und ver.di entwickeln bis 31. Dezember 2019 einen Interims-Vorschlag für ein Pflegepersonalbemessungsverfahren und präsentieren dieses den Selbstverwaltungspartnern und dem Bundesministerium für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit wird diesen Vorschlag im Lichte der Zielsetzungen der Konzentrierten Aktion Pflege ergebnisoffen prüfen.«*

Ver.di will sinnvollerweise, dass diese Personalbemessung in Bezug auf jede Schicht und jede Station gültig ist und auch eingehalten werden muss. Demgegenüber verfolgt die DKG den sogenannten »Ganzhausansatz«, d.h. sie will die Personalbemessung eigentlich nur im Außenverhältnis zu den Kassen gelten lassen, damit diese keine Möglichkeit haben, Unwirtschaftlichkeit zu reklamieren. Im Innern des Hauses berufen sie sich auf die unternehmerische Freiheit des Managements und möchten gerne, dass das Personal nach ökonomischen Überlegungen herumgeschoben werden kann: mehr Personal in die Nadelöhre und zu den *Cash Cows*, damit der Rubel rollt. Der Rest guckt in die Röhre.

Zwischenzeitlich haben sich DKG, DPR und ver.di geeinigt. Die wichtigsten Festlegungen dieser »PPR 2.0« genannten Regelung sind:

- Die Regelung folgt relativ eng der alten PPR. Die Minutenwerte und die Einstufung in die einzelnen Schweregradgruppen wurden überarbeitet. Es gibt zusätzlich zwei weitere Stufen mit höchstem Schweregrad (A4 und S4), dafür entfällt der Pflegekomplexmaßnahmen-score (PKMS)<sup>77</sup>. Die Einstufung der Patient\*innen erfolgt täglich.
- Nach den Ergebnissen eines Testlaufs dieser PPR 2.0 in verschiedenen Krankenhäusern erhöhen sich mit der PPR 2.0 die gemessenen Werte um ca. 8% im Vergleich zur alten PPR. Nach gemeinsamer Einschätzung von DKG und ver.di würde dies eine Erhöhung des notwendigen Personals um 40.000 bis 80.000 Vollkräfte bedeuten. Voraussetzung für die Umsetzung ist die vollständige Refinanzierung durch die Kassen.
- Die ermittelten Zahlen sollen in jedem Krankenhaus in einen Stellenplan (auf Stationsebene) umgesetzt werden, dessen Einhaltung kontrolliert wird. In jedem Krankenhaus sind Ausfallkonzepte vorzuhalten.
- Die betrieblichen Interessenvertretungen haben zwar umfassende Informationsrechte, ihre Mitbestimmungsrechte richten sich aber nach den gesetzlichen Vorgaben (Landespersonalvertretungsgesetze, Betriebsverfassungsgesetz, kirchliche Regelungen) und sind damit kaum oder nicht vorhanden. Explizit wird in der Regelung ausgeführt, dass das Letztentscheidungsrecht bei der Geschäftsführung bzw. der Pflegedirektorin liegt.
- Erstmals gibt es auch Vorgaben für den Nachtdienst (mindestens eine Fachkraft und eine Hilfskraft), die allerdings bei »kleinen Stationen« unterschritten werden können.
- Für Intensivmedizin und Pädiatrie soll »zeitnah« ebenfalls ein Instrument erarbeitet werden.

Dass es überhaupt zu einer Einigung kam, ist ein Riesenerfolg, der nicht zuletzt durch die Proteste der Betroffenen und durch die ver.di-Streiks für eine Personalbemessung herbeigeführt wurde. Gesetzliche Personalbemessung ist wieder »gesellschaftsfähig« geworden.

Problematisch bei der Regelung sind vier Punkte:

---

77 Der PKMS ist ein hochbürokratisches und sehr arbeitsaufwändiges Instrument, um bei Schwerstpflegefällen eine höhere Vergütung zu bekommen. Er hat nur den Nachteil, dass die Gelder, die hier mehr fließen, automatisch bei der restlichen Pflege abgezogen werden. Ein klassisches Nullsummenspiel. Nach Einführung des Pflegebudgets hat er erst Recht keine Bedeutung mehr.

- Es ist völlig unklar, ob das BMG diese Vorschläge übernimmt, und wenn es das nicht tut, ob die DKG bereit ist, diese Regelungen auch so anzuwenden.
- Es ist eine relativ lange Einführungszeit (zwei Jahre nach Inkrafttreten der PPR 2.0) geplant, in der alles nochmal geändert (»validiert«) werden kann und in der die festgestellten, notwendigen Personalzahlen nur zu einem bestimmten Prozentsatz (soll krankenhausindividuell vereinbart werden – natürlich mit Letztentscheidungsrecht der Geschäftsführung) eingehalten werden müssen.
- Es ist zwar eine relativ hohe Transparenz in Bezug auf die Unterschreitung der ermittelten PPR-Zahlen vereinbart. Die verbrieften Einflussmöglichkeiten (Mitbestimmungsrechte) der betrieblichen Interessenvertretungen sind aber eher minimal. Am ehesten wird man Einfluss über den Aufbau von politischem Druck und »Öffentlichkeitsarbeit« bekommen, wenn im einzelnen Krankenhaus die PPR-Zahlen unterschritten werden.
- Die Frage von Sanktionen ist ebenfalls nicht geregelt, wobei aus unserer Sicht betriebliche Sanktionen (Bettschließungen, Entlastungsschichten), die zu einer Entlastung der Beschäftigten führen, wesentlich besser sind als Geldstrafen zugunsten der Krankenkassen.

## ► Anforderungen an eine sachgerechte Personalbemessung

Man kann mehrere Arten der Personalbemessung unterscheiden.

- Arbeitsplatzmethode
- Kennzahlen / *Nurse-to-Patient-Ratio*
- analytisches Minutenwertverfahren

Die **Arbeitsplatzmethode** fragt einfach, wie viele Arbeitskräfte (zum Beispiel in der Pforte) notwendig sind, um für einen Arbeitsplatz eine dauerhafte Besetzung sicherstellen zu können – unter Berücksichtigung von Ausfallzeiten, Urlaub, Tag- und Nachtschicht, usw. Dies ist die einfachste Methode, aber sie ist eigentlich nur für Einzelarbeitsplätze geeignet.

Die **Kennzahlenmethode** (z.B. bezogen auf den Pflegebereich eine *Nurse-to-Patient-Ratio*) legt eine Verhältniszahl zwischen Patient\*innen und Pflegekräften fest, die eingehalten werden muss. Dabei können natürlich unterschiedliche Fachabteilungen unterschiedliche Kennzahlen erhalten. Die Festlegungen erfolgen in aller Regel als Ableitung aus dem bestehenden Ist – mit allen Problemen (s.o.). Die jetzige Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUGV) ist ein Beispiel. Auch wenn man

diese Kennzahl höher ansetzen würde (z.B. unter Einbeziehung von Expertenbefragungen oder auf dem Niveau von anderen Ländern, die eine bessere Ratio haben), ist diese Methode nicht ideal, weil sie ebenfalls nicht vom objektiven Pflegebedarf des einzelnen Patienten ausgeht, sondern von sehr groben Durchschnittswerten. Bezogen auf die einzelne Station kann es zu einer Überbesetzung kommen, im Verhältnis zu einer anderen Station, in der sehr viele Schwerstpflegefälle versorgt werden müssen, die dann entsprechend unterbesetzt wäre. Die Einbeziehung der Fallschwere bezogen auf die jeweiligen Fachgebiete (wie in der PPUGV für die nächsten Jahre geplant) beseitigt das Problem nicht. Immer noch fehlt die Abbildung des tatsächlichen Pflegebedarfs des einzelnen Patienten.

Das **analytische Minutenwertverfahren** ist das sachgerechteste und genaueste. Es lag der Entwicklung der PPR zugrunde. Die Arbeit wird in Einzeltätigkeiten aufgliedert, dabei müssen natürlich auch emotionale Tätigkeiten wie Gespräche, Selbstreflexion etc. berücksichtigt werden. Diesen Tätigkeiten werden Minutenwerte entsprechend dem Schweregrad und dem Arbeitsaufwand zugeordnet, die empirisch erhoben und von Expert\*innen verifiziert werden. Die Minutenwerte werden zu Schweregradgruppen zusammengefasst. Umgekehrt werden dann die Patient\*innen täglich diesen Gruppen zugeteilt. So entstehen Minutenwerte für die Behandlung oder Pflege eines Patienten, die wiederum hochgerechnet auf alle Patient\*innen und auf das ganze Jahr genutzt werden können, um den Stellenbedarf zu ermitteln. Entsprechende Verfahren sind für alle Berufsgruppen möglich. Die Anwendung ist denkbar einfach, weil jeder Patient nur jeweils einer der Gruppen zugeteilt werden muss. In vielen Kliniken wird die alte PPR immer noch zur Zuordnung der Pflegekosten im Rahmen der DRG-Kalkulation missbraucht. Der Vorteil davon ist aber, dass sie nach wie vor gut bekannt ist und keinen großen Einarbeitungsaufwand erfordern würde.

Eine sachgerechte neue Personalbemessung muss auf der Basis dieses analytische Minutenwertverfahrens erfolgen, was sicherlich eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen wird. Als Übergangsregelung ließe sich eine »PPR plus« gestalten, die bis zum Inkrafttreten der neuen Regelung gilt. Dabei gibt es verschiedene Ansatzpunkte, um die alte PPR zu renovieren:

- Die Minutenwerte werden mit einem Faktor entsprechend der eingetretenen Verweildauerverkürzung hochgerechnet.
- Die Zeiten für spezielle Pflege werden verdoppelt.
- Die Werte für Verwaltungstätigkeiten werden erhöht.
- Es wird eine weitere Schweregradstufe (»A4S4«) hinzugefügt.

Ein anderer einfacher Ansatz wäre es, die Minutenwerte pauschal um 10-15% zu erhöhen.

Man sieht: An einer Personalbemessung kommt man, wenn man von den Interessen der Beschäftigten und der Patient\*innen ausgeht, nicht vorbei. Die Zeit ist reich und die Chancen waren in den letzten 20 Jahren noch nie so groß, eine sachgerechte Personalbemessung tatsächlich einzuführen. Die Tatsache, dass die Pflegepersonal-kosten jetzt in einem individuellen Budget vereinbart werden und nicht mehr den DRG unterliegen, zwingt eigentlich zur Einführung der Personalbemessung.

Eine große Problematik bleibt, dass nur die Kosten der Pflege aus den DRG herausgerechnet werden sollen und die anderen Berufsgruppen weiterhin über DRG finanziert werden. Es besteht die Gefahr, dass jetzt andere Berufsgruppen zum Sparpfänger werden, weil die Pflege hierfür nicht mehr zur Verfügung steht. Insofern ist es nur konsequent zu fordern, dass alle Personalkosten aus den DRG herausgerechnet werden. Genau dies haben in der Zwischenzeit Ärzt\*innen, MTAs und andere Berufsgruppen gefordert.

Umgekehrt gilt: Wenn es gelingt, eine echte Personalbemessung für alle Berufsgruppen einzuführen, kombiniert mit der Pflicht der Kassen, das notwendige Personal auch zu vergüten, wäre das der Anfang vom Ende der DRG, weil dann alle Personalkosten aus den DRG ausgegliedert wären und sich der Aufwand der DRG-Anwendung nur für die Sachkosten nicht lohnen würde. Das macht die große Bedeutung des Kampfes um eine gesetzliche Personalbemessung für die von uns angestrebte Abschaffung der DRG aus.

## ► Hinderungsgrund Pflegekräftemangel?

Ein Problem bleibt: Wie bekommt man die notwendigen Pflegekräfte zur Einhaltung dieser Personalbemessungszahlen? Insbesondere die Krankenhausgesellschaften und die Geschäftsleitungen der Krankenhäuser bemühen gerade diese Frage, um die Sinnlosigkeit einer Personalbemessung zu demonstrieren. Durch Nichtstun wird sich die Lage aber nur noch verschärfen. Umgekehrt wird also ein Schuh daraus:

Eine aktuelle Studie<sup>78</sup> kommt zu dem Ergebnis, dass es ein Rückkehrpotential von zwischen 120.000 und 200.000 ausgebildeten Pflegekräften gibt, die derzeit nicht in der Pflege arbeiten: »Grundvoraussetzung für eine Rückkehr in den Pflege-

---

78 »Hartmann#PflegeComeBack Studie – Hintergründe zu Ausstieg und Rückkehr in den Pflegeberuf«, November 2018, [www.hartmann.info](http://www.hartmann.info)

beruf sind andere Strukturen und Arbeitsbedingungen, mehr Personal und bessere Bezahlung«, so die Studie.

Zu einer Personalbemessung, die den Beruf wieder attraktiv macht, gehört auch, dass es Konsequenzen bei der Belegung der Betten und der Patient\*innenaufnahme hat, wenn die festgelegten Personalzahlen nicht eingehalten werden. Tatsächlich kann es dabei zu Versorgungsengpässen für Patient\*innen kommen. Gegner\*innen einer Personalbemessung sehen hier einen Beweis für die angebliche Unmöglichkeit, einen verbindlichen Personalschlüssel in der täglichen Praxis anzuwenden. Dem ist entgegenzuhalten: Würden keine Betten gesperrt, wären die Patient\*innen schlecht oder sogar gefährlich versorgt. Wenn Versorgungsengpässe auftreten, stellt sich den Verantwortlichen die Aufgabe, medizinisch unnötige Maßnahmen zu verhindern, die sinnlos Personal binden und das knappe und kostbare Personal bedarfsgerechter zu verteilen. Mit solchen Konsequenzen bricht nicht die Versorgung zusammen, sondern die Versorgung der Patient\*innen wird besser.

### ► Fazit

Wer also will, dass Pflegekräfte wieder in ihren Beruf zurückkehren, dass teilzeitbeschäftigte Pflegekräfte ihren Beschäftigungsumfang erhöhen oder dass Menschen eine Pflegeausbildung beginnen, muss über eine gesetzliche Personalbemessung gewährleisten, dass die Arbeitsbelastung weniger wird, und er muss die Arbeit der Pflegekräfte deutlich besser bezahlen, weil auch das eine Frage der Wertschätzung ist.