

pg papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit

pg-papers 03/2014

November 2014

Personalbemessung und Vergütungsstrukturen in der stationären Versorgung

Prof. Dr. Stefan Greß, Prof. Dr. Klaus Stegmüller

Hochschule Fulda
University of Applied Sciences



Prof. Dr. Stefan Greß, Prof. Dr. Klaus Stegmüller

Personalbemessung und Vergütungsstrukturen in der stationären Versorgung

Gutachterliche Stellungnahme für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)



pg-papers 03/2014

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.d-nb.de> abrufbar.

pg-papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

Herausgeber:

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Marquardstraße 35

D-36039 Fulda

Tel: +49(0)661/9640-600

Fax:+49(0)661/9640-649

ISBN 978-3-940713-13-1

Copyright © pg-papers, November 2014

Inhalt

Kurzfassung.....	6
1 Einleitung.....	8
2 Personalausstattung und Qualität.....	10
2.1 Personalausstattung, Qualifikationsmix und Outcomes	10
2.2 Personalausstattung, Kontextfaktoren und Outcomes	15
3 Maßnahmenpaket für die Verbesserung der Personalausstattung.....	16
3.1 Vorübergehende Wiedereinführung der PPR.....	17
3.2 „Pakt für gute Pflege“	20
3.3 Entwicklung eines optimierten Instruments zur Personalbemessung.....	22
3.4 Personalausstattung und Attraktivität des Pflegeberufs	23
4 Tabellenverzeichnis	25
5 Abbildungsverzeichnis	25
6 Literatur	26

Kurzfassung

Hohe Evidenz für engen Zusammenhang zwischen Personalausstattung in der Pflege und Qualität der Versorgung.

In der internationalen Literatur ist ein enger Zusammenhang zwischen einer guten Personalausstattung in der stationären Krankenhauspflege und einer qualitativ hochwertigen Versorgung gut dokumentiert. Die Sterblichkeit von Patientinnen und Patienten in Kliniken mit einer besseren Ausstattung an qualifizierten Pflegekräften ist niedriger als in Kliniken mit einer geringeren Personalausstattung in der Pflege. Außerdem kann eine gute Personalausstattung in der Pflege entscheidend zur Vermeidung von Stürzen beitragen. Umgekehrt gibt es starke Anzeichen dafür, dass eine niedrige Personalausstattung Fehler bei der Medikation begünstigt und die Gefahr von Infektionen im Krankenhaus erhöht. Zudem sinkt bei einer guten Personalausstattung die vom Pflegepersonal subjektiv empfundene Unterversorgung.

Die Situation in der stationären Versorgung in Deutschland ist seit 1996 davon gekennzeichnet, dass sich die Personalausstattung in der Pflege bei deutlich steigenden Anforderungen kontinuierlich verschlechtert hat. Vor dem Hintergrund der internationalen Evidenz gefährden dieser Trend und die daraus resultierende Arbeitsverdichtung für die Pflegenden die Qualität der Versorgung und die Gesundheit der Patientinnen und Patienten.

Zur Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege ist die sofortige Implementierung eines umfassenden Maßnahmenpakets notwendig.

Es besteht akuter Handlungsbedarf, damit eine verbesserte Personalausstattung in den Krankenhäusern, Abteilungen und Stationen schnell wirksam werden kann. Die Gutachter schlagen daher folgendes Maßnahmenpaket vor – den *Pakt für gute Pflege*:

1. Die Bundesländer erklären mit Wirkung vom 1. Januar 2015 die Pflegepersonal-Regelung (PPR) als Instrument zur Berechnung der Personalmindestausstattung an deutschen Akutkliniken für verbindlich. Die Bundesländer überwachen außerdem die Einhaltung der auf der Grundlage der PPR errechneten Personalmindestausstattung in den Krankenhäusern des jeweiligen Landes und veröffentlichen sowohl die IST- als auch die SOLL-Personalausstattung an den jeweiligen Kliniken.
2. Die Bundesländer tragen ein Drittel des notwendigen Finanzbedarfs, indem sie sich verpflichten, die Finanzierung der Investitionen in den Jahren 2015 bis 2017 zu erhöhen. Diese Maßnahme verringert den Druck auf die Krankenhäuser, notwendige Investitionen aus den laufenden Einnahmen bzw. dem Abbau von Pflegepersonal zu finanzieren. Bundesländer, die ihrer Verantwortung für die Investitionskostenfinanzierung in der Vergangenheit in höherem Ausmaß gerecht geworden sind, müssen einen geringeren Teil des zusätzlichen Finanzbedarfs finanzieren.
3. Die Kostenträger finanzieren ein weiteres Drittel des notwendigen Finanzbedarfs über eine Erhöhung der jeweiligen Landesbasisfallwerte. Durch die Überwachungsfunktion der Bundeslän-

der muss sichergestellt werden, dass die zusätzlichen Mittel auch für die Einhaltung der Personalmindeststandards in der Pflege verwendet werden.

4. Die Kliniken finanzieren das verbleibende Drittel des notwendigen Finanzbedarfs durch interne Umschichtungen bzw. Effizienzsteigerungen. Kliniken, die schon heute quer zum landesweiten Trend eine hinreichende Personalausstattung in der Pflege aufgebaut haben, müssen so einen geringeren Finanzierungsanteil tragen als solche Kliniken, die einen unterdurchschnittlichen Personalbestand vorhalten.
5. Während eines Übergangszeitraums von drei Jahren muss ein optimiertes Instrument zur objektiven Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs entwickelt werden, mit dessen Hilfe die Personalausstattung in der Pflege dauerhaft verbessert wird.

Für die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs ist eine verbesserte Personalausstattung in der stationären Krankenhauspflege eine notwendige aber keine hinreichende Voraussetzung.

Die Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege ist nicht nur eine wichtige Voraussetzung für die Verbesserung der Versorgungsqualität in der stationären Versorgung. Eine bessere Personalausstattung kann auch entscheidend dazu beitragen, die Ausübung des Pflegeberufs wieder attraktiver zu machen. Dies wiederum ist eine wichtige Voraussetzung dafür, den steigenden Personalbedarf in der Pflege auch durch qualifizierte Pflegekräfte auf dem Arbeitsmarkt abdecken zu können.

Einerseits kann eine am Pflegebedarf orientierte Personalausstattung dazu führen, dass die bereits berufstätigen Pflegekräfte entlastet werden. Damit wird es den Pflegenden ermöglicht, länger als bisher im Pflegeberuf zu verbleiben als dies in der Vergangenheit der Fall war. Andererseits drücken eine verbesserte Personalausstattung und der vorgeschlagene „Pakt für gute Pflege“ eine erhöhte gesellschaftliche Wertschätzung für die Pflegenden aus. Es ist zu erwarten, dass der Pflegeberuf damit auch für Jugendliche wieder attraktiver wird und Ausbildungs- und Studienplätze im Pflegebereich stärker nachgefragt werden.

1 Einleitung

Ein Blick in die zentralen Kennziffern der stationären Akutversorgung Deutschlands zeigt eine ausgesprochen bedenkliche Entwicklung. Seit 2005 sind auf der einen Seite die Fallzahlen deutlich angestiegen – von rund 16,5 Mio. Fällen auf rund 18,8 Mio. Fälle im Jahr 2013. Das entspricht einem Anstieg von etwa 13,6 %. Gleichzeitig ist auf der anderen Seite die durchschnittliche Verweildauer im gleichen Zeitraum deutlich zurückgegangen – von 8,7 Tagen auf 7,5 Tage. Dies entspricht einer um fast 14 % kürzeren Verweildauer (Bölt/Graf 2012; Statistisches Bundesamt 2014). Höhere Fallzahlen und niedrigere Verweildauer führen – ceteris paribus – zu einer höheren Arbeitsdichte für das medizinische und vor allem für das pflegerische Personal.

Während es beim medizinischen Personal im genannten Zeitraum zu nennenswerten Neueinstellungen kam – induziert nicht zuletzt durch die Vorgaben des EU-Rechts im Hinblick auf Bereitschaftsdienste – stagniert die Personalausstattung im Pflegedienst. Gemessen in Vollzeitäquivalenten hat sich die Personalausstattung im ärztlichen Dienst von rund 121.000 im Jahr 2005 auf knapp 147.000 im Jahr 2013 erhöht. Das entspricht einem Anstieg von etwa 21 %. Im gleichen Zeitraum kam es beim Pflegepersonal zu einem Anstieg von 302.000 auf 316.000 Vollzeitäquivalente – einem deutlich moderateren Anstieg von lediglich 4,5 % (Bölt/Graf 2012; Statistisches Bundesamt 2014). Aus diesen simplen Kennziffern lässt sich bereits ableiten, dass sich die Rahmenbedingungen für die stationäre Pflege in den letzten Jahren deutlich verschlechtert haben. Der Personalaufwuchs reicht offensichtlich nicht aus, um die aus steigenden Fallzahlen und sinkender Verweildauer resultierenden zusätzlichen Anforderungen auffangen zu können.¹

Die sich zunehmend verschlechternden Rahmenbedingungen und die daraus resultierenden Auswirkungen werden auch von Führungskräften im Krankenhaus zunehmend kritisch wahrgenommen. Eine umfassende Befragung des Lehrstuhls für Medizinmanagements der Universität Duisburg-Essen zeigt danach, dass 37 % der Pflegedienstleitungen und 38 % der Chefärzte die Personalausstattung im pflegerischen Bereich als schlecht oder sehr schlecht empfinden. Mitglieder der Geschäftsführung haben ein deutlich positiveres Bild der Situation – nur 14 % der Befragten schätzen die Personalausstattung im pflegerischen Bereich als schlecht ein. Der zunehmende wirtschaftliche Druck und die Auswirkungen auf die Personalausstattung führen aus Sicht der Befragten zudem zu Einschränkungen bei der Patientenversorgung – insbesondere im pflegerischen Bereich. Hier sehen 82 % der befragten Pflegedienstleitungen, 67 % der befragten Chefärzte und 51 % der befragten Mitglieder der Geschäftsführung Probleme. Demnach leidet insbesondere die Zuwendung gegenüber den Patientinnen und Patienten. 88 % der befragten Pflegedienstleitungen, 81 % der befragten Mitglieder der Geschäftsführung und 72 % der befragten Chefärzte meinen demnach, dass ausreichend Zeit für Zuwendung nur selten oder manchmal zur Verfügung steht (Reifferscheid et al. 2014).

¹ Für eine ausführliche Darstellung der Hintergründe des Stellenabbaus im Pflegedienst der Krankenhäuser seit 1996 vgl. Simon (2014): 13ff.

Ein vergleichbares Bild zeichnen andere Studien. Im kürzlich veröffentlichten *Arbeitsreport Krankenhaus* geben nur knapp 8 % der befragten Pflegekräfte an, dass sich ihre Arbeitsbedingungen in den letzten 5 Jahren verbessert haben – bei den befragten Ärztinnen und Ärzten waren es immerhin knapp 17 %. Insgesamt werden Arbeitsbedingungen, Vergütung und Wertschätzung insbesondere in der Pflege als problematisch eingeschätzt. Zudem berichten rund 60 % der Pflegenden, zu wenig Zeit für die Kommunikation mit Patienten, die Patientenberatung und die Angehörigenbetreuung zu haben. Große Skepsis herrscht demnach auch hinsichtlich der Erwartungen für die zukünftige Entwicklung (Bräutigam et al. 2014). Eine umfassende quantitative und qualitative Befragung von Pflegekräften in hessischen Akutkrankenhäusern zeigt zudem, dass die derzeitige Personalausstattung für die Bewältigung von Arbeitspitzen nicht ausreicht. Diese Problematik stellt demnach eine besondere Belastung für das Pflegepersonal dar und erhöht die Gefahr von Pflegefehlern. Nach den Ergebnissen der Befragung handelt es sich zudem um ein dauerhaftes und nicht um ein vorübergehendes Problem (Braun et al. 2014).

Die offensichtlich unzureichende Personalausstattung in der Pflege deutet darauf hin, dass die derzeitigen gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen den Krankenhäusern ungenügende Anreize setzen, in eine adäquate Ausstattung mit qualifiziertem Pflegepersonal zu investieren. In diesem Gutachten werden daher kurz- bis mittelfristig umsetzbare Maßnahmen entwickelt, die sukzessive zu einer verbesserten Personalausstattung in der Pflege führen und den bedenklichen Abwärtstrend der letzten Jahre stoppen sollen.

Zu Beginn des Gutachtens wird einleitend die internationale Evidenz zum Zusammenhang zwischen Personalausstattung in der Pflege und Qualität der Versorgung dargestellt. Das englische National Institute for Care and Clinical Excellence (NICE) hat dazu im Sommer 2014 erstmals eine Richtlinie vorgelegt, die auf den Ergebnissen einer Reihe von systematischen Reviews zu dieser Fragestellung beruht (Abschnitt 2). Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse begründen die Gutachter dann im nächsten Abschnitt ihren Vorschlag, die Pflegepersonal-Regelung (PPR) für einen Übergangszeitraum von drei Jahren als verbindliches Instrument der Personalbemessung wieder einzuführen. Während dieses Übergangszeitraums muss aus Sicht der Gutachter ein optimiertes Instrument zur objektiven Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs entwickelt werden, mit dessen Hilfe die Personalausstattung in der Pflege dauerhaft verbessert werden kann. Eine Einschätzung zur Bedeutung einer verbesserten Personalausstattung für die Attraktivität des Pflegeberufs schließt das Gutachten ab.

2 Personalausstattung und Qualität

In der internationalen Literatur ist inzwischen ein enger Zusammenhang zwischen einer guten Personalausstattung in der stationären Krankenhauspflege einerseits und einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patientinnen und Patienten andererseits gut dokumentiert und belegt. Erst im Juli 2014 hat das renommierte National Institute of Health and Care Excellence (NICE) in Großbritannien umfangreiche methodisch hochwertige Übersichtsarbeiten hierzu veröffentlicht (Cookson/McGovern 2014; Griffiths et al. 2014; Simon et al. 2014) und auf der Grundlage dieser Arbeiten eine Richtlinie für die Personalausstattung in Akutkrankenhäusern publiziert (NICE 2014). Besonders relevant für die Fragestellung dieses Gutachtens ist der Review von Griffiths et al. 2014, in dem die internationale Evidenz zu den folgenden Fragestellungen gebündelt wird (Griffiths et al. 2014: 17):²

- Welche Outcomes auf Patientenseite sind mit der Personalausstattung und dem Qualifikationsmix in Akutkrankenhäusern assoziiert?
- Welchen Einfluss haben organisatorische Kontextfaktoren auf die notwendige Personalausstattung?
- Welchen Einfluss haben Eigenschaften der Patientinnen und Patienten auf die notwendige Personalausstattung?

Die Besonderheiten dieser Übersichtsarbeit liegen zudem darin, dass erstens nur solche Primärstudien in den Review eingeschlossen wurden, die auch Pflegehilfskräfte bei der Untersuchung berücksichtigen. Zweitens werden nur Studien eingeschlossen, die Daten auf Stationsebene auswerten. Beides ist für den Gegenstand des Gutachtens besonders relevant. Die internationale Evidenz im Hinblick auf die oben genannten Forschungsfragen wird daher in diesem Abschnitt überblicksartig dargestellt.³

2.1 Personalausstattung, Qualifikationsmix und Outcomes

Bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen Outcomes auf der Seite der Patientinnen und Patienten auf der einen Seite sowie Personalausstattung bzw. Qualifikationsmix sind zunächst die patientenrelevanten Outcomes zu definieren. Es werden sowohl harte Indikatoren wie Mortalität und das Auftreten von Infektionen als auch Indikatoren als auch die Häufigkeit von Stürzen, Dekubiti und Medikationsfehlern verwendet. Zudem ist international durchaus üblich, die vom Pflegepersonal subjektiv empfundene Unterversorgung von Patientinnen und Patienten als Indikator heranzuziehen. Eher indirekte Indikato-

² Die Arbeit von Cookson et al. (2014) untersucht mit englischen Daten die Kosteneffektivität einer verbesserten Personalbemessung. Wegen der großen Unterschiede in den Vergütungssystemen sind die Ergebnisse auf die Verhältnisse in Deutschland nicht übertragbar. Der Review von Simon et al. (2014) stellt die Effektivität des Personalmanagements in der Pflege in den Mittelpunkt der Analyse. Dies ist ohne Zweifel von hoher Relevanz für den Einsatz des vorhandenen Personals – allerdings nicht Gegenstand dieses Gutachtens.

³ Die Ergebnisse der Reviews von Griffiths et al. (2014) decken sich jedoch weitgehend mit denen anderer einschlägiger Übersichtsarbeiten (Kane et al. 2007; Shekelle 2013), die auch Studien auf Krankenhausebene und ohne Differenzierung nach Qualifikationsmix eingeschlossen haben. Ergänzend werden allerdings die Ergebnisse der Studie von Aiken et al. (2014) dargestellt, die auf Daten aus neun europäischen Ländern (Belgien, England, Finnland, Irland, Niederlande, Norwegen, Spanien, Schweden, Schweiz) basiert. Für Deutschland lagen nach Angaben der Autoren die auf einer Befragung basierenden Angaben über die Pflegekräfte nicht vor.

ren stellen die Länge der Verweildauer und die Rate der Wiedereinweisungen dar. Die gemessenen Auswirkungen auf die jeweiligen Indikatoren werden in Tabelle 1 (Personalausstattung) und Tabelle 2 (Qualifikationsmix) zusammenfassend dargestellt.

Griffiths et al. 2014 haben im Hinblick auf den Outcome Mortalität zwischen der allgemeinen Sterblichkeit und sowie der spezifische Sterblichkeit bei Patientinnen und Patienten mit Komplikationen nach Operationen (failure to rescue) differenziert. Neun Studien haben die allgemeine Mortalität gemessen. Vier dieser Studien – alle mit hoher methodische Qualität – konnten einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen niedrigerer Personalausstattung in der Pflege und höherer Mortalität messen. Sieben weitere Studien haben die spezifische Mortalität gemessen. Zwei dieser Studien – ebenfalls mit jeweils hoher methodischer Qualität – konnten einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen einer niedrigeren Personalausstattung in der Pflege und höherer spezifischer Mortalität (failure to rescue) messen. Keine der übrigen Studien konnte einen statistisch signifikanten Effekt belegen – weder in die eine noch in die andere Richtung (Griffiths et al. 2014).

Insgesamt sechs Studien haben den Zusammenhang zwischen dem Qualifikationsmix in der Personalausstattung und Mortalität gemessen. Zwei Studien mit einer hohen methodischen Qualität haben einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen einer hohen Fachkräftequote und niedriger allgemeiner Mortalität gemessen. Eine weitere Studie hat einen ähnlichen Zusammenhang zwischen einer hohen Fachkräftequote und einer niedrigen spezifischen Mortalität (failure to rescue) gemessen (Griffiths et al. 2014).

Tabelle 1 Personalausstattung und Outcomes

Indikatoren		Anzahl Studien	Sinkt		Neutral	Steigt	
			Signifikant	Nicht signifikant		Signifikant	Nicht signifikant
Mortalität	Allgemein	9	4	1	1	-	3
	Failure to rescue	7	2	2	1	-	2
Infektionen	Kathederinduziert	5	-	3	2	-	-
	Pneumonie	4	1	2	-	1	-
	Sonstige	9	3	3	-	-	3
Stürze		12	3	5	2	-	2
Dekubiti		12	3	2	1	2	4
Medikationsfehler		9	3	3	1	1	1
Unterversorgung		7	4	3	-	-	-
Verweildauer		6	4	-	2	-	-
Wiedereinweisungen		1	1	-	-	-	-

Quelle: Griffiths et al. 2014, S. 32 und 37. Erläuterung: In den grünen Spalten sind die Studien aufsummiert, bei denen eine steigende Personalausstattung zu einer Verbesserung des jeweiligen Indikators führt (sinkende Mortalität, sinkende Infektionen, etc.). In den roten Spalten sind diejenigen Studien aufsummiert, bei denen eine steigende Personalausstattung zu einer Verschlechterung des jeweiligen Indikators führt.

Von besonderem Interesse für den Gegenstand dieses Gutachtens sind die Ergebnisse der erst im Mai 2014 veröffentlichten Studie von Aiken et al. Diese hat auf der Grundlage von Daten aus neun europäischen Ländern den Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Fachkräftequote auf der einen Seite sowie Mortalität auf der anderen Seite quantitativ bestimmt. Bis dahin lag keine Studie vor, die dies in einem europäischen Studiensetting durchgeführt hat. Nach den Ergebnissen der Studie steigt mit jedem zusätzlichem von einer Pflegekraft zu betreuenden operierten Patienten die Wahrscheinlichkeit um 7 %, dass ein operierter Patient innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme stirbt. Umgekehrt sinkt die Wahrscheinlichkeit um 7 %, dass ein operierter Patient innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme stirbt – wenn der Anteil von Pflegekräften mit Bachelor-Abschluss um 10 % steigt. Diese Resultate sind durchaus vergleichbar mit Studien, die in einem US-amerikanischen Setting durchgeführt wurden (Aiken et al. 2014).

Neben der Sterblichkeit wurde in den einschlägigen Studien zudem eine Reihe von vermeidbaren Komplikationen als Outcomes definiert. Keine eindeutigen Ergebnisse konnten im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen der Personalausstattung in der Pflege und dem Auftreten von katheterassozierten Infektionen und Lungenentzündungen gewonnen werden. Drei von neun eingeschlossenen Studien mit mittlerer bis hoher methodischer Qualität konnten allerdings einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen einer niedrigen Personalausstattung und dem Auftreten sonstiger Infektionen belegen. Auch hier gilt wieder, dass die übrigen sechs Studien keine statistisch signifikanten Effekte weder in die eine noch in die andere Richtung belegen konnten (Griffiths et al. 2014).

Vergleichbare Ergebnisse zeigen sich im Hinblick auf den Qualifikationsmix bzw. den Anteil der Fachkräfte in der Personalausstattung. Bei katheterassozierten Infektionen ist ebenso wenig ein klarer Zusammenhang messbar wie bei Lungenentzündungen. Bei sonstigen Infektionen ist jedoch bei zwei von acht Studien ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen einer hohen Fachkraftquote und einer niedrigen Infektionsrate messbar. Es gibt keine Studie, die Effekte in umgekehrter Richtung statistisch signifikant nachweisen kann (Griffiths et al. 2014).

Ein weiterer häufig untersuchter Outcome ist das Auftreten von Stürzen. Drei von zwölf eingeschlossenen Studien mit mittlerer bis hoher Qualität haben einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen niedriger Personalausstattung und einer hohen Häufigkeit von Stürzen identifizieren können. Die Ergebnisse weiterer fünf Studien gingen in die gleiche Richtung, ohne jedoch statistisch signifikanten Ergebnisse liefern zu können. (Griffiths et al. 2014).

Insbesondere bei der Vermeidung von Stürzen scheint der Qualifikationsmix eine besonders große Rolle zu spielen. Vier von zehn Studien messen statistisch signifikante Effekte zwischen einer hohen Fachkraftquote und der Vermeidung von Stürzen. Auch hier konnte keine Studie identifiziert werden, die Effekte in umgekehrter Richtung statistisch signifikant nachweisen kann (Griffiths et al. 2014).

Keine eindeutigen Ergebnisse konnten für den Zusammenhang zwischen Personalausstattung in der Pflege einerseits und dem Auftreten von Dekubiti identifiziert werden. Es wurden Studien mit Ergebnissen in beide Richtungen identifiziert. Dieses zumindest auf den ersten Blick wenig plausible Ergebnis könnte nach Aussage der Autoren des Review daran liegen, dass die Risikoadjustierung für die Patientinnen und Patienten unzureichend ist. So könnte es sein, dass Stationen mit einem besonders gefähr-

detem Patientenklientel von vorneherein eine bessere Personalausstattung bekämen. Das könnte im Falle von Dekubiti die Ergebnisse ebenso verfälschen wie bei einigen Infektionen (Griffiths et al. 2014).

Eindeutiger sind die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien im Hinblick auf den Qualifikationsmix. Drei von sieben Studien mit einer allerdings schwachen methodischen Qualität konnten einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen einer hohen Fachkraftquote und der Vermeidung von Dekubiti messen. In allen anderen Studien gingen die Resultate in die gleiche Richtung – waren jedoch statistisch nicht signifikant (Griffiths et al. 2014).

Tabelle 2 Qualifikationsmix und Outcomes

Indikatoren		Anzahl Studien	Sinkt		Neutral	Steigt	
			Signifikant	Nicht signifikant		Signifikant	Nicht signifikant
Mortalität	Allgemein	6	2	1	1	2	-
	Failure to rescue	2	1	-	-	-	1
Infektionen	Kathederinduziert	2	-	1	-	-	1
	Pneumonie	3	1	-	1	1	-
	Sonstige	8	2	4	1	-	1
Stürze		10	4	2	2	-	2
Dekubiti		7	3	4	-	-	-
Medikationsfehler		11	5	4	1	1	-
Unterversorgung		6	-	3	3	-	-
Verweildauer		3	1	-	1	-	1

Quelle: Griffiths et al. 2014, S. 41 und 44. Erläuterung: In den grünen Spalten sind die Studien aufsummiert, bei denen eine steigende Fachkraftquote zu einer Verbesserung des jeweiligen Indikators führt (sinkende Mortalität, sinkende Infektionen, etc.). In den roten Spalten sind diejenigen Studien aufsummiert, bei denen eine steigende Fachkraftquote zu einer Verschlechterung des jeweiligen Indikators führt.

Durchaus plausibel ist, dass eine bessere Personalausstattung in der Pflege zu weniger Medikationsfehlern führt. Neun Studien haben diesen Outcome untersucht, drei davon haben einen statistischen signifikanten Zusammenhang in der erwarteten Richtung messen können. Eine Studie hat einen ebenfalls statistisch signifikanten Zusammenhang in die umgekehrte Richtung identifiziert. Hier vermuten die Autoren der Übersichtsarbeit wiederum, dass Stationen mit einem hohem Medikationsaufkommen personell von vornherein besser ausgestattet wurden (Griffiths et al. 2014).

Elf Studien haben den Einfluss der Fachkraftquote auf Medikationsfehler untersucht. Fünf Studien kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass eine hohe Fachkraftquote statistisch signifikant mit weniger Medikationsfehlern assoziiert ist. Nur eine Studie kommt ebenfalls statistisch signifikant zum gegensätzlichen Ergebnis (Griffiths et al. 2014).

In insgesamt sieben Studien wurden der Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und einer von den Pflegekräften selbst empfundenen Unterversorgung auf der jeweiligen Station gemessen. Vier dieser Studien kommen zu einem statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen einer hohen Perso-

nalausstattung und einer niedrigen Unterversorgung. Im Umkehrschluss steigt das Ausmaß der subjektiv empfundenen Unterversorgung mit einer steigenden Personalausstattung. Deutlich weniger eindeutig ist der Zusammenhang zwischen einer hohen Fachkraftquote und der subjektiv empfundenen Unterversorgung (Griffiths et al. 2014).

Als eher indirekte Outcomes sind aus Patientenperspektive die Verweildauer und die Wiedereinweisungsrate zu bezeichnen. Sechs Studien haben den Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Verweildauer untersucht. Vier davon haben einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen einer hohen Personalausstattung und einer niedrigen Verweildauer identifizieren können. Eine Studie zeigt zudem einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen einer hohen Fachkraftquote und einer kurzen Verweildauer. Eine weitere Studie konnte belegen, dass eine höhere Personalausstattung statistisch signifikant zu einer niedrigeren Wiedereinweisungsrate führt. Zum Zusammenhang zwischen Qualifikationsmix und Wiedereinweisungen konnten keine Studien identifiziert werden (Griffiths et al. 2014).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Evidenz für einen Zusammenhang zwischen einer hohen Personalausstattung und dem gesundheitlichen Outcome für die Patientinnen und Patienten vergleichsweise stark ist. Am stärksten stellt sich die Studienlage für einen Zusammenhang zwischen Personalausstattung in der Pflege und allgemeiner bzw. spezifischer Mortalität dar. Auch bei vermeidbaren Komplikationen wie Infektionen oder insbesondere Stürzen gibt es eine Reihe von Studien, die einen entsprechenden Zusammenhang nachgewiesen haben. Zudem gibt es starke Anzeichen dafür, dass mit einer besseren Personalausstattung in der Pflege die Gefahr von Medikationsfehlern und die von den Pflegekräften subjektiv empfundene Unterversorgung zurückgehen. Die dargestellte Empirie zeigt zudem, dass auch die Qualität der Personalausstattung von hoher Bedeutung für die gesundheitlichen Outcomes ist. Eine hohe Fachkräftequote ist ebenfalls in hohem Ausmaß mit der Vermeidung von Mortalität und Komplikationen assoziiert. Umgekehrt dürfte damit eine sinkende Fachkraftquote die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Mortalität und Komplikationen zunehmen.

Aus der Darstellung ist deutlich geworden, dass nur in Ausnahmefällen eine Mehrzahl der in der Übersichtarbeit eingeschlossenen Studien statistisch signifikante Ergebnisse aufwies. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als dass etwa für die Mortalität viele verschiedene Faktoren – und natürlich auch die Tätigkeiten anderer Berufsgruppen – verantwortlich sind. Zudem – und darauf weisen die Autoren des Reviews an mehreren Stellen hin – ist die entsprechende Messung methodisch nicht trivial. Insbesondere ist das so genannte Problem der Endogenität schwer zu kontrollieren. Dieses Problem liegt in dem hier relevanten Zusammenhang immer dann vor, wenn Personalausstattung und Risiko des Patientenklientels positiv korrelieren – die Personalausstattung also in Erwartung von hohen Komplikationsraten erhöht wurde. Dies könnte eine Erklärung für die nicht zwingend plausiblen Ergebnisse bei eigentlich pflegenahen Indikatoren – etwa kathederinduzierte Infektionen bzw. Dekubiti – sein. Zudem ist die Datenqualität der gemessenen Indikatoren als sehr unterschiedlich zu bewerten. So ist etwa das Auftreten von Stürzen oder Medikationsfehlern nicht ohne weiteres aus Routinedaten der Krankenhäuser ableitbar.

Grundlage der oben beschriebenen Evidenz sind zudem ausschließlich im Ausland – insbesondere in den USA – gemessene Effekte. Die einschlägigen Studien haben allerdings eine hohe methodische Qualität

mit teilweise sehr großen Studienpopulationen. Nichtsdestoweniger ist der Forschungsstand in Deutschland – wie generell in Europa – im Hinblick auf den Zusammenhang von Ausstattung mit qualifizierten Pflegekräften und Qualität der Versorgung als unbefriedigend zu bezeichnen. Eine Ausnahme bildet hier die zitierte Studie von Aiken et al. 2014. Bei der Übertragung von im Ausland gewonnenen Erkenntnissen ist daher vor allem der institutionelle Kontext zu berücksichtigen.

2.2 Personalausstattung, Kontextfaktoren und Outcomes

Die notwendige Personalausstattung hängt von einer Reihe von Kontextfaktoren ab. Diese Faktoren unterscheiden sich im Wesentlichen in organisatorische Rahmenbedingungen und patientenseitige Faktoren. Gemeinsam determinieren die Kontextfaktoren den Workload der Pflegekräfte auf den Stationen. Gleichzeitig ist zu vermuten, dass bei unterschiedlichen Kontextfaktoren und nicht adjustierter Personalausstattung Unterschiede bei den Outcomes für die Patientinnen und Patienten auftreten. Eine adäquate Berücksichtigung dieser Kontextfaktoren ist damit eine wesentliche Voraussetzung für eine hinreichende Personalbemessung und damit von hoher Relevanz für den Gegenstand dieses Gutachtens.

Zu den empirisch untersuchten organisatorischen Kontextfaktoren zählen insbesondere der Patientendurchlauf, die Stationsgröße und das Stationslayout. Insgesamt fünf von Griffiths et al. 2014 eingeschlossene Studien zeigen einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Intensität des Patientendurchlaufs auf einer Station und dem Personalbedarf. Zudem zeigen die Studien, dass ein höherer Patientendurchlauf bei konstantem Personalniveau zu schlechteren Outcomes führt. Der Patientendurchlauf ist damit als ein wesentlicher organisatorischer Kontextfaktor für die Personalbemessung anzusehen.

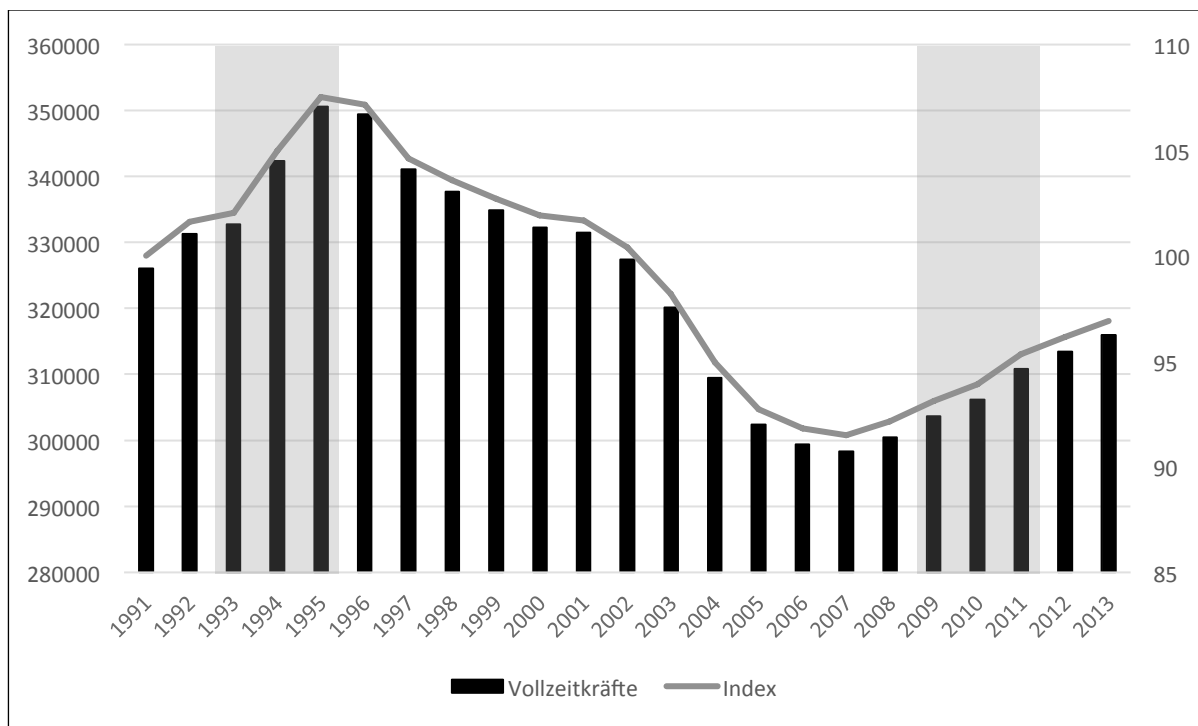
Weniger eindeutig ist dieser Zusammenhang für die Stationsgröße. Ökonomisch gesehen könnten in größeren Stationen Skaleneffekte auftreten, die zu einem geringeren Personalbedarf führen. Die Evidenz hierzu ist jedoch schwach. Nur eine Primärstudie konnte einen entsprechenden Zusammenhang messen – ohne jedoch gesundheitliche Outcomes für die Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Einzelne Studien konnten zudem einen Zusammenhang zwischen Outcomes und Tageszeiten bzw. Wochentagen identifizieren. Die Ergebnisse sind jedoch widersprüchlich und wahrscheinlich sehr stark spezifisch für den jeweiligen institutionellen Kontext. Wenig aussagekräftig ist die Evidenz zudem im Hinblick auf die Effekte des Stationslayouts (Griffiths et al. 2014).

Von zentraler Bedeutung für die Personalbemessung sind patientenseitige Faktoren. Hier spielt vor allem der Schweregrad der Erkrankung, die kognitiven Fähigkeiten und das hieraus resultierende Ausmaß der Abhängigkeit vom Pflegepersonal eine entscheidende Rolle. Insgesamt elf Studien mit überwiegend hoher methodischer Qualität haben einen Zusammenhang zwischen diesen patientenseitigen Faktoren, dem Personalbedarf und gesundheitlichen Outcomes gemessen. Mit anderen Worten verschlechtert sich der Outcome, wenn bei gleicher Personalausstattung die Patientinnen und Patienten kränker, weniger autonom und damit abhängiger von den Handlungen des Pflegepersonals sind (Griffiths et al. 2014).

3 Maßnahmenpaket für die Verbesserung der Personalausstattung

Die Situation in der stationären Versorgung in Deutschland seit 1996 ist davon gekennzeichnet, dass sich die Personalausstattung in der Pflege bei deutlich steigenden Anforderungen kontinuierlich verschlechtert hat. Zwischen 1995 und 2007 wurden – gemessen in Vollzeitäquivalenten – rund 52.000 Stellen in der Pflege abgebaut. Damit hat sich die Stellenausstattung in diesem Zeitraum um 15 % verschlechtert. Diesen Trend konnte auch das zwischen 2009 und 2011 zeitlich befristet aufgelegte Pflegeförderprogramm nicht entscheidend aufhalten. In dem Pflegeförderprogramm wurde die Einstellung von rund 15.300 Vollzeitkräften in der Pflege vereinbart – die Zahl stieg jedoch bis 2011 nur um etwa 8.200 Vollzeitkräfte an.⁴ Im Jahr 2013 lag die Personalausstattung in der Pflege mit rund 316.000 Vollzeitkräften um etwa 34.000 Stellen unter dem Stand von 1995. Alleine im Jahr 2004 wurden im Vergleich zum Vorjahr mehr als 10.000 Stellen abgebaut (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1 Pflegekräfte an deutschen Akutkrankenhäusern 1991 bis 2013



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1. In den grau unterlegten Zeiträumen hat der Gesetzgeber Maßnahmen zur Verbesserung der Personalausstattung ergriffen. Die PPR war von 1993 bis 1995 in Kraft. Von 2009 bis 2011 hatte der Gesetzgeber das Pflegeförderprogramm aufgelegt.

⁴ Für eine ausführliche Darstellung der Wirkungen des Pflegeförderprogramms 2009-2011 vgl. Simon (2014): 25ff.

Vor dem Hintergrund der in Abschnitt 2 zitierten internationalen Evidenz gefährden dieser Trend und die daraus resultierende Arbeitsverdichtung für die Pflegenden die Qualität der Versorgung und die Gesundheit der Patientinnen und Patienten. CDU/CSU und SPD haben daher in ihrem Koalitionsvertrag den folgenden Passus aufgenommen:

„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.“

Es besteht akuter Handlungsbedarf, damit die Vereinbarungen im Koalitionsvertrag zeitnah umgesetzt und in den Krankenhäusern, Abteilungen und Stationen schnell wirksam werden können. Die Gutachter schlagen daher ein zweistufiges Vorgehen vor. Zunächst bekommen die Krankenhäuser während einer Übergangsphase von drei Jahren finanzielle Anreize, ihre Personalausstattung an der Pflegepersonal-Regelung (PPR) auszurichten (Abschnitte 3.1 und 3.2). Parallel entwickelt eine Expertenkommission ein optimiertes Instrument zur Personalbemessung, um eine adäquate Personalausstattung dauerhaft und verlässlich unter den aktuellen institutionellen und finanziellen Rahmenbedingungen kalkulieren zu können (Abschnitt 3.3). Die mit diesem Maßnahmenpaket angestrebte nachhaltige Verbesserung der Personalausstattung dient zum einen der Qualitätssicherung in der stationären Akutversorgung. Sie ist außerdem eine notwendige, aber noch keine hinreichende Voraussetzung zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs (Abschnitt 3.4).

3.1 Vorübergehende Wiedereinführung der PPR

Die Wiedereinführung der PPR als verbindliches Instrument der Personalbemessung in einem Übergangszeitraum dient dazu, die Personalausstattung in der Pflege kurzfristig zu verbessern. Die PPR wurde mit dem Jahresbeginn 1993 eingeführt, um den Personalbedarf in den Kliniken am Pflegebedarf der stationär und teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten zu orientieren. Die in der PPR festgelegten Maßstäbe sollten – der ursprünglichen Absicht nach – außerdem für die interne und externe Qualitätssicherung und -bewertung von Krankenhäusern genutzt werden (Simon 2014).

Seit der vollständigen Abschaffung der PPR im Jahr 1997 wird sie – teilweise in modifizierter Form – in vielen Krankenhäusern weiterhin verwendet.⁵ Allerdings dient die PPR derzeit nicht mehr als verbindliches Instrument zur Berechnung des Personalbedarfs oder zur Qualitätssicherung, sondern als internes Instrument zur Steuerung und Verrechnung des vorhandenen Personals (Simon 2014; Thomas et al. 2014).

Die PPR unterscheidet einerseits unterschiedliche Pflegebereiche (allgemeine und spezielle Pflege) sowie andererseits unterschiedliche Pflegestufen (Grundleistungen, erweiterte Leistungen und besondere Leistungen). Den jeweiligen Pflegebereichen und Pflegestufen werden Zeitwerte zugewiesen, auf deren

⁵ Im Jahr 1996 hatte die Bundesregierung die PPR ausgesetzt, nachdem die Spitzenverbände der Krankenkassen das Erreichen der vereinbarten Zielzahlen verkündet hatten (Simon 2014).

Grundlage sich wiederum der Personalbedarf ableiten lässt. Der zentrale Vorteil der PPR liegt demzufolge darin, dass sie retrospektiv eine Berechnung des Personalbedarfs auf der Basis des individuellen Pflegebedarfs der behandelten Patientinnen und Patienten ermöglicht (Thomas et al. 2014). Es ist an dieser Stelle noch einmal explizit darauf hinzuweisen, dass die PPR in ihrem ursprünglichen Anwendungszweck einen SOLL-Personalbedarf definiert. Angewendet wird sie derzeit in einigen wenigen Krankenhäusern ausschließlich zur internen Verrechnung und damit zur Kalkulation des IST-Personalbestands (Simon 2014).

Neben der Berücksichtigung des individuellen Pflegebedarfs liegt ein weiterer Vorteil der PPR in der kurzfristigen und flächendeckenden Verfügbarkeit. Selbst diejenigen Häuser, die die PPR derzeit nicht als internes Verrechnungsinstrument verwenden, könnten die PPR zeitnah und mit übersichtlichem Aufwand nutzen. Zwar orientieren sich auch andere Instrumente der Personalbemessung am Pflegeaufwand – etwa die hauptsächlich in der Schweiz verwendete Leistungserfassung in der Pflege (LEP). Diese Instrumente sind jedoch aufgrund des hohen Implementationsaufwands nicht kurzfristig und flächendeckend in Deutschland anwendbar. Andere Instrumente wie Verhältniszahlen (etwa Betten oder Patient/innen pro Pflegekraft) haben den Nachteil, dass sie den Personalbedarf nicht direkt aus dem Pflegebedarf ableiten können. Ähnlich problematisch sind aus dem gleichen Grund Instrumente, die sich an der vorhandenen Personalausstattung orientieren (vgl. ausführlich: Thomas et al. 2014).

Die Wiedereinführung der PPR als verbindliches Instrument der Personalbemessung wird vor allem aus zwei Gründen als kritisch gesehen. Erstens wird häufig darauf verwiesen, dass die PPR veraltet sei und den heutigen Pflegebedarf insbesondere vor dem Hintergrund verkürzter Verweildauern und höherer Fallzahlen nicht adäquat ableiten könne. Zweitens wird argumentiert, dass die in der PPR hinterlegten Zeitwerte einen politischen Kompromiss aus dem gemessenen Pflegeaufwand einerseits und der eingeschränkten Finanzierbarkeit des abgeleiteten Personalbedarfs darstellten (Thomas et al. 2014).

Diese Argumentation ist nicht ganz von der Hand zu weisen. Der in der PPR hinterlegte Pflegebedarf hat den tatsächlichen Personalbedarf schon bei der Einführung im Jahr 1992 aus politischen bzw. Finanzierungsgründen unterschätzt. Während die Krankenhäuser in Zeiten des Selbstkostendeckungsprinzips durchaus ein Interesse an einer umfänglichen Personalausstattung hatten, wies das Interesse der Krankenkassen genau in die andere Richtung (Simon 2014). Bei einer Anwendung der PPR in Zeiten der DRG-Finanzierung mit einem deutlich erhöhten Patientendurchlauf dürfte das Ausmaß der Unterschätzung noch einmal deutlich höher sein.

Nichtsdestoweniger sprechen aus Sicht der Gutachter gewichtige Argumente für eine Wiedereinführung der PPR für einen Übergangszeitraum:

Erstens stehen – wie oben dargestellt – keine alternativen sich am tatsächlichen Pflegebedarf orientierenden Instrumente zur verbindlichen Personalbemessung kurzfristig und flächendeckend zur Verfügung. *Zweitens* liegt der aus der PPR abgeleitete Personalbedarf immer noch deutlich über der Personalausstattung des Status quo. *Drittens* stünde mit der Wiedereinführung der PPR ein kurzfristig und mit vergleichsweise wenig Aufwand implementierbares Instrument zur Verfügung, das dem Abwärtstrend der vergangenen Jahre Einhalt gebieten und eine Transparenz über den Bedarf an Pflegekräften herstellen könnte.

Durch den Einsatz der PPR Anfang der neunziger Jahre – unter anderen institutionellen und vor allem finanziellen Rahmenbedingungen – wurden immerhin 21.000 Vollzeitstellen in der Pflege geschaffen (Simon 2014).⁶ Zudem wird der über den mittels der PPR kalkulierte hinausgehende Personalbedarf in der hier vorgeschlagenen Übergangsperiode von drei Jahren ohnehin nicht am Arbeitsmarkt zu decken sein. Alleine zur Kompensation des seit 1996 erfolgten Personalabbaus in den deutschen Akutkrankenhäusern müssten demnach rund 34.000 Vollzeitkräfte eingestellt werden (vgl. Abbildung 1).

Die notwendige Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege auf der Grundlage der PPR als verbindlichem Instrument der Personalbemessung wird allerdings nur möglich sein, wenn den Krankenhäusern in Deutschland dauerhaft zusätzliche finanzielle Anreize zu diesem Zweck zur Verfügung gestellt werden. Andernfalls würden den Kliniken die Mittel für die Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege an anderer Stelle fehlen. Verpflichtende Vorgaben zur Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege ohne zusätzliche zweckgebunden zu verwendende Mittel dürfte auf massiven Widerstand der Kliniken stoßen.

Der entsprechende Finanzierungsbedarf ließe sich erst dann einigermaßen verlässlich kalkulieren, wenn die Differenz des aus der PPR kalkulierten Soll-Personalbedarfs und der derzeit von den Kliniken gehaltenen Ist-Personalausstattung bekannt wäre. Diese Zahlen liegen jedoch noch nicht vor. Es lassen sich jedoch durchaus Anhaltspunkte für den kurzfristig notwendige Personal- und Finanzierungsbedarf ableiten.

Der oben zitierte Personalaufbau von rund 34.000 Vollzeitkräften – zur Wiederherstellung der Personalausstattung des Jahres 1995 in den deutschen Akutkrankenhäusern – dürfte jedoch die Untergrenze für den Finanzierungsbedarf darstellen. Bei Personalkosten (einschließlich Arbeitgeberbeiträgen zur Sozialversicherung) von durchschnittlich 52.000 Euro (Simon 2014) läge die Untergrenze des Finanzierungsbedarfs bei rund 1,8 Mrd. Euro pro Jahr.

Tabelle 3 Finanzierungbedarf zur Umsetzung von Personalmindeststandards in der Pflege 2015 bis 2017

		Zusätzlicher Personalbedarf (Vollzeitkräfte)	Finanzierungsbedarf pro Jahr (in Mrd. €)
2015	Obergrenze	24.000	1,2
	Untergrenze	12.000	0,6
2016	Obergrenze	47.000	2,4
	Untergrenze	23.000	1,2
2017	Obergrenze	70.000	3,6
	Untergrenze	34.000	1,8

Quelle: Eigene Berechnungen. Alle Angaben sind gerundet.

⁶ Die ursprünglich vereinbarte Zielzahl von 26.000 Stellen wurde allerdings verfehlt. Das Erreichen dieser Zielzahl hätte einem Zuwachs des Pflegepersonals um 10 % entsprochen. Zur vollständigen Umsetzung der PPR wäre ein Aufwuchs von etwa 20 % oder rund 50.000 Stellen notwendig gewesen (Simon 2014: 16f.).

3.2 „Pakt für gute Pflege“

Der vom Auftraggeber dieses Gutachtens errechnete Personalbedarf von 70.000 Vollzeitkräften würde einen jährlichen Finanzierungsbedarf von etwa 3,6 Mrd. Euro erfordern. Aus pragmatischen Gründen gehen wir davon aus, dass diese Summe innerhalb der Übergangszeit von drei Jahren die Obergrenze für den Finanzierungsbedarf darstellt. Schließlich dürfte das Angebot auf dem Arbeitsmarkt innerhalb dieser vergleichsweise kurzen Zeit nicht in der Lage sein, eine höhere Nachfrage nach Pflegekräften zu befriedigen. Aus dem gleichen Grund ist auch davon auszugehen, dass der Finanzierungsbedarf nicht sofort in vollem Umfang anfällt, sondern linear im Zeitraum von drei Jahren ansteigt (vgl. Tabelle 3). Der Finanzierungsbedarf würde somit vom Jahr 2015 bis zum Jahr 2017 von 0,6 Mrd. Euro auf 1,8 Mrd. Euro (untere Grenze) bzw. 1,2 Mrd. Euro auf 3,6 Mrd. Euro (obere Grenze) steigen.

In Anlehnung an Simon (2014) schlagen die Gutachter eine „verursachungsgerechte“ Finanzierung dieses zusätzlichen Personalbedarfs vor. Als Ursachen des Personalabbaus sind demzufolge im Wesentlichen drei Gründe zu nennen. *Erstens* haben die zunehmend konsequente Budgetierung der laufenden Kosten seit 1996 und die Einführung des DRG-Systems den Kostendruck von den Kostenträgern (Krankenkassen und private Krankenversicherungen) auf die Kliniken verlagert. *Zweitens* sind die Bundesländer ihrer Verantwortung für die Finanzierung der Investitionskosten nur in unzureichender Art und Weise gerecht geworden. *Drittens* haben die Kliniken den Stellenabbau in der Pflege genutzt, um Personal im ärztlichen Dienst bzw. notwendige Investitionen zu finanzieren. Ein politischer Kompromiss zur kurzfristigen Finanzierung von Personalmindeststandards in der Pflege müsste somit daher sowohl die Kostenträger als auch die Bundesländer und die Kliniken selbst involvieren (Simon 2014).

Die Gutachter schlagen hierzu einen „Pakt für gute Pflege“ vor, an dessen Finanzierung sich die Bundesländer, die Kostenträger und die Kliniken selbst zu gleichen Teilen beteiligen. Dieser „Pakt für gute Pflege“ finanziert den Aufwuchs des Pflegepersonals in den Jahren 2015 bis 2017 auf der Basis der noch notwendigen Kalkulation auf Grundlage der PPR und bestände aus den folgenden Komponenten:⁷

1. Die Bundesländer erklären mit Wirkung vom 1. Januar 2015 die PPR als Instrument zur Berechnung der Personalmindestausstattung an deutschen Akutkliniken für verbindlich. Die Bundesländer überwachen außerdem die Einhaltung der auf der Grundlage der PPR errechneten Personalmindestausstattung in den Krankenhäusern des jeweiligen Landes. Das ist aus Sicht der Gutachter zwingend notwendig, weil nur die Bundesländer hinreichende Sanktionsmechanismen bei Nichteinhaltung der Standards haben. In Anlehnung an den Gesetzentwurf der hessischen SPD-Landtagsfraktion sollte die Durchsetzung der Mindestausstattung an ein gestuftes System von Sanktionsmaßnahmen gebunden werden, das zunächst von einer jährlichen Meldepflicht der Daten, über die Darlegung der Gründe bei Nichteinhaltung und der Nennung von Maßnahmen zu deren Einhaltung bis hin zu einer verbindlichen, sanktionsbewährten krankenhausindividuellen Vereinbarung mit dem zuständigen Landesministerium reicht. Im Extremfall könnten die Bundesländer diejenigen Kliniken bzw. Abteilungen aus dem jeweiligen Krankenhausplan streichen, die die getroffenen Vereinbarungen zur Einhaltung der notwendigen Mindeststan-

⁷ Der Maßnahmenkatalog orientiert sich an dem Gesetzentwurf der hessischen SPD-Landtagsfraktion aus dem Mai 2013 (Hessischer Landtag 2013) sowie den Vorschlägen von Simon (2014): 93ff.

dards bei der Personalbemessung in der Pflege dauerhaft nicht erfüllen. Zudem veröffentlichen die Bundesländer sowohl die IST- als auch die SOLL-Personalausstattung an den jeweiligen Kliniken bzw. die Erfüllung oder Nichterfüllung wird zusätzlich an prominenter Stelle in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser genannt.

2. Die Bundesländer tragen ein Drittel des notwendigen Finanzbedarfs, indem sie sich verpflichten, die Finanzierung der Investitionen in den Jahren 2015 bis 2017 zu erhöhen. Diese Maßnahme verringert den Druck auf die Krankenhäuser, notwendige Investitionen aus den laufenden Einnahmen bzw. dem Abbau von Pflegepersonal zu finanzieren. Der Finanzierungsanteil der Bundesländer wird auf der Grundlage der Höhe der Investitionskostenfinanzierung in den Vorjahren kalkuliert. Bundesländer, die ihrer Verantwortung für die Investitionskostenfinanzierung in der Vergangenheit in höherem Ausmaß gerecht geworden sind, müssen so einen geringeren Teil des zusätzlichen Finanzbedarfs finanzieren. Damit soll erreicht werden, dass diejenigen Bundesländer nicht bevorteilt werden, die ihrem Auftrag nach öffentlicher Daseinsfürsorge in diesem Bereich durch langjährige Investitionsstaus in nur unzureichendem Maße gerecht wurden.⁸
3. Die Kostenträger finanzieren ein weiteres Drittel des notwendigen Finanzbedarfs über eine Erhöhung der jeweiligen Landesbasisfallwerte. Eine solche Aufstockung alleine stellt jedoch noch nicht sicher, die die zusätzlichen Mittel auch für Pflegepersonal verwendet werden – das DRG-System kennt schließlich keine Soll-Werte für die Personalbemessung, sondern kalkuliert lediglich mit den Ist-Werten der aktuell vorgehaltenen Personalausstattung. Mit der oben beschriebenen Überwachungsfunktion der Bundesländer muss daher sichergestellt werden, dass die zusätzlichen Mittel auch für die Einhaltung der Personalmindeststandards in der Pflege verwendet werden.
4. Der Ausbau der Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer und die Erhöhung der Landesbasisfallwerte durch die Kostenträger finanzieren jedoch nur zwei Drittel des zusätzlichen Personalbedarfs in der Pflege. Das verbleibende Drittel muss durch die Kliniken selbst im Rahmen von internen Umschichtungen bzw. Effizienzsteigerungen selbst getragen werden. Kliniken, die schon heute quer zum landesweiten Trend eine hinreichende Personalausstattung in der Pflege aufgebaut haben, müssen so einen geringeren Finanzierungsanteil tragen als solche Kliniken, die einen unterdurchschnittlichen Personalbestand vorhalten. Damit ist sichergestellt, dass der hier vorgestellte Maßnahmenkatalog nicht Kliniken mit einer schon heute bedarfsgerechten Personalausstattung in der Pflege bestraft und solche Kliniken bevorzugt, sich die in der Vergangenheit durch einen überproportionalen Personalabbau Kostenvorteile verschafft haben.
5. Während des Übergangszeitraums von drei Jahren muss ein optimiertes Instrument zur objektiven Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs entwickelt werden, mit dessen Hilfe die Personalausstattung in der Pflege dauerhaft verbessert wird (vgl. Abschnitt 3.3).

⁸ Deutschlandweit sank der Anteil der Investitionsmittel (KHG-Fördermittel) am Bruttoinlandsprodukt von 0,24 % in 1991 auf 0,11 % im Jahr 2010 (DKG 2014), wobei die Investitionslücken in den Bundesländern über den Zeitraum hinweg unterschiedlich hoch ausfallen. Folge der Investitionsmittelunterdeckung ist, dass die Krankenhäuser zwingend notwendige Investitionen zum Teil über Einsparungen aus den laufenden Kosten vorzunehmen gezwungen sind. Diese Mittel fehlen wiederum für eine angemessene personelle Ausstattung.

3.3 Entwicklung eines optimierten Instruments zur Personalbemessung

Während des Übergangszeitraums von drei Jahren muss ein optimiertes Instrument zur objektiven Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs entwickelt werden, mit dessen Hilfe die Personalausstattung in der Pflege dauerhaft und nachhaltig verbessert werden kann. Aus Sicht der Gutachter sollte daher der Bundesgesetzgeber parallel zur temporären Wiedereinsetzung der PPR als verbindlichem Instrument der Personalbemessung in der Pflege ein Verfahren festschreiben, das nach Ablauf der Übergangsfrist zu einem optimierten und einsatzfähigen Instrument zur Ermittlung des Pflege- und damit des Personalbedarfs führt. Dieses Verfahren muss vorab hinreichend detailliert und verbindlich definiert werden. Damit soll verhindert werden, dass aus dem übergangsweise einzusetzenden Instrument PPR eine Dauerlösung wird.

Die anderen Elemente des im vorigen Abschnitt vorgeschlagenen Maßnahmenpakets – Überwachung des Einhaltens von Vorgaben zur Personalbemessung mit entsprechenden Sanktionsmöglichkeiten durch die Bundesländer und gemeinsame Finanzierung durch Bundesländer, Kostenträger und Krankenhäuser – bleiben bestehen. Nach Ablauf der dreijährigen Übergangsfrist wird lediglich die PPR durch das optimierte Instrument zur Personalbemessung ersetzt.

Es sprechen gute Argumente dafür, dass die Entwicklung dieses optimierten Instruments zur Personalbemessung durch ein Expertengremium mit Repräsentanten der involvierten wissenschaftlichen Disziplinen und der Praxis – unter Federführung der Pflege bzw. Pflegewissenschaft – erfolgt. Diese Zusammensetzung soll verhindern, dass die Entwicklung des Instrumentariums von vorneherein von Überlegungen der Finanzierbarkeit des aus dem Pflegebedarf abgeleiteten Personalbedarfs überlagert wird. Es ist für alle Beteiligten deutlich transparenter, wenn die Entscheidung über die Adaption und die Ausfinanzierung des durch das neue Instrument gemessenen Personalbedarfs erst in einem zweiten Schritt durch den Bundesgesetzgeber selbst mit Zustimmung der Bundesländer erfolgt.

Ebenso wie das Verfahren sollte der Gesetzgeber vorab auch die inhaltlichen Anforderungen an das zu entwickelnde Instrumentarium formulieren. Vor allem muss das Instrument den Pflegebedarf unterschiedlicher Patientengruppen unter den aktuellen institutionellen und finanziellen Rahmenbedingungen adäquat abbilden können. Die internationale Evidenz deutet darauf hin, dass der Pflegebedarf vor allem vom Schweregrad der Erkrankung, den kognitiven Fähigkeiten und dem hieraus resultierenden Ausmaß der Abhängigkeit vom Pflegepersonal abhängt (vgl. Abschnitt 2.2 und Griffiths et al. 2014). Organisatorische Faktoren – wie etwa der Patientendurchlauf, die Länge der Verweildauer, die Auslastung der Stationen und die aus diesen Faktoren resultierende Häufigkeit von temporären Arbeitsspitzen – spielen bei der Ableitung des Personalbedarfs offensichtlich ebenso eine große Rolle (NICE 2014). Letzteres hat seine Ursache unter anderem darin, dass der Pflegealltag durch eine starke Fluktuation des Arbeitsaufkommens geprägt ist, da der individuelle Betreuungs- und Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten sowohl tageszeit- als auch tagesformabhängig schwankt. Auftretende Notfälle oder andere unvorhergesehene Anforderungen erfordern das Vorhalten eines personalen Spielraums oder „Personalpuffers“, der jedoch in den letzten Jahren durch die Personalkürzungen bei gleichzeitig steigenden pflegerischen Anforderungen aufgezehrt ist. Das Phänomen der nicht mehr kompensierbaren Arbeitsspitzen wird von Seiten der beschäftigten Pflegekräften demzufolge als starkes Element der Arbeitsverdichtung und deutliches Belastungsmoment erfahren (Braun et al. 2014) und sollte einen

entsprechenden Niederschlag bei der Bemessung des Personalbedarfs finden. Insofern ist die PPR für die weitere Entwicklung ein guter Ausgangspunkt. Der Expertengruppe sollte es jedoch freigestellt werden, ob die PPR weiterentwickelt werden sollte oder ob andere international bereits gebräuchliche Instrumente adaptiert werden.

3.4 Personalausstattung und Attraktivität des Pflegeberufs

Die Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege ist eine wichtige Voraussetzung für die Verbesserung der Versorgungsqualität in der stationären Versorgung. Eine bessere Personalausstattung ist darüber hinaus auch eine entscheidende Voraussetzung dafür, die Ausübung des Pflegeberufs durch eine Reduktion der Arbeitsbelastung der im Beruf Tätigen erträglicher zu machen und der zunehmenden Überlastung des Pflegepersonals entgegen zu treten. Und dies wiederum ist eine zentrale Bedingung unter mehreren, die Attraktivität des Pflegeberufes zu erhöhen und den steigenden Personalbedarf in der Pflege auch durch qualifizierte Pflegekräfte auf dem Arbeitsmarkt abdecken zu können. In anderen Worten ist eine zunächst quantitative Verbesserung der Personalausstattung eine entscheidende Determinante, den Teufelskreis von Stellenabbau, Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, mangelnde Attraktivität des Pflegeberufs, vorzeitige Berufsfucht und Rekrutierungsproblematik zu durchbrechen. Dem Aufbau von attraktiven, motivationsfördernden Stellen im unmittelbaren Pflegebereich kommt hierbei eine Schlüsselstellung zu. Eine verbesserte Personalausstattung in der stationären Krankenhauspflege ist insofern für die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs insgesamt damit eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung.

Eine Reihe von vor allem anglo-amerikanischen Studien der Forschergruppe von Aiken et al. (2007; 2008) kommen zu dem Ergebnis, dass durch die Kombination einer ausreichenden quantitativen und qualitativen Personalausstattung mit sogenannten „Umgebungsfaktoren“ nicht nur eine erhöhte Verbesserung des Patientenoutcomes erreicht werden kann, sondern die Zufriedenheit im Beruf und die Attraktivität des Berufes deutlich erhöht werden können. Zu diesen Umgebungsfaktoren gehören neben der Organisation des Pflegeprozesses, die interprofessionelle Wertschätzung der Pflegenden, die kollegiale Zusammenarbeit vor allem mit dem ärztlichen Dienst, eine ausgeprägte Führungskompetenz auf der Managementebene und eine durch die Pflegenden wahrgenommene Unterstützung von Seiten des Managements (Aiken et al. 2007; Aiken et al. 2008).

So verweist auch der jüngst von NICE in Auftrag gegebene Review von Simon et al. (2014) ausdrücklich auf die Bedeutung solch vermeintlich „weicher“ Führungs- und Managementfaktoren (z.B. Teambildung, Wertschätzung, prägende Organisationskultur, supervidierende Unterstützung) sowohl was die pflegebezogenen Qualitäts-Outcomes als auch den Zusammenhang mit der subjektiv wahrgenommenen Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte.

Die Bedeutung solcher Faktoren und deren wechselseitiges Bedingungsverhältnis für die Arbeitssituation der Pflegekräfte und das Outcome der pflegerischen Versorgung werden häufig unterschätzt. Zugleich bieten sich den Kliniken allerdings in diesem Bereich vielfältige und vielversprechende Ansatzpunkte für Interventionen, um die pflegerische Versorgung zu verbessern und die Attraktivität der Pflegetätigkeit in der jeweiligen Institution „nach innen“ und für das Berufsbild „nach außen“ zu erhöhen.

Werden diese Ansatzpunkte ernst genommen, erfordern sie einen umfassenden Prozess der Personal- und Organisationsentwicklung.

Allerdings sind beispielsweise solche Innovationen im Pflegeprozess erst dann implementierbar, wenn die Stationsleitungen über eine adäquate Personalausstattung verfügen können. Wie im Rahmen einer Feldstudie aufgezeigt werden konnte (Braun et al. 2014), erwiesen sich die Arbeitsbedingungen aus Sicht der Pflegekräfte auf solchen Stationen als vorteilhafter, auf denen Bereichspflege implementiert war. Allerdings wurde die Bereichspflege häufig dann wieder eingestellt, wenn das Personal knapper wurde. Grundsätzlich sind Pflegeorganisationsformen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu empfehlen, die mit einer stärkeren Übernahme von Prozessverantwortung durch die Pflegefachkräfte verbunden sind, wie etwa das Konzept der primären Pflege (Mischo-Kelling/Schütz-Pazzini 2007).

Durch solche Innovationen im Bereich der Pflegeorganisationsformen werden die Kompetenzen der Pflegefachkräfte durch Anreicherung der Tätigkeiten (job enlargement) und zusätzliche Entscheidungsbefugnisse (job enrichment) besser ausgeschöpft, und Hilfskräfte oder weniger gut qualifizierte Fachkräfte können im Rahmen eines Skill- und Qualifikationsmix effektiver eingebunden werden als etwa bei der traditionell üblichen Funktionspflege. Außerdem gehen solche arbeitsorganisatorische Innovationen in vielen Fällen mit einer Arbeitsentlastung für die Beschäftigten dann einher, wenn sie mit geeigneten Qualifizierungskonzepten verbunden werden.

Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen auch im Zusammenhang mit arbeitsorganisatorischen Innovationen sind darüber hinaus angesichts des sich aktuell erneut vollziehenden Pflegepersonalnotstandes von besonderer Bedeutung, als die Entlastung es den bereits berufstätigen Pflegekräften leichter ermöglicht, länger als bisher im Pflegeberuf zu verbleiben. Die Vermeidung des vorzeitigen Einrichtungs- und Berufsausstiegs – darauf verweisen seit Jahren die Untersuchungen im Rahmen der NEXT-Studie, in der Gründe, Umstände und Konsequenzen eines vorzeitigen Verlassens des Berufes bzw. der Einrichtungen von Pflegekräften europaweit analysiert werden – stellt nicht nur in Zeiten steigenden Personalbedarfs für ein nachhaltiges Personalmanagement eine lohnende Herausforderung dar, sondern erweist sich mit Blick auf die zukünftige Entwicklung jeglicher pflegebezogener Versorgungsarrangements als essenzielle gesellschaftliche Aufgabe (Simon et al. 2005).

Zugleich drücken eine verbesserte Personalausstattung und der oben vorgeschlagene Pakt für gute Pflege eine erhöhte gesellschaftliche Wertschätzung für die Pflegenden aus. Es ist zu erwarten, dass der Pflegeberuf damit auch für Jugendliche wieder attraktiver wird und Ausbildungs- und Studienplätze im Pflegebereich stärker nachgefragt werden, um dem drohenden Nachwuchskräftemangel zu begegnen. Parallel dazu bedarf es einer qualifikatorischen Weiterentwicklung auch in der Aufgabenstruktur des Pflegeberufes. Als Grundvoraussetzung ist auch hier nicht nur die Finanzierung der über ein Personalbemessungsverfahren ermittelten Stellen anzusehen, sondern auch die Zweckbindung der hierfür ermittelten Finanzierungsanteile, damit die zur Verfügung stehenden Personalmittel nicht zu Dequalifizierungsprozessen beitragen, indem einer allein kostenbasierten Verlagerung von qualitativ hochwertigen pflegerischen Tätigkeiten an pflegerisches Hilfspersonal oder pflegefremdes Personal Vorschub geleistet wird.

4 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Personalausstattung und Outcomes	11
Tabelle 2	Qualifikationsmix und Outcomes.....	13
Tabelle 3	Finanzierungsbedarf zur Umsetzung von Personalmindeststandards in der Pflege 2015 bis 2017	19

5 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Pflegekräfte an deutschen Akutkrankenhäusern 1991 bis 2013	16
-------------	--	----

6 Literatur

- Aiken, L. H./J. Buchan/J. Ball/A. M. Rafferty (2007). "Transformative impact of Magnet designation: England case study." *Journal of Clinical Nursing* 17(4): 3330-37.
- Aiken, L. H./S. P. Clarke/D. M. Sloane/E. T. Lake/T. Cheney (2008). "Effects of Hospital Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes." *Journal of Nursing Administration* 38(5): 223-29.
- Aiken, L. H./D. M. Sloane/L. Bruyneel/K. Van den Heede/P. Griffiths/R. Busse/M. Diomidous/J. Kinnunen/M. Kózka/E. Lesaffre/M. D. McHugh/M. T. Moreno-Casbas/A. M. Rafferty/R. Schwendimann/P. A. Scott/C. Tishelman/T. van Achterberg/W. Sermeus (2014). "Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study." *The Lancet* 383(9931): 1824-30.
- Bölt, U./T. Graf (2012). "20 Jahre Krankenhausstatistik." *Wirtschaft und Statistik*(2): 112-38.
- Braun, B./I. Darmann-Finck/K. Stegmüller/A.-D. Greiner/M. Siepmann (2014). Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern. Im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums, Bremen/Fulda.
- Bräutigam, C./M. Evans/J. Hilbert/F. Öz (2014). Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser. Düsseldorf, Hans-Böckler-Stiftung. Arbeitspapier Nr. 306.
- Cookson, G./A. McGovern (2014). The Cost-Effectiveness of Nurse Staffing and Skill Mix on Nurse Sensitive Outcomes. A Report for The National Institute for Health and Care Excellence. University of Surrey.
- DKG (2014). Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: Januar 2014, Deutsche Krankenhausgesellschaft
http://www.dkgev.de/media/file/15861.RS046-14_Anlage-Bestandsaufnahme_Januar_2014.pdf.
 Download am 27. März 2014.
- Griffiths, P./J. Ball/J. Drennan/L. James/J. Jones/A. Recio-Saucedo/M. Simon (2014). The association between patient safety outcomes and nurse / healthcare assistant skill mix and staffing levels & factors that may influence staffing requirements. University of Southampton.
- Hessischer Landtag (2013). Dringlicher Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege (GVKALP). Wiesbaden, Drucksache 18/7392.
- Kane, R. L./T. A. Shamliyan/C. Mueller/S. Duval/T. J. Wilt (2007). "The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis." *Medical Care* 45(12): 1195-204 10.097/MLR.0b013e3181468ca3.
- Mischo-Kelling, M./P. Schütz-Pazzini (2007). Primäre Pflege in Theorie und Praxis. Herausforderungen und Chancen. Bern, Huber.

NICE (2014). Safe staffing for nursing in adult inpatient wards in acute hospitals. Safe staffing guideline 1, National Institute for Health and Care Excellence.

Reifferscheid, A./N. Pomorin/J. Wasem (2014). Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus. Rationierung und Überversorgung medizinischer Leistungen im Krankenhaus? Gefördert durch die Dr. Jürgen Meyer Stiftung. Alfred Krupp von Bohlen und Halbach Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen.

Shekelle, P. G. (2013). "Nurse–Patient Ratios as a Patient Safety StrategyA Systematic Review." *Annals of Internal Medicine* 158(5_Part_2): 404-09.

Simon, M. (2014). Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser: Zum Stand der Diskussion und möglichen Ansätzen für eine staatliche Regulierung. Ein Diskussionsbeitrag. Hannover, Hochschule Hannover.

Simon, M./J. Ball/J. Drennan/J. Jones/A. Recio-Saucedo/P. Griffiths (2014). Effectiveness of management approaches and organisational factors on nurse staffing sensitive outcomes. University of Southampton.

Simon, M./P. Tackenberg/H.-M. Hasselhorn/A. Kümmerling/A. Büscher/B. H. Müller (2005). Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal. Online: <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1>; letzter Zugriff am 20.04.2013.

Statistisches Bundesamt (2014). Zahl der Krankenhauspatienten leicht gestiegen. Pressemitteilung vom 22. August 2014 - 296/14. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.

Thomas, D./A. Reifferscheid/N. Pomorin/J. Wasem (2014). Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. Diskussionspapier im Auftrag der Vereinigten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), Universität Duisburg-Essen. IBES Diskussionsbeitrag Nr. 204.

ISBN 978-3-940713-13-1

pg-papers 03/2014

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Marquardstraße 35

D-36039 Fulda