

Bachelorarbeit  
im Bachelorstudiengang  
**Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen**  
an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Neu-Ulm

**Thema**  
**Wege der Politik aus dem Pflegenotstand im Krankenhaus**  
—  
**Eine kritische Betrachtung**  
**der gesundheitspolitischen Maßnahmen in Deutschland**

Erstkorrektorin: Prof. Dr. Anna Meinhardt, Hochschule Neu-Ulm

Zweitkorrektor: Prof. Dr. Alexander Würfel, Hochschule Neu-Ulm

Verfasserin: Nadine Erhardt (Matrikel-Nr. 281141)

Thema erhalten: 06.11.2023

Arbeit abgegeben: 26.02.2024

---

## Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit ist es, im Rahmen einer Literaturrecherche die Frage zu beantworten, welche Maßnahmen die Politik seit den 1960er Jahren unternommen hat, um dem Problem des Pflegenotstands im Krankenhaus zu begegnen. Darüber hinaus werden die Aspekte der Wirksamkeit der bisherigen Maßnahmen, die weiterführenden Ursachen, sowie aktuelle Lösungsstrategien näher betrachtet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Maßnahmen insgesamt zu keinem signifikanten Personalaufbau führen konnten. Insbesondere die Einführung des DRG-Systems ab 2000 hatte besonderen Einfluss auf die Personalentwicklung. Durch den Fehlanreiz, Kosten vor allem im Personalbereich einzusparen, um als Gewinner des Wirtschaftlichkeitswettbewerbs unter Krankenhäusern hervorzugehen, wurde die Personalsituation in der Pflege deutlich verschlechtert. Weiterführend kann vor allem die Abwanderung von Pflegefachkräften aus dem Krankenhaus sowohl als Auswirkung, als auch als Auslöser der Notstandssituation gewertet werden. Gründe, die im Rahmen der Arbeit herausgearbeitet wurden, sind neben der Unterbesetzung, vor allem die Arbeitszeiten, die als nicht leistungsgerecht empfundene Vergütung, sowie die psychische und körperliche Belastung des Berufes. Bei näherer Analyse der aktuellen gesundheitspolitischen Ausrichtung, konzentriert sich diese vor allem auf den Personalaufbau. Die in dieser Arbeit vorgestellten Lösungsstrategien, der Rekrutierung von ausländischen Fachkräften, sowie die Bekämpfung der Unterbesetzung durch ein geeignetes Instrument der Personalbedarfsmessung, finden sich deutlich im Kurs der Gesundheitspolitik wieder. Die Strategie der Rückgewinnung ausgestiegener Pflegefachkräfte durch Verbesserung der oben genannten Arbeitsbedingungen findet sich dagegen nur in geringem Maße im Rahmen der besseren Personalbesetzung wieder.

Weiterführende Recherchen sind vor allem bezogen auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Personalsituation in der Pflege, sowie die weiterführende Gesundheitspolitik in den kommenden Jahren sinnvoll.

**Schlüsselwörter:** Pflegenotstand, Gesundheitspolitik, DRG-System, Rückgewinnung, ausländische Fachkräfte, Personalbedarfsmessung

## Abstract

The aim of this thesis is the answering of the question of what political measures have been taken since the 1960s to tackle the shortage of nursing staff in hospitals in Germany through a literature research. In addition, the aspects of the effectiveness of measures, the further causes and current strategies are analysed. The results show no significant increase in nursing staff over the years. The introduction of the DRG system from 2000 in particular had a negative effect on staff development. The false incentive to cut costs, particularly in the area of staff, in order to emerge as the winner of the competition for efficiency, led to a significant deterioration in the personnel situation. Furthermore, the leaving of nursing staff can be seen as both an effect and a cause of the current situation. In addition to staff shortage, the main reasons identified in this study are the working hours, insufficient payment, and mental and physical strain in connection with nursing. A closer analysis of the current health policy shows, that the focus is primarily on staff expansion. The solution strategies presented in this paper, naming the recruitment of foreign specialists and the fight against understaffing through a suitable instrument for measuring requirements, are clearly reflected in the course of healthcare policy. In contrast, the strategy of retrieving nursing staff by improving the working conditions can only be found to a limited extent. Further research is particularly useful with regard to the effects of the corona-pandemic, as well as the future health policy.

**Key words:** Nursing shortage, healthcare policy, DRG system, retrieval, foreign specialists, staffing requirements measurement

## Inhaltsverzeichnis

<b>INHALTSVERZEICHNIS .....</b>	<b>III</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>IV</b>
<b>1. Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Grundlagen.....</b>	<b>4</b>
2.1. Die Akteure der Gesundheitspolitik .....	4
2.2. Die Finanzierung von Plankrankenhäusern .....	10
<b>3. Der Pflegenotstand im Krankenhaus .....</b>	<b>13</b>
<b>4. Die Maßnahmen der Politik ab 1960.....</b>	<b>19</b>
4.1. Die erste Pflege-Personalregelung (PPR) von 1993.....	20
4.2. Die Budgetdeckelung von 1993.....	21
4.3. Das DRG-Fallpauschalensystem von 2000 .....	24
4.4. Die Pflege-Förderprogramme 2009-2011 und 2013-2017 .....	27
4.5. Die Personaluntergrenzenverordnung (PpUGV) .....	29
4.6. Das Pflegebudget und die Generalistik ab 2020.....	31
4.7. Erweiterung der PpUGV ab 2019 .....	33
4.8. Die PPR 2.0 und die Kinder-PPR 2.0 .....	36
4.9. Weitere Maßnahmen und laufende Verfahren .....	38
<b>5. Lösungskonzepte und deren Umsetzungsgrad .....</b>	<b>42</b>
5.1. Die Behebung der Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser ...	42
5.2. Das Rückgewinnungspotenzial von deutschen Pflegefachkräften .....	45
5.3. Die Rekrutierung von Pflegefachkräften aus dem Ausland .....	47
<b>6. Schlussfolgerung.....</b>	<b>50</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>53</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>V</b>

---

## Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Die Patientenzahl pro Pflegefachkraft im Vergleich .....	1
Abb.2: Die Zusammensetzung des G-BA.....	8
Abb.3: Die Fehlzeiten von Pflegefachkräften zu Berufstätigen insgesamt .....	15
Abb.4: Die Unterbesetzung einzelner Fachabteilungen 2024.....	34
Abb.5: Die Pflegepersonalentwicklung in den Krankenhäusern seit 1990 .....	40
Abb.6: Eine Übersicht der politischen Maßnahmen 1991-2022.....	50

## 1. Einleitung

Durch jeden weiteren, von einer Pflegefachkraft zu betreuenden chirurgischen Patienten<sup>1</sup>, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass ein stationärer Patient innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme stirbt um 7%. Zu dieser Erkenntnis gelangt eine Beobachtungsstudie des Center for Health Outcomes and Policy Research der Universität Pennsylvania im Jahr 2015. Analysiert wurden die Daten von 422.730 Patienten aus neun europäischen Ländern.<sup>2</sup> Im Durchschnitt werden 13 Patienten in Deutschland von einer Pflegefachkraft im Krankenhaus versorgt. Damit ist die Patientendichte pro Pflegefachkraft etwa doppelt so hoch wie in vergleichbaren Ländern, wie der Niederlande.<sup>3</sup> In der folgenden Grafik wird der Unterschied zu anderen EU-Ländern und auch den USA nochmal deutlicher.

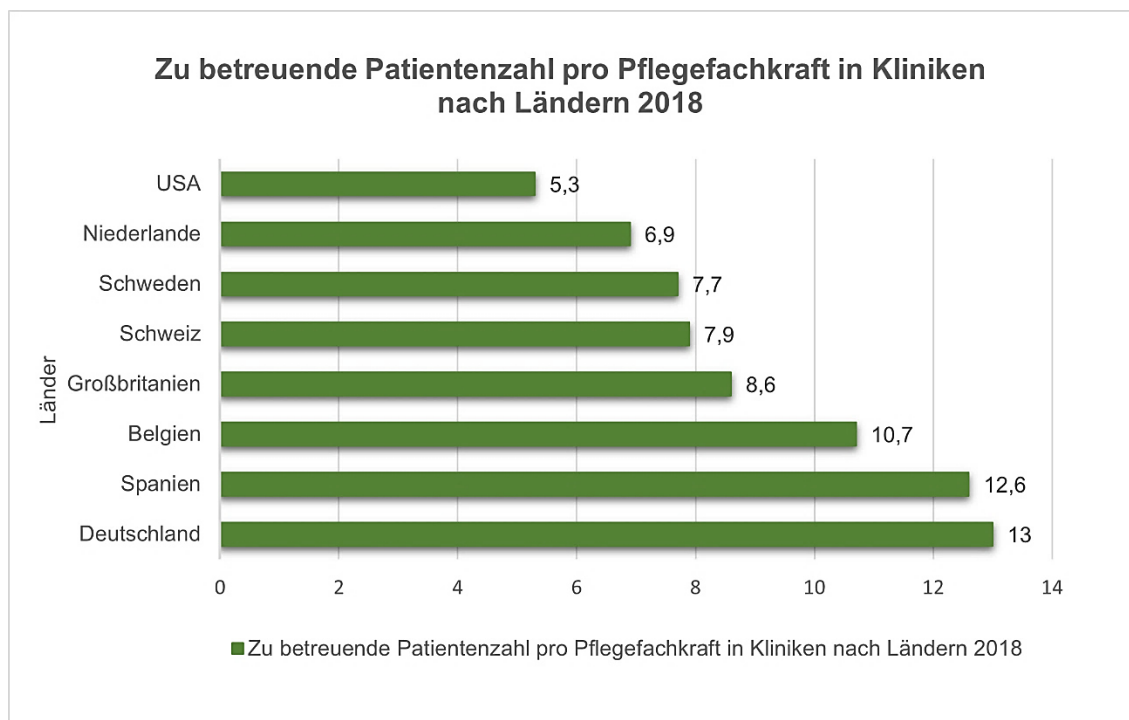


Abb. 1: Die Patientenzahl pro Pflegefachkraft im Vergleich

Quelle: Eigene Darstellung (2024) nach Schildmann et al. (2018), Hans-Böckler-Stiftung (2018), S. 5

Der Grund hierfür, ist ein massiver Personalmangel an Pflegefachkräften im Krankenhaus. Insgesamt sollen bis zum Jahr 2035 in der stationären Versorgung 307.000

<sup>1</sup> Um den Lesefluss zu wahren, wird im Rahmen dieser Bachelorarbeit das generische Maskulinum verwendet. Die verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich - sofern nicht anders kenntlich gemacht - auf alle Geschlechter.

<sup>2</sup> Vgl. Aiken et al. (2014), S.2-3

<sup>3</sup> Vgl. Schildmann et al. (2018), S.19

Pflegefachkräfte fehlen, darunter ein großer Anteil der Pflege im Krankenhaus.<sup>4</sup> Zeitgleich werden die Menschen immer älter. Der Bedarf an medizinischer Versorgung steigt. Das Problem ist kein unbekanntes. Bereits seit Jahrzehnten verspricht die Politik Besserung.

Nina Böhmer, Autorin des Buches „Euren Applaus könnt ihr euch sonst wohin stecken“ beschreibt die Bemühungen der Politik wie folgt:

„Unser Gesundheitssystem gleicht einem Patienten mit einer offenen Wunde, die einfach nicht heilen will [...]. Eine Menge Leute - allen voran Politiker [...] machen auf Arzt. Sie [...] haben Ideen, was zu tun sei. Aber es fehlt Ihnen an Mut, Entschlossenheit, Mitteln und Wissen, den Kranken über den Berg zu bringen. Sie freuen sich, dass es Ihnen gelingt, den Zustand des Patienten Jahr für Jahr zu stabilisieren [...] aber [...] der Heilungsprozess kommt [...] nicht richtig in Gang. Aber immerhin gibt es ein Trostpflaster. Der Patient lebt.“<sup>5</sup>

Etwa 5.124 Pflegefachkräfte haben in der akuten Phase der Corona-Pandemie ihren Beruf aufgeben. Hinzu kommt, dass nach Schätzungen in den nächsten 10-12 Jahren rund 500.000 Pflegefachkräfte altersbedingt aus der Pflege ausscheiden werden. Darunter ein großer Anteil an Pflegefachkräften im Krankenhaus.<sup>6</sup> Die Corona-Pandemie und die Auswirkungen des demografischen Wandels zwingen zum Umdenken. Das System steht vor dem Kollaps und die Politik wird gezwungen, das Problem des Personalmangels anzugehen. Diese Arbeit widmet sich der grundsätzlichen Frage, welche Maßnahmen die Politik seit erstmaligem Bekanntwerden des Personalmangels in der Pflege im Krankenhaus unternommen hat, um dieses fortschreitende Problem zu beheben. Im Verlauf der Arbeit wird zunächst betrachtet, was genau unter dem Pflegenotstand im Krankenhaus verstanden werden kann und welche intrinsischen Ursachen hinter dem Verlust von Pflegefachkräften steckt. Im Rahmen dessen, werden auch die Ursachen der geringen Neugewinnungsrate von Nachwuchskräften näher betrachtet. Folgend werden die politischen Maßnahmen der vergangenen Jahrzehnte einer kritischen Betrachtung unterzogen. Im letzten Schritt werden beispielhafte Lösungsansätze anhand der bedarfsgerechten Personalbesetzung, der Rückgewinnung von Vollzeitpflegefachkräften und der Rekrutierung von Fachkräften aus dem Ausland sowie deren aktueller politischer Umsetzungsgrad näher betrachtet. Zielsetzung ist es, dem Lesenden einen Einblick in die Thematik des Pflegenotstands im Krankenhaus zu geben und das Thema in den Rahmen der Gesundheitspolitik einzuordnen. Die Corona-Pandemie und ihre Auswirkungen auf die Pflege, werden in dieser Arbeit aufgrund der Komplexität des Themas

---

<sup>4</sup> Vgl. Radtke (2024), S.2

<sup>5</sup> Böhmer (2020), S.112-113

<sup>6</sup> Vgl. Millich (2021), S.2-3

---

weitestgehend ausgeklammert. Ebenso wird in dieser Arbeit ausschließlich die Entwicklung auf Normalstationen berücksichtigt. Der Funktionsdienst im Krankenhaus sowie der Pflegedienst auf Intensivstationen oder in speziellen Bereichen wie der Psychiatrie und Rehabilitation werden genannt, aber nicht näher konkretisiert. Um Verwirrungen bezüglich der Berufsbezeichnung zu vermeiden, wird im Rahmen dieser Arbeit konsistent die aktuelle Bezeichnung der Pflegefachkraft verwendet. Da die Arbeit sich rein auf die Pflege im Krankenhaus bezieht, sind in der Berufsbezeichnung, die ehemaligen Bezeichnungen der Krankenschwester, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege eingeschlossen. Bei der durchgeführten Literaturrecherche von 300 Quellen werden 88 relevante Quellen herausgearbeitet und als Grundlage für diese Arbeit verwendet. Hierfür werden neben Zeitschriftenartikeln und Internetpublikationen vor allem Paper und Veröffentlichungen aus den Suchmaschinen Research Gate, Google Scholar und Pubmed verwendet.

## 2. Grundlagen

In diesem Kapitel sollen die für das weitere Verständnis notwendigen Grundlagen der Gesundheitspolitik und der Finanzierung der Plankrankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland erläutert werden. Dies dient der leichteren Einordnung der im Verlauf der Arbeit genannten Aspekte in den Gesamtkontext.

### 2.1. Die Akteure der Gesundheitspolitik

Die Gesundheitspolitik ist in Deutschland geprägt von den Prinzipien der Gewaltenteilung, des Föderalismus, der Rechtsstaatlichkeit und des Sozialstaatsgebots, verankert im Grundgesetz. Diese Prinzipien regeln die Rollen der einzelnen an den gesundheitspolitischen Bestimmungen beteiligten Akteure und deren Verhältnisse zueinander. Die Akteure der Gesundheitspolitik lassen sich grob einteilen in staatliche Institutionen, Institutionen der Selbstverwaltung und freie Verbände, sowie Einzelorganisationen.<sup>7</sup>

#### Die staatlichen Institutionen

Die staatlichen Institutionen finden sich in ihrer Tätigkeit sowohl auf Bundes-, als auch auf Landes- und Kommunalebene wieder. Das wichtigste politische Organ, in der Bundesrepublik Deutschland ist der Bundestag. In seiner Gesetzgebungsfunktion beschränkt sich der Bundestag in der Gesundheitspolitik vor allem auf die Rahmengesetzgebung. Diese wird von den Institutionen der Selbstverwaltung weiter konkretisiert und ausgestaltet. Die wichtigste rechtliche Basis der Gesundheitspolitik, bezogen auf das Krankenhaus sind das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) und das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Ebenfalls eine Rolle bei der Ausrichtung der Gesundheitspolitik spielt die inhaltliche Einstellung der einzelnen Parteien im Bundestag.<sup>8</sup> Neben dem Bundestag hat der Bundesrat als Länderkammer das Recht, an der Gesetzgebung mitzuwirken, wenn nicht ausschließlich der Bundestag zuständig ist. Hierunter fallen die Einspruchsgesetze und Zustimmungsgesetze.<sup>9</sup> Unter Einspruchsgesetzen werden Gesetze verstanden, welche nicht ausschließlich in die Zuständigkeit des Bundestags fallen, bei denen aber keine Zustimmung der Länder erforderlich ist. Bei den Zustimmungsgesetzen wiederum handelt es sich um Gesetze, bei denen die Zustimmung der Länder nach dem Grundgesetz notwendig ist.<sup>10</sup> Findet bei Zustimmungsgesetzen keine Einigung zwischen Bundesrat und Bundestag statt, kann ein Vermittlungsausschuss als Gremium zur Konfliktlösung angerufen werden. Die Akteure des Gremiums versuchen dann eine

---

<sup>7</sup> Vgl. Gerlinger (2017b), S.1-4

<sup>8</sup> Vgl. Gerlinger (2017b), S.5-7

<sup>9</sup> Vgl. Gerlinger (2017b), S.7-9

<sup>10</sup> Vgl. Bundesministerium der Justiz (2024), S. 2-3



Einigung auf einen gemeinsamen Gesetzesentwurf herbeizuführen.<sup>11</sup> Zustimmungsbefürftige Gesetze sind zum Beispiel Verfassungsänderungen, Gesetzesentwürfe die sich auf die Finanzierung der Länder auswirken und Entwürfe, die die Organisation und Verwaltung der Landesbehörden betreffen.

Der Bundesrat spielt in der Gesundheitspolitik eine große Rolle, da es sich bei einigen der Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung, ebenso wie bei Bundesgesetzen die stationäre Krankenhausversorgung betreffend, um zustimmungsbedürftige Belange handelt.<sup>12</sup> Die Bundesländer haben nach § 6 KHG den Auftrag zur Sicherstellung der stationären Versorgung in ihrem Land. Dies beinhaltet das Gewährleisten einer bedarfsgerechten und leistungsfähigen Krankenhauslandschaft, mit einer ausreichenden Anzahl an Krankenhausbetten, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Sie sind somit vor allem in den Bereichen der Krankenhauspolitik, sowie Krankenhausplanung, der Krankheitsprävention und dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), ausgeführt durch die Gesundheitsministerien der Länder, zuständig. Zudem übernehmen sie die Rechtsaufsicht über die im Land befindlichen gesetzlichen Krankenversicherungen.<sup>13</sup>

Eine dritte wichtige staatliche Institution ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), als zentrales Ministerium bei der Formulierung und Ausarbeitung von Reformen, die das Gesundheitssystem betreffen. Das Aufgabenfeld des BMG ist äußerst weitläufig. Beginnend bei Angelegenheiten, die die gesetzliche Krankenversicherung betreffen bis hin zu Themen rund um Arzneimittel und Medizinprodukte. Um einen solch weitläufigen Kompetenzbereich abdecken zu können sind dem BMG mehrere Bundesbehörden untergeordnet. Diese übernehmen vor allem Beratungs- und Unterstützungstätigkeiten.<sup>14</sup> Hierunter fallen das Robert-Koch-Institut (RKI) mit Schwerpunkt der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, das Paul-Ehrlich-Institut, mit Tätigkeitsschwerpunkt Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).<sup>15</sup> In seiner Funktion, kann das BGM Einfluss auf die Reforminhalte nehmen und die Gesundheitspolitik maßgeblich beeinflussen. Über die Unterstützung bei Reformen hinaus, ist das BMG zuständig für untergesetzliche Rechtsvorschriften, wie zum Beispiel

---

<sup>11</sup> Vgl. Gerlinger (2017b), S. 7

<sup>12</sup> Vgl. Gerlinger (2017b), S.8

<sup>13</sup> Vgl. Gerlinger (2017b), S.17-18

<sup>14</sup> Vgl. Gerlinger (2017b), S.9-11

<sup>15</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020), S.1

Verordnungen. Es führt außerdem die rechtliche Aufsicht über die Institutionen der Selbstverwaltung im Gesundheitssystem.<sup>16</sup>

### Institutionen der Selbstverwaltung

Zu den wichtigsten Institutionen der Selbstverwaltung gehören die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände. Im SGB V werden die gesetzlichen Krankenkassen in verschiedene Arten von Kassen unterteilt. Unterschieden werden die Ortskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Ersatzkassen.<sup>17</sup> Im SGB V sind vorrangig Regelungen für die gesetzlichen Krankenkassen enthalten, einige Paragraphen gelten aber ebenso für die privaten Krankenversicherungsdienstleister.<sup>18</sup> Da die privaten Krankenkassen für diese Arbeit von untergeordneter Relevanz sind, werden sie nicht näher betrachtet. Dachverband der gesetzlichen Krankenkassen ist der seit 2008 bestehende Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) (§ 217a Abs. 1 SGB V). Ferner bilden die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen eigene Verbände, sogenannte Landesverbände. Für die Ersatzkassen existieren keine solche Landesverbände. Sie können einen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis ernennen, welcher die zugehörige Aufgabe der Interessenvertretung auf Landesebene übernimmt. (§ 212 Abs. 5 SGB V).<sup>19</sup>

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterstützt die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen, insbesondere durch die Entwicklung von und Abstimmung zu Datendefinitionen (Formate, Strukturen und Inhalte) und Prozessoptimierungen (Vernetzung der Abläufe) für den elektronischen Datenaustausch in der gesetzlichen Krankenversicherung, mit den Versicherten und mit den Arbeitgebern. Die Wahrnehmung der Interessen der Krankenkassen bei über- und zwischenstaatlichen Organisationen und Einrichtungen ist Aufgabe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.“ (§ 217f Abs.1+2 SGB V).

Er kommt dieser Aufgabe nach, in dem er, für alle verbindliche Rahmenvereinbarungen mit den Verbänden der Leistungserbringer insbesondere der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der deutschen Krankenhausgesellschaft schließt. Darüber hinaus ist er Mitentscheider in Fragen zur Gesundheitsversorgung inklusive Vergütungsfragen in zahlreichen weiteren Gremien der Selbstverwaltung, wie dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Am wichtigsten im Rahmen dieser Arbeit ist seine Aufgabe als Einflussnehmer auf die Gesundheitspolitik und der Interessenvertretung der

---

<sup>16</sup> Vgl. Gerlinger (2017b), S.11-15

<sup>17</sup> Vgl. Burkhardt et al. (2017), S.4-9

<sup>18</sup> Vgl. Private Krankenversicherung (2024), S.4

<sup>19</sup> Vgl. Burkhardt et al. (2017), S.6-8

Krankenkassen gegenüber Politik und Öffentlichkeit.<sup>20</sup> Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist eine weitere Institution die kassenübergreifend in Beratungsfragen und Prüfungs- sowie Begutachtungsbedarf zur Seite steht. Hierbei stehen Fragen der Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Versorgung sowie Nutzen und Wirtschaftlichkeitsanalysen im Fokus. Der MDK überprüft sowohl die Ansprüche der Versicherten gegenüber den Krankenkassen, als auch die Vergütungsansprüche der Leistungserbringer, also Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und einigen mehr.<sup>21</sup>

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist ein Zusammenschluss der vom Staat geschaffenen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Kassenärztliche Vereinigungen sind wiederum Zusammenschlüsse von Vertragsärzten und Psychotherapeuten, also denjenigen Berufsgruppen, die nach gesetzlichem Sicherstellungsauftrag die ambulante Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten übernehmen und diese dann auch mit den Krankenkassen abrechnen. Für diese Vertragsärzte ist die Mitgliedschaft in einer KV verpflichtend. Die KBV schließt zudem Bundesmantelverträge mit dem GKV-Spitzenverband zu den finanziellen Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung.<sup>22</sup> Da die ambulante Versorgung in dieser Arbeit nicht weiter thematisiert wird, werden die Selbstverwaltungsorgane, welche ausschließlich die ambulante Versorgung betreffen, nur kurz angesprochen aber nicht weiter ausgeführt.

Die Landeskrankenhausgesellschaften und ihr Dachverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), sind neben den beiden genannten Akteuren der Selbstverwaltung, der dritte große Akteur im deutschen Gesundheitswesen. Hier schließen sich die Krankenhausträger zu Landeskrankenhausgesellschaften zusammen um die Interessen der jeweiligen Träger gegenüber den Krankenkassen, der Politik und der Öffentlichkeit zu vertreten. Darüber hinaus nehmen sie gesetzliche Aufgaben wahr. Darunter fallen die Definition von Rahmenbestimmungen für Verträge zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen des jeweiligen Landes. Die Aufgaben der DKG finden sich vor allem in der Mitarbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der Mitarbeit an der Weiterentwicklung des Vergütungssystems und der Vereinbarung von Rahmenvorgaben für die Krankenhausversorgung. Die Vereinbarung von Rahmenvorgaben orientiert sich dabei an den gesetzlichen Rahmenbestimmungen.<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup> Vgl. Burkhardt et al. (2017), S.7-9

<sup>21</sup> Vgl. Burkhardt et al. (2017), S.9-11

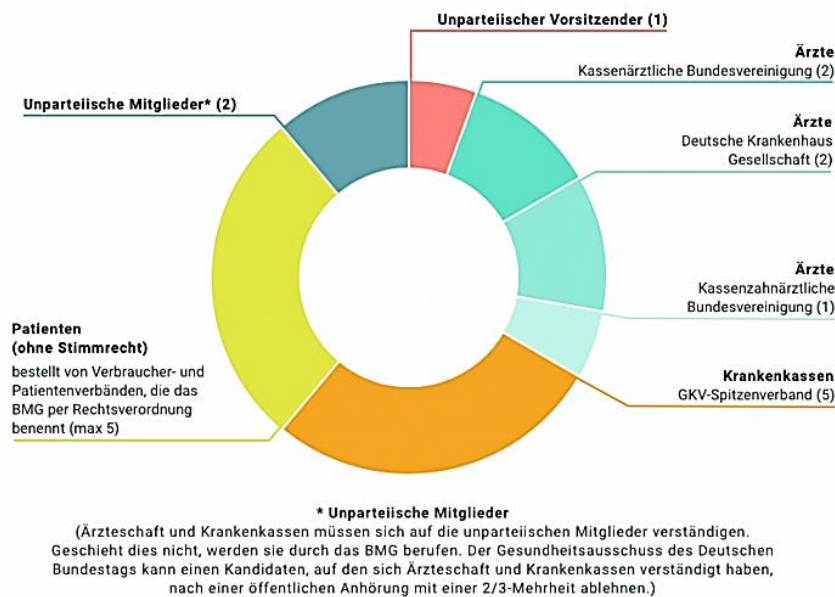
<sup>22</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband (2024), S.1-2

<sup>23</sup> Vgl. Burkhardt et al. (2017), S.17-19

Der G-BA ist das wichtigste Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Er wurde 2004 im Rahmen des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) gegründet, um die Gesundheitspolitik zu unterstützen.

Der Aufbau des Gremiums lässt sich anhand der folgenden Grafik erkennen. In Klammern ist jeweils die Anzahl der Vertreter der einzelnen Interessengruppen angegeben.<sup>24</sup>

■ **Zusammensetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses**



Quelle: Rosenbrock/Gerlinger 2014: 150  
Lizenz: Creative Commons by-nc-nd/3.0/de  
Bundeszentrale für politische Bildung, 2017, www.bpb.de



Abb.2: Die Zusammensetzung des G-BA  
Quelle: Gerlinger et al. (2017), S. 21

Hier wird deutlich, dass während die Ärzteschaft in doch großem Maße vertreten ist, die Pflege hingegen nicht explizit auftaucht.

Zentrale Aufgabe des G-BA ist unter anderem die Verabschiedung von ärztlichen Behandlungsrichtlinien nach § 92 SGB V, die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 135 SGB V und die Verabschiedung von Qualitätssicherungsrichtlinien nach den Paragraphen § 136 und § 136a-d SGB V. Übergeordnet soll er aber vor allem,<sup>25</sup>

<sup>24</sup> Vgl. Burkhardt et al. (2017), S.19-20

<sup>25</sup> Vgl. Burkhardt et al. (2017), S.20

„eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten“<sup>26</sup>

sicherstellen. Der G-BA ist außerdem federführend bei der Festlegung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach dem „Verbotsvorbehalt“ (§ 137c SGB V) dürfen Ärzte im Krankenhaus nur Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erbringen, wenn der G-BA diese nicht ablehnt. Daneben geht aus dem „Erlaubnisvorbehalt“ (§ 135 Abs. 1 SGB V) hervor, dass neue Methoden durch Vertragsärzte nur dann zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden dürfen, wenn der G-BA diesbezüglich eine Empfehlung ausgesprochen hat.<sup>27</sup>

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, unter anderem zuständig für Kosten-Nutzen-Bewertungen und das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, welches Indikatoren zur Messung der Versorgungsqualität entwickelt, unterstützen den G-BA bei seiner Arbeit.<sup>28</sup> Ein weiteres wichtiges Institut, welches dem BGM unterstellt ist und eine relevante Rolle vor allem für das aktuelle Entgeltssystem, der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG-System) spielt, ist das InEK. Es ist vor allem beauftragt mit der Weiterentwicklung des DRG-Systems und der Kalkulation von Zu- und Abschlägen, sowie der Regelung der Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.<sup>29</sup> Die Ärztekammern auf Landesebene, die Bundesärztekammer, sowie die Apothekerkammer werden an dieser Stelle aus fehlender Relevanz für das Thema ausgeklammert.

### Freie Verbände und Einzelorganisationen

Bei dieser Gruppe von Akteuren handelt es sich um Organisationen, die keine direkte Mitwirkung an der Rechtsprechung haben, jedoch in wichtigem Maße Einfluss auf politische Entscheidungen nehmen. Vor allem die Verbände der Interessensgruppen im Gesundheitswesen sind hier von zentraler Bedeutung. Die Bundesverbände der Krankenkassen, wie der Verband der Ersatzkassen oder der AOK-Bundesverband, beschäftigen sich vor allem mit dem Mitgliederservice und treten als Lobby der Politik und Öffentlichkeit gegenüber. Der Verband der privaten Krankenversicherung tritt für die Interessen der Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) ein und engagiert sich in der Politik und Selbstverwaltung des Gesundheitssystems vor allem in Form des Mitwirkens

---

<sup>26</sup> Burkhardt et al. (2017), S.20

<sup>27</sup> Vgl. Burkhardt et al. (2017), S.20-24

<sup>28</sup> Vgl. Burkhardt et al. (2017), S.22

<sup>29</sup> Vgl. Burkhardt et al. (2017), S.25-27

an der Weiterentwicklung des DRG-Systems. Er beteiligt sich außerdem finanziell an Thematiken wie der Weiterentwicklung spezifischer Präventionsstrategien.<sup>30</sup>

Die Verbände der Ärzteschaft wie der Hartmannbund oder der Marburger Bund übernehmen wie im Namen schon erwähnt die Interessenvertretung der Ärzteschaft. Im Falle des Marburger Bunds steht die Interessenvertretung der Krankenhausärzte bei Themen rund um Tarifpolitik, die Arbeitspolitik und andere arbeitsrechtliche Fragen im Fokus. Ein weiterer Akteur sind die wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Hier liegt der Fokus vor allem auf der Erarbeitung von Leitlinien und der Informationsbündelung von medizinischen und fachwissenschaftlichen Inhalten.<sup>31</sup> Beispiele sind die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV) oder die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG).<sup>32</sup> Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) als letzter genannter Akteur vertritt vor allem die Interessen der Arzneimittelhersteller. Von besonderer Bedeutung ist hier unter anderem der Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VfA), welcher sich für international agierende Unternehmen einsetzt.<sup>33</sup> Dieser Überblick über die Einflussnehmer und Entscheider der Gesundheitspolitik soll im weiteren Verlauf der Arbeit dazu dienen, die Maßnahmen der Politik und deren Umsetzung durch die oben genannten Akteure nachvollziehbar zu machen. Im nächsten Unterkapitel wird die Krankenhausfinanzierung als ergänzende Grundlage näher betrachtet. Hierbei werden ausschließlich Krankenhäuser, die im Versorgungsplan der Länder aufgenommen sind, betrachtet.

## 2.2. Die Finanzierung von Plankrankenhäusern

Wie genau sich ein Krankenhaus definiert ist im KHG wie folgt geregelt:

„Im Sinne dieses Gesetzes sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können, [...]“ (§ 2 Abs. 1 KHG).

Die ausreichende Versorgung mit Krankenhäusern und Krankenhausbetten liegt in der Verantwortung der Bundesländer. Diese entscheiden über die Zulassung von Krankenhäusern in den Krankenhausplan und erfüllen damit ihre Aufgabe in der Daseinsvorsorge des Staates für seine Bürgerinnen und Bürger.<sup>34</sup> Die Daseinsvorsorge erstreckt sich über

---

<sup>30</sup> Vgl. Gerlinger (2017a), S.2-5

<sup>31</sup> Vgl. Gerlinger (2017a), S.5-7

<sup>32</sup> Vgl. AWMF e.V. (2024), S.1-10

<sup>33</sup> Vgl. Gerlinger (2017a), S.7-8

<sup>34</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2024), S.1

die Sicherung der Verfügbarkeit von Gütern und Dienstleistungen, darunter auch der Gesundheitsversorgung, an denen von Seiten der Öffentlichkeit ein besonderes Interesse besteht. Der Sicherstellungsauftrag wird auf Landesebene durch das zuständige Gesundheits- oder Sozialministerium, in Form eines stetigen Fortschreibens des Krankenhausplans übernommen. Krankenhäuser können im Krankenhausplan aufgenommen werden, wenn sie bestimmte Merkmale erfüllen und zu den Zielen des Krankenhausplans passen. Zu den Merkmalen gehören neben der Bedarfsorientierung auch die Fähigkeit der Leistungserbringung, in der angestrebten Qualität und Wirtschaftlichkeit. Die Ziele des Krankenhauses müssen für die Aufnahme in den Krankenhausplan das allgemeine Interesse der Öffentlichkeit und die Trägervielfalt berücksichtigen (§ 8 Abs. 1 KHG).

Im Fall, dass zwei vergleichbare Krankenhäuser um einen Platz konkurrieren, werden weitere Merkmale wie die Patientenanzahl, Erreichbarkeit und das Spezialisierungsspektrum bei der Auswahl berücksichtigt.<sup>35</sup> Krankenhäuser, die im Krankenhausplan aufgenommen sind, erhalten die duale Finanzierung. Für die Finanzierung eines Krankenhauses sind zwei Kostenarten von Relevanz. Zum einen die Investitionskosten und zum anderen die Betriebskosten. Die Investitionskosten betreffen alle langfristig nutzbaren Anlagegüter mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren, wie zum Beispiel medizinische Großgeräte oder Bauvorhaben. Finanziert werden die Fördermittel für Investitionen aus Steuergeldern. Auch private und kirchliche Krankenhäuser, die nicht im Krankenhausplan aufgenommen sind, können ebenfalls Fördermittel erhalten, da diese die Sicherstellung der Versorgung mit übernehmen. Das Land entscheidet im Rahmen der Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung auch, wo ein Krankenhaus gebaut, erweitert oder geschlossen werden soll.<sup>36</sup> Im Falle der Betriebskosten, welche sich im groben aus Personal-, Sach-, Versicherungs- und Instandhaltungskosten zusammensetzen, ist das Krankenhaus selbst verantwortlich.

Seit 2020 wird ein großer Teil der Betriebskosten durch die Abrechnung der DRG-Fallpauschalen mit den Krankenkassen und über private Rechnungen für Privatversicherte oder Selbstzahler gedeckt. Der restliche Anteil wird über ein gesondert verhandeltes Pflegebudget je Krankenhaus abgerechnet. Im Gesamten sollen somit die Kosten des Krankenhauses gedeckt sein.<sup>37 38</sup> Häufig reichen die über die DRG abgedeckten Kosten nicht zur kompletten Kostendeckung aus, was das Krankenhaus dazu veranlasst,

---

<sup>35</sup> Vgl. Kreis Segeberg (2024), S.1-4

<sup>36</sup> Vgl. Hodek (2021), S.116-119

<sup>37</sup> Vgl. Simon (2020), S.18-21

<sup>38</sup> Vgl. Hodek (2021), S.116-119

zusätzliche Leistungen, sogenannte freiwillige Wahlleistungen oder Komfortleistungen anzubieten, um zusätzliche Erlöse zu erzielen.<sup>39</sup> Ende 2022 gab es in Deutschland 1.893 Plankrankenhäuser mit rund 480.000 Belegungsbetten.<sup>40</sup>

Um die Betriebskostenfinanzierung durch das DRG-System besser verstehen zu können, werden im folgenden Abschnitt die wichtigsten Bestandteile und die Berechnung der DRG-Erlöse kurz erläutert.

#### Berechnung der DRG-Erlöse unter Einsatz einer Groupersoftware

Die diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) beinhalten eine große Anzahl an Kombinationen von Diagnosen und deren Prozeduren, welche dann zu Gruppen mit vergleichbarem Kostenaufwand zusammengefasst werden. Kriterien für die Eingruppierung sind neben der Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen und alle personenspezifischen Informationen, welche sich auf den Behandlungsaufwand auswirken könnten wie, zum Beispiel das Alter und Geschlecht oder auch der Entlassungsgrund des Patienten.

Des Weiteren eine Rolle spielen die am Patienten durchgeführten Operationen und Prozeduren, sowie allgemeine medizinische Maßnahmen, welche in Form von den Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS) verschlüsselt bzw. kodiert werden.<sup>41</sup> Die OPS finden sich in einem OPS-Katalog, der regelmäßig vom BfArM überarbeitet und herausgegeben wird.<sup>42</sup>

Die DRG für den spezifischen Patientenfall wird über eine Groupersoftware ermittelt. Sie kombiniert die in ICD-10-GM angegebene Haupt- und Nebendiagnosen mit den sonstigen Merkmalen des Patienten und den OPS-Codes des Falles, um eine möglichst repräsentative Kosteneinschätzung des Falles zu generieren. Durch die Software wird jedem Fall nur eine DRG zugeordnet, nach welcher der Fall dann abgerechnet werden kann.<sup>43</sup>

Bis 2020 waren auch die Pflegekosten pro Fall in den DRG eingepreist, seit der Einführung des Pflegebudgets sind diese jedoch ausgegliedert worden.<sup>44</sup> Nachdem im Rahmen des zweiten Kapitels die wichtigsten Grundlagen zum besseren Verständnis der Thematik vermittelt wurden, wird sich das dritte Kapitel der eigentlichen Problemstellung, dem Pflegenotstand im Krankenhaus und seinen intrinsischen Ursachen widmen.

---

<sup>39</sup> Vgl. Ehrmann (2024), S.1

<sup>40</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2023), S.1

<sup>41</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband (2021), S.1-3

<sup>42</sup> Vgl. Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte (2022), S.3

<sup>43</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband (2021), S.2-3

<sup>44</sup> Vgl. Hodek (2021), S.121-122



### 3. Der Pflegenotstand im Krankenhaus

Erstmalig wird in der Bundesrepublik Deutschland in den 1960er Jahren vom Pflegenotstand also einem Fehlen an qualifizierten Pflegefachkräften gesprochen. In der sinkenden Bereitschaft der Ordensschwestern kirchlicher Wohlfahrtsverbände, die Pflege von alten und kranken Menschen als eine Art Barmherzigkeitsdienst zu übernehmen, findet das heutige Problem zum Teil seinen Ursprung.<sup>45</sup> Während auch heute der Begriff des Pflegenotstands besonders in den Medien weit verbreitet ist, wird in Fachkreisen jedoch meist vom Fachkräftemangel in der Pflege oder vom Pflegefachkräftemangel gesprochen.<sup>46</sup> Abzugrenzen sind hier die beiden Begriffe des Engpasses und des tatsächlichen Mangels an Fachkräften.

Unter einem Engpass wird eine Arbeitsmarktlage verstanden in der kurzfristig zu wenige Arbeitskräfte mit einer bestimmten fachlichen Qualifikation vorhanden sind. Dieser Zustand manifestiert sich durch eine längere Vakanz der zu besetzenden Stellen und eine geringe Arbeitslosenquote der betroffenen Berufsgruppe. Ein Mangel an qualifizierten Arbeitskräften entsteht meist aus einer solchen kurzfristigen Engpasssituation, wenn über längere Zeit der Bedarf am Arbeitsmarkt bestehen bleibt und nicht gedeckt werden kann.<sup>47</sup> Im volkswirtschaftlichen Sinne ist der Fachkräftemangel im Allgemeinen ein Zustand durch den

„[...] durch fehlende Arbeitskräfte bei einer demografisch bedingt rückläufigen Bevölkerung im erwerbfähigen Alter vorhandene Wachstumspotenziale nicht realisiert werden können.“<sup>48</sup>

Der DUDEN umschreibt den Pflegenotstand als:

„Großer Mangel an Pflegekräften (in den Krankenhäusern und anderen der Pflege a von Kranken und alten Menschen dienenden Einrichtungen).“<sup>49</sup>

Bereits 2018 fehlten in deutschen Krankenhäusern mehr als 100.000 Vollzeitpflegefachkräfte.<sup>50</sup> Im folgenden Abschnitt werden wie angekündigt die intrinsischen Ursachen im Krankenhaus näher betrachtet.

---

<sup>45</sup> Vgl. Auth et al. (2022), S.3

<sup>46</sup> Vgl. PricewaterhouseCoopers (2022), S.1

<sup>47</sup> Vgl. Bonin (2020), S.62-63

<sup>48</sup> Kappler et al. (2011), S.5

<sup>49</sup> Duden (2004), S.3

<sup>50</sup> Vgl. Simon (2018), S.10-13

### Die Ursachen des Pflegenotstandes

Wie in allen Berufsgruppen ist der demografische Wandel eine der Hauptursachen für den Fachkräftemangel in der Pflege im Krankenhaus. Der Bedarf an Pflegefachkräften im Krankenhaus steigt mit der Zunahme an älteren und multimorbiden Patienten stetig an.<sup>51</sup> Die demografische Entwicklung zeigt sich auch im Durchschnittsalter der Beschäftigten, welches je nach Datenquelle zwischen 43-46 Jahren schwankt, sowie dem Fehlen von Nachwuchsfachkräften.<sup>52</sup> Gleichzeitig verlassen immer mehr Pflegefachkräfte ihren Beruf. Aus der Auswertung einer Befragung des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) 2012-2017 geht hervor, dass nur 23% der Pflegefachkräfte im Krankenhaus sich vorstellen können, unter den aktuellen Bedingungen bis zur Rente in ihrem Beruf zu arbeiten.<sup>53</sup>

Zunächst sollen in diesem Kapitel die intrinsischen, also nicht oder nur bedingt politisch verschuldeten Ursachen für den Pflegefachkräftemangel im Krankenhaus näher betrachtet werden. Der demografische Wandel als häufig diskutierte Thematik wird hierbei nicht näher betrachtet, da die Effekte als bekannt vorausgesetzt werden. Die vielfältigen Ursachen lassen sich grob zwei Kategorien zuordnen. Die der Anerkennung und die der allgemeinen Arbeitsbedingungen im Krankenhaus.<sup>54</sup>

Im Fokus der Anerkennung steht meist die Diskrepanz zwischen der eigenen Wahrnehmung der empfundenen Sinnhaftigkeit und Verantwortung des Pflegeberufs, sowie der als nicht leistungsgerecht empfundenen Vergütung. In der Auswertung des DGB geben 94% der befragten Pflegefachkräfte an, das Gefühl zu haben, einen gesellschaftsrelevanten Beruf auszuführen und dabei ein hohes Maß an Verantwortung zu tragen. Ihre dafür erhaltene Vergütung empfinden dabei 71% als nicht leistungsgerecht oder zu niedrig.<sup>55</sup> Neben der monetären Anerkennung leidet der Pflegeberuf auch unter einer geringen gesellschaftlichen Anerkennung, besonders im Vergleich zu der der ärztlichen Kollegen im Krankenhaus. Die Pflegefachkraft steht hierbei nach wie vor im Schatten der Ärzteschaft obwohl über den Zeitverlauf der letzten Jahrzehnte immer mehr Tätigkeiten und Verantwortung an die Pflege im Krankenhaus delegiert wurden. Die Entscheidungs- und Weisungsmacht trägt nach wie vor der Arzt, was zur Folge hat, dass die Pflegefachkraft eher als Hilfskraft und nicht als eigene Profession mit Handlungsmacht gesehen

---

<sup>51</sup> Vgl. Schmucker (2020), S.50

<sup>52</sup> Vgl. Auffenberg et al. (2022), S.6-8

<sup>53</sup> Vgl. DGB-Index/ Gute Arbeit (2018), S.22

<sup>54</sup> Vgl. DGB-Index/ Gute Arbeit (2018), S.4-6

<sup>55</sup> Vgl. DGB-Index/ Gute Arbeit (2018), S.4-5

wird. Die Konsequenzen sind Unzufriedenheit und Konflikte im interdisziplinären Team.<sup>56</sup>  
57

Im Fokus der Arbeitsbedingungen stehen vor allem Faktoren wie die körperliche und psychische Belastung, die schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die schlechte Personalausstattung vieler Krankenhäuser. Während in der Industrie bereits seit Jahren viel dafür getan wird, schwere körperliche Arbeit weitestgehend vom Menschen auf die Maschine zu übertragen, gehören schweres Heben, Tragen, langes Stehen und unangenehme Zwangshaltungen im Pflegealltag im Krankenhaus nach wie vor dazu.<sup>58</sup> <sup>59</sup> Im Rahmen der DGB-Auswertung geben rund 71% der Pflegefachkräfte an oft bis sehr häufig schwere körperliche Arbeit im Alltag verrichten zu müssen. Ein Großteil der Befragten gibt zudem an, aufgrund dieser Arbeitsbelastung wahrscheinlich nicht bis zur Rente arbeitsfähig zu sein.<sup>60</sup> Dies spiegelt sich auch in der hohen Anzahl an Krankheitstagen in der Pflegeprofession allgemein aber vor allem auch im Krankenhaus wider. Die nachfolgende Grafik zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen Krankheitstage in der Pflege im Krankenhaus bis 2022 im Vergleich zu anderen Berufsgruppen.

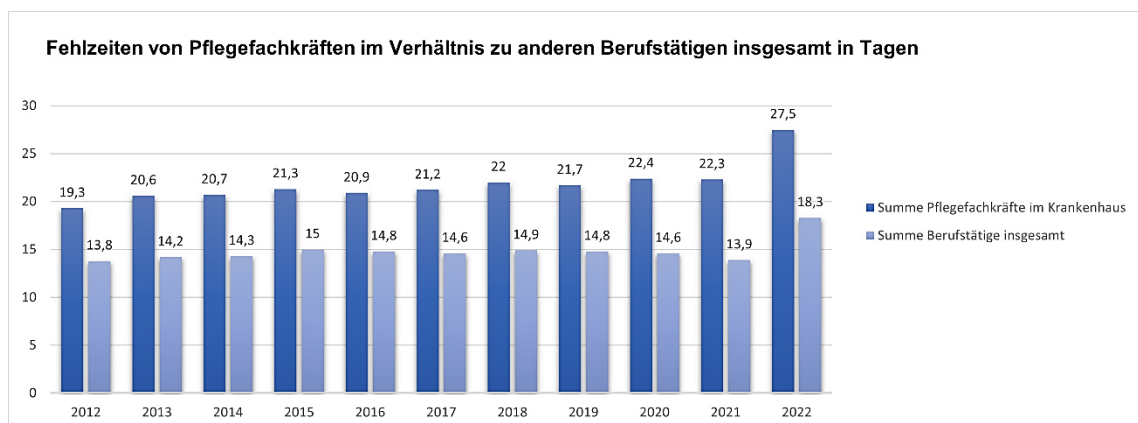


Abb.3: Die Fehlzeiten von Pflegefachkräften zu Berufstätigen insgesamt  
Quelle: Eigene Darstellung (2024) nach Technikerkrankenkasse (2023), S. 2

Hier wird deutlich wie sich die Situation vor allem ab dem Jahr 2021, vermutlich ausgelöst durch die Folgen der Corona-Pandemie, zunehmend verschlechtert hat. Ebenfalls deutlich wird der große Unterschied zu den Berufstätigen insgesamt. Langzeiterkrankungen sind in der Pflege im Krankenhaus keine Seltenheit und die Konsequenz in einigen Fällen ist das vorzeitige Ausscheiden aus dem Berufsleben. Bereits 2007 lag der

<sup>56</sup> Vgl. Hibbeler (2011). S.1-4

<sup>57</sup> Vgl. Benedix et al. (2014), S.28-30

<sup>58</sup> Vgl. Farin (2017), S.1

<sup>59</sup> Vgl. Farin (2017), S.1-2

<sup>60</sup> Vgl. DGB-Index/ Gute Arbeit (2018), S.9; 22

Prozentsatz der Neuberentungsfälle bei der Erwerbsminderungsrente, Pflegefachkräfte im Krankenhaus betreffend, knapp doppelt so hoch wie in anderen Berufsgruppen. Gut qualifizierte Pflegefachkräfte haben hierbei ein deutlich erhöhtes Risiko in die Erwerbsminderungsrente einzutreten.<sup>61</sup>

Neben der körperlichen Belastung spielt die psychische Belastung in der Pflege eine ebenso große Rolle. Vor allem das Ungleichgewicht zwischen Arbeitspensum und vorhandener Zeit zehrt an den Kapazitäten der Pflegefachkräfte. Die DGB-Auswertung kommt zu dem Ergebnis, dass 80% der befragten Pflegefachkräfte aus dem Krankenhaus sich bei der Arbeit gehetzt fühlen oder unter Zeitdruck arbeiten müssen. Ebenfalls wird deutlich gemacht, dass in ihrer Wahrnehmung dieser Zeitdruck im Vergleich zu Vorjahren zunimmt.<sup>62</sup> In einer Befragung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin von 2015 gaben rund die Hälfte aller Pflegefachkräfte an, Erholungspausen ausfallen zu lassen, weil sie zu viel Arbeit zu erledigen haben.<sup>63</sup> Die Abstriche in der Versorgungsqualität der Patienten belasten die gewissenhaften Pflegefachkräfte zusätzlich. Knapp die Hälfte der Pflegefachkräfte aus dem Krankenhaus geben nach der DGB-Auswertung an, oft bis sehr häufig Abstriche in der Versorgungsqualität gemacht zu haben, um das geforderte Arbeitspensum zu schaffen.<sup>64</sup> Erschwerend kommt hinzu, dass die pflegerische Tätigkeit mit einem großen Maß an Emotionsarbeit verbunden ist. Die Pflegefachkraft ist hierbei emotionale Stütze in belastenden Situationen wie Tod oder Krankheit und in ihrer Profession verpflichtet, eigene Emotionen zu kontrollieren.<sup>65</sup> Der Umgang mit emotional belastenden Situationen ist im pflegerischen Beruf alltäglich und rund 31% der Pflegefachkräfte in der DGB-Auswertung gaben an, sehr häufig eigene Emotionen für die Arbeitsanforderung unterdrücken zu müssen.<sup>66</sup> Ressourcen in Form einer guten Work-Life Balance wären wichtig, um solch eine belastende Tätigkeit auszugleichen, jedoch schneidet der Beruf der Pflegefachkraft auch in den persönlichen Lebensbereichen stark ein. Neben den atypischen Arbeitszeitlagen auch „unsocial hours“ genannt, die sich in Schichtarbeit, Nachtarbeit, Abendarbeit und Wochenendarbeit niederschlagen, werden die Pflegefachkräfte ebenfalls regelmäßig aus der Freizeit in den Dienst gerufen. Sie übernehmen außerdem sogenannte Bereitschaftsdienste, in denen

---

<sup>61</sup> Vgl. Hien et al. (2009), zitiert nach Weidner et al. (2016), S.24-26

<sup>62</sup> Vgl. DGB-Index/ Gute Arbeit (2018), S.7-8

<sup>63</sup> Vgl. Escobar Pinzon et al. (2018), S.3

<sup>64</sup> Vgl. DGB-Index/ Gute Arbeit (2018), S.7-8

<sup>65</sup> Vgl. Schöllgen et al. (2016), S.10-12

<sup>66</sup> Vgl. DGB-Index/ Gute Arbeit (2018), S.10-12

sie immer auf Abruf sein müssen oder häufen massiv Überstunden an.<sup>67</sup> Eine solche Arbeitszeitgestaltung lässt sich weder mit einer Familie noch mit dem sozialen Umfeld gut vereinbaren. Überstundenanhäufungen zwischen 70 und 200 Überstunden pro Pflegefachkraft sind keine Seltenheit.<sup>68</sup> Besonders die Nacharbeit wie sie in der DGB-Auswertung 40% der Pflegefachkräfte im Krankenhaus sehr häufig absolvieren, kann starke Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und den körpereigenen Biorhythmus haben. Die Wochenendarbeit steht in Korrelation mit einem höheren allgemeinen Stresslevel und einem höheren Burnout-Risiko. Rund 69% der Pflegefachkräfte gibt in der DGB-Auswertung an oft oder sehr häufig am Wochenende zu arbeiten.<sup>69 70</sup>

Werden all diese genannten Faktoren berücksichtigt, ist es nicht verwunderlich, dass die Pflegefachkräfte nach und nach freiwillig oder unfreiwillig die Krankenhäuser verlassen und in andere Berufe wechseln. Nach einer Auswertung der Technikerkrankenkasse liegt die Verweildauer der Pflegefachkräfte im Beruf 2017 bereits bei nur 13,7 Jahren und rund die Hälfte aller Pflegefachkräfte übt ihren Beruf nur in Teilzeit aus, weil die Arbeitsbedingungen so schlecht sind.<sup>71</sup>

Im Schnitt bleiben Stellen für Pflegefachkräfte im Krankenhaus zudem 240 Tage unbesetzt, bevor ein Ersatz gefunden wird.<sup>72</sup>

Der letzte Aspekt der sich als Ursache identifizieren lässt, ist die schlechte Nachwuchssituation in der Pflege im Krankenhaus. Im Rahmen der Befragung des Marktforschungsinstituts SINUS von 2020 geben nur 4% der Befragten an, sich gut vorstellen zu können in der Pflege im Krankenhaus zu arbeiten. 79% geben dagegen an, es sich gar nicht vorstellen zu können. Die Gründe, die genannt werden, überschneiden sich an vielen Stellen mit den ebenfalls von den Pflegefachkräften genannten Aspekten. Beginnend bei dem Thema des Verdienstes. Hier hat sich die Wahrnehmung der Pflegefachkräfte auch bei den potenziellen Nachwuchsgruppen herumgesprochen. So geben 80% der befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 14 und 20 Jahren an, dass sie die derzeitige Vergütung in der Pflege als für die Tätigkeit zu gering einstufen würden.<sup>73</sup> Gründe vor allem bei den männlichen Befragten seien, dass sie sich vor Freunden

---

<sup>67</sup> Vgl. DGB-Index/ Gute Arbeit (2018), S.13-15

<sup>68</sup> Vgl. Biermann et al. (2018), S.2

<sup>69</sup> Vgl. DGB-Index/ Gute Arbeit (2018), S.13-15

<sup>70</sup> Vgl. Amlinger-Chatterjee (2016), S.12-14

<sup>71</sup> Vgl. Technikerkrankenkasse (2017), S.1

<sup>72</sup> Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2021), S.2

<sup>73</sup> Vgl. Borgstedt et al. (2020), S.34

schämen würden, wenn sie zugeben müssten in der Pflege zu arbeiten, und dass ihre Eltern die Entscheidung eine Ausbildung in der Pflege zu machen, zwar unterstützen würden, es ihnen aber lieber wäre, wenn ihr Kind einen Beruf mit gesellschaftlich höherer Anerkennung und mehr Karrierechancen lerne. Auch die Geschlechterklischees des Berufs der Krankenschwester als reiner Frauenberuf halten sich standhaft.<sup>74</sup> Die Nachwuchssituation wird zusätzlich von der aus Frust resultierenden negativen Resonanz der Pflegefachkräfte verstärkt. Nur 45% der Befragten geben an, ausreichend über den Beruf der Pflegefachkraft informiert zu sein. Die Informationen erhalten sie zudem fast ausschließlich von Pflegefachkräften im familiären oder sozialen Umfeld.<sup>75</sup> Sowohl von Pflegefachkräften, als auch von den potenziellen Nachwuchskräften, werden abschließend noch fehlende Weiterbildungs-, Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten als negativer Aspekt in der Pflege genannt. Hier ist die wahrgenommene Relevanz jedoch deutlich geringer als bei den erstgenannten Faktoren.<sup>76 77</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die intrinsischen Ursachen für den Personal­mangel in der Pflege im Krankenhaus multifaktoriell sind. Es handelt sich um ein Zusammenspiel aus verschiedenen beruflichen Aspekten der Pflegearbeit, die zum einen den aktuellen Personal­mangel verschlimmern, zum anderen aber selbst durch den Personal­mangel verschlimmert werden. Im folgenden Kapitel werden über die intrinsischen Ursachen hinaus, die politisch herbeigeführten Ursachen, sowie der Umgang der Politik mit dem Personal­mangel in der Pflege im Krankenhaus anhand einer kritischen Analyse der letzten Jahrzehnte betrachtet.

---

<sup>74</sup> Vgl. Borgstedt et al. (2020), S.37

<sup>75</sup> Vgl. Borgstedt et al. (2020), S.43

<sup>76</sup> Vgl. Borgstedt et al. (2020), S.31-34

<sup>77</sup> Vgl. DGB-Index/ Gute Arbeit (2018), S.18

#### 4. Die Maßnahmen der Politik ab 1960

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel erwähnt, ist der Pflegenotstand in Deutschland kein neu aufgetretenes Phänomen. Die Anfänge finden sich schon mehr als ein Jahrzehnt vor der offiziellen Definition des Pflegenotstands begriffes. Bereits in den 1950er Jahren ist der Mangel an Krankenpflegekräften damals auch bekannt als „Schwesternmangel“ eines der zentralen Themen in der Gesundheitspolitik der Bundesrepublik Deutschland.<sup>78</sup>

Die Gründe damals, wie auch heute sind erschreckend unverändert. Probleme wie eine stetige Unterfinanzierung von Krankenhäusern und ein paralleler Ausbau des Leistungsangebots, sowie der sich schon damals abzeichnende demographische Wandel verschlechtern seither die Personalsituation im Krankenhaus, insbesondere in der Pflege. Schon damals werden schnelle Ausreden gefunden, die ein Nichthandeln begründen, wie ein Zitat des damaligen Wirtschaftsministers Ludwig Erhard von 1960 belegt.<sup>79</sup>

„Die heutige – insbesondere vom gesellschaftspolitischen Standpunkt aus gesehen – gesunde Struktur des Krankenhauswesens, d. h. der sehr starke Anteil der frei-gemeinnützigen und privaten Anstalten, konnte nur dadurch erhalten bleiben, daß bei den frei-gemeinnützigen Anstalten die Arbeitskraft des Personals in noch wesentlich stärkerem Umfang ausgenutzt worden ist als bei den kommunalen Anstalten [...] Und gerade daß im Bereich des Krankenhauswesens die Menschen bis zur Aufopferung tätig sind, scheint mir ein Beweis dafür zu sein, daß sie eben in ihrer Leistung und in ihrer Tätigkeit zu diesem inneren Gleichgewicht, zu diesem inneren Frieden und zu dieser Harmonie und Ausgeglichenheit gefunden haben, die wesentliche Voraussetzungen dafür sind, auch anderen helfen zu können“<sup>80</sup>

Nachdem der Pflegenotstand im Krankenhaus 1969 stärker in den öffentlichen Fokus rückt, erscheint das Thema auch ganz oben auf der Agenda der damaligen Regierung.<sup>81</sup> Um vor allem die Unterfinanzierung von Krankenhäusern als Hauptursache des Personalmangels in der Krankenpflege in Angriff zu nehmen, wird 1972 das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) als erste bundeseinheitliche Regelung zur Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung eingeführt.<sup>82</sup> Durch den im KHG verankerten Anspruch auf Deckung der Selbstkosten, wird die Grundlage für eine deutschlandweite Aufstockung des Personals in der Pflege im Krankenhaus gelegt. Insgesamt kann somit ein Anstieg von 100.000 Vollzeitkräften, beziehungsweise ein Zuwachs von 60% innerhalb

---

<sup>78</sup> Vgl. Simon (2000), zitiert nach Simon (2018), S.12

<sup>79</sup> Vgl. Simon (2018), S.12-14

<sup>80</sup> Erhard (1960), zitiert nach Simon (2018), S.12

<sup>81</sup> Vgl. Simon (2000), zitiert nach Simon (2018), S.12

<sup>82</sup> Vgl. Simon (2018), S.13

von zehn Jahren realisiert werden.<sup>83</sup> Aufkommende Konflikte zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen, vor allem die Personalbesetzung im Pflegedienst und das Krankenhausbudget betreffend, veranlassen die Regierung im Jahr 1981, den GKV-Spitzenverband und die DKG damit zu beauftragen, ein auf Wirtschaftlichkeit beruhendes Instrument für die Personalbedarfsermittlung zu entwickeln (§ 19 Abs. 1 KHG i.d.F. des KHKG 1981).<sup>84</sup>

Bisher wird der Personalbedarf auf Normal- und Intensivstationen ausschließlich auf Basis der bis dahin bereits veralteten und nicht repräsentativen Anhaltzahlen bemessen, die hierdurch abgeschafft werden sollen.<sup>85</sup> Die Verhandlungen über ein solches Instrument werden 1989 endgültig als gescheitert erklärt, da sich die Verhandlungsparteien auf kein geeignetes Instrument einigen können.<sup>86</sup> Somit muss die Regierung wie im damaligen § 19 des KHG festgelegt, selbst ein solches Verfahren entwickeln. Zuständig ist hierfür das Arbeits- und Sozialministerium (BMA), welches daraufhin zwei Verordnungen vorbereitet (BTDrs.12/3608: 143f.).<sup>87</sup> Notwendig ist die Regulierung zu diesem Zeitpunkt laut Michael Simon (2018) aufgrund dessen,

„[...] , dass die Personalbesetzung im Pflegedienst in den 1980er Jahren nicht mit der Leistungsentwicklung Schritt gehalten hatte. [...] Die Zahl des Pflegepersonals war [...] nicht in dem erforderlichen Umfang erhöht worden.“<sup>88</sup>

Dazu ist noch wichtig zu erwähnen, dass der Pflegenotstand zum Ende der 1980er Jahre vor allem auf einen Mangel an Arbeitskräften und nicht auf einen Mangel an freien Stellen zurückzuführen ist.<sup>89</sup> Zu den Gründen zählen die steigende Arbeitsbelastung durch die Leistungsverdichtung, der Ausstieg von Müttern aus dem Beruf und der fehlende Nachwuchs aufgrund des Imageproblems der Pflege.<sup>90</sup>

#### **4.1. Die erste Pflege-Personalregelung (PPR) von 1993**

Auf Basis der Entwürfe setzt die Regierung zwei Expertenkommissionen ein, die sich ein geeignetes Konzept zur Personalbemessung in der Psychiatrie aber vor allem auch im Pflegedienst überlegen sollen. Auf Basis dieser Konzepte werden 1991 die Psychiatrie-

---

<sup>83</sup> Vgl. Simon (2018), S.13

<sup>84</sup> Vgl. Simon (2018), S.13

<sup>85</sup> Vgl. Lorenz (1987), S.109-110

<sup>86</sup> Vgl. Mohr (1988), S.254-256, zitiert nach Simon (2018), S. 13

<sup>87</sup> Vgl. Simon (2018), S.13

<sup>88</sup> Simon (2018), S.13-14

<sup>89</sup> Vgl. Simon (2007), S.52-54

<sup>90</sup> Vgl. Alber (1990), S.21



Personalverordnung (Psych.-PV) und 1993 die Pflege-Personalregelung (PPR) als Teil des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) beschlossen und in Kraft gesetzt.<sup>91</sup> Die PPR soll in den folgenden Jahren vor allem als Instrument zur Budgetfindung in den Verhandlungen zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen dienen. Die in der PPR genannten Vorgaben zur Anzahl von Pflegefachkräften in Vollzeit ist damals für die Krankenhäuser nicht verbindlich. Lediglich die Berechnung des Personalbedarfs nach diesem Verfahren ist es.<sup>92</sup> Die PPR soll von 1991-1995 aktiv sein mit dem Ziel 26.000 neue Vollzeitkräfte in der Pflege einzustellen. Diese Begrenzung wird festgelegt, um die Krankenkassen nicht durch einen unkontrolliert hohen Personalaufbau zu überlasten. Die Stellen sollen dann im Umkehrschluss auch dauerhaft finanziert und nicht nur vorübergehend besetzt werden. Als die Krankenkassen 1995 bereits 20.000 neue Vollzeitstellen melden, wird die PPR aus Sorge, es würden zu viele neue Stellen besetzt werden, für 1996 ausgesetzt und anschließend 1997 durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz komplett aufgehoben.<sup>93</sup> Insgesamt werden im Zeitraum zwischen 1991-1995 ca. 40.000 neue Pflegefachkräfte im Krankenhaus eingestellt. Darunter finden sich fast ausschließlich Pflegefachkräfte mit dreijähriger Pflegeausbildung und davon sind knapp die Hälfte nur in Teilzeit beschäftigt. Wieso damals eine so hohe Anzahl an Teilzeitkräften eingestellt wird, ist nicht sicher bekannt, lässt sich aber vermutlich auf die Rückgewinnung von Frauen nach der Erziehungspause zurückführen, so Michael Simon.<sup>94</sup> Dieses Potenzial der Rückgewinnung als Ressource wird auch im weiteren Verlauf der Arbeit wieder seine Relevanz finden.

#### **4.2. Die Budgetdeckelung von 1993**

Ein Aspekt, der mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 eingeführt wird, ist die Budgetdeckelung. Bis zum Ende des Jahres 1992 können Krankenhäuser ihr Budget jährlich frei mit den Krankenkassen verhandeln, was fortan durch die Budgetdeckelung im Rahmen des GSG stark einschränkt wird.<sup>95</sup> Die Deckelung soll in sehr humaner Form mit Ausnahmeregelungen eingeführt werden. Benannte Ausnahmeregelungen sind unter anderem die PPR und eine Vereinbarung, dass Kosten, entstanden durch die Umsetzung von Rechtsvorschriften, deren Umsetzung verbindlich ist, refinanziert und somit das Verlustrisiko des Krankenhauses gesenkt werden soll.<sup>96</sup> Bei dem

---

<sup>91</sup> Vgl. Simon (2018), S.108-109

<sup>92</sup> Vgl. Kunze et al. (2010), zitiert nach Simon (2018), S.14-15

<sup>93</sup> Vgl. Simon (2007), S.51-53

<sup>94</sup> Vgl. Simon (2007), S.52-53

<sup>95</sup> Vgl. Simon (2007), S.16-18

<sup>96</sup> Vgl. Tuschen et al. (1993), zitiert nach Simon (2007), S.17

Budgetdeckel handelt es sich um eine Bemessungsgrenze, die angibt, wie sehr das Krankenhausbudget jährlich maximal steigen darf. Die Höhe der als Richtwert für die Steigerung festgelegte Veränderungsrate auf Basis der Vorjahre bemisst sich anhand folgender Kriterien aus dem Gesetzestext:<sup>97</sup>

„Die jährlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkasse je Mitglied im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets dürfen sich in den Jahren 1993, 1994 und 1995 höchstens um die Verwaltungskostenpauschale der Pflegekasse (§ 46 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) je Mitglied und um den Betrag verändern, der sich durch Multiplikation der durchschnittlichen Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied mit der Veränderungsrate der nach den §§ 270 und 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied ergibt. Ausgangsbasis sind die jährlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkasse je Mitglied im Jahr 1991, die um den Betrag erhöht werden, der sich gemäß dem Berechnungsverfahren nach Satz 1 für das Kalenderjahr 1992 ergibt. Die Berechnungen nach den Sätzen 1 und 2 sind, soweit sie die durchschnittlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkassen je Mitglied betreffen, getrennt nach Betriebskrankenkassen und nach anderen Krankenkassen vorzunehmen. Eine aus rechtlichen Gründen unvermeidbare Überschreitung des Budgets ist im Budget des Folgejahres auszugleichen.“ (Art. 23 Abs. 1 GSG)

Die neuen Veränderungsrate liegen damals deutlich unter denen, die durch freie Verhandlungen erzielt werden können, und sorgen dafür, dass Krankenhäuser ihre Kosten durch die Budgets nicht mehr decken können. Die einzige Option, die den Krankenhäusern bleibt, ist es Kosten zu reduzieren. Trotz der Ausnahmeregelung für bestimmte Kosten, wechseln zahlreiche Krankenhausleitungen aus Angst vor Defiziten die Rechtsform. Häufig gewählt werden hierfür die formal private Rechtsform der GmbH oder gemeinnützigen GmbH. Zum Teil werden Krankenhäuser auch an private Klinikketten verkauft. Zudem werden Servicebereiche, um Kosten zu sparen, auf Tochtergesellschaften oder Fremdfirmen ausgegliedert.<sup>98</sup>

Die Budgetdeckelung ist als Notbremse für die Jahre 1993-1995 gedacht und soll 1996 von einem neuen Entgeltsystem abgelöst werden. 1996 verschärfte sich die Situation für die Krankenhäuser weiter, durch das Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben (KHStabG) und damit der Verlängerung und Verschärfung des Budgetdeckels ab 1995.<sup>99</sup> Noch vor Inkrafttreten des Gesetzes wird parallel das Beitragsentlastungsgesetz

---

<sup>97</sup> Vgl. Simon (2007), S.16-17

<sup>98</sup> Vgl. Haack (1993a), Haack (1993b), zitiert nach Simon (2007), S.18

<sup>99</sup> Vgl. Tuschen (1996), zitiert nach Simon (2007), S.19

(BeitrEntlG) mit einer enthaltenen Budgetkürzung um 1% für den Zeitraum 1997-1999 vorgelegt.<sup>100</sup>

Zudem wird 1996 noch die neue Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in Kraft gesetzt, die aber schon vor Inkraftsetzung wieder geändert wird. Das rechtliche Gewirr aus Gesetzen und Verordnungen entwickelt sich für die Krankenhäuser zur wahren Belastungsprobe.<sup>101</sup> Bereits der verschärfte Budgetdeckel sorgt für eine weitere Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage vieler Krankenhäuser.<sup>102</sup> Da Sachkostensenkungen durch den Wechsel der Zulieferer und ähnlichen Maßnahmen irgendwann nicht mehr ausreichen würden und Personalkosten aufgrund der Tarifbindung öffentlicher Krankenhäuser nicht gedeckelt werden können, wird auf Maßnahmen wie Stellensperrungen, Umwandlung von unbefristeten in befristete Verhältnisse, Kürzung von freiwilligen Gehaltsbestandteilen wie dem Urlaubsgeld oder betriebsbedingtem Abbau von Stellen zurückgegriffen. In welchem Maße diese Maßnahmen umgesetzt werden lässt sich nur zum Teil nachvollziehen, sicher ist aber, dass zu dieser Zeit besonders die betriebsbedingte Kündigung häufig als Druckmittel gegen die Personalvertretungen eingesetzt wird.<sup>103</sup>

Die Konsequenz aus diesem Zusammenspiel von Budgetdeckelung und steigendem Wirtschaftsdruck, sowie Zukunftsunsicherheit, sorgt in der Krankenhauslandschaft nach und nach für einen massiven Stellenabbau. Im Jahr 1997, als erstes Jahr ohne die PPR, werden bereits über 6.000 Stellen gestrichen. Das entspricht 2% der damaligen Vollzeitkräfte im Pflegedienst.<sup>104</sup> In einer anderen Quelle ist von einem Stellenabbau von 14.000 Stellen zwischen 1997-2001 die Rede. 2001 soll die Stellenbesetzung sogar ca. 59.000 Vollzeitstellen unter der Sollbesetzung von 1993 liegen.<sup>105</sup> Der für 1996 geplante Umstieg auf ein neues Entgeltsystem auf Basis von Sonderentgelten und Fallpauschalen wird im Rahmen dieser Arbeit aufgrund seines Scheitern Ende 1990 nicht näher betrachtet.<sup>106</sup>

---

<sup>100</sup> Vgl. Simon (2007), S.19

<sup>101</sup> Vgl. Mohr (1995), zitiert nach Simon (2007), S.17

<sup>102</sup> Vgl. Simon (2000), S.329-337, zitiert nach Simon (2007), S.18-20

<sup>103</sup> Vgl. Simon (2007), S.19-21

<sup>104</sup> Vgl. Simon (2007), S.45-47

<sup>105</sup> Vgl. Simon (2018), S.29

<sup>106</sup> Vgl. Simon (2007), S.21

### 4.3. Das DRG-Fallpauschalensystem von 2000

Im Jahr 2000 erfolgt dann im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes (GKV-GRG) der Beschluss für ein anderes international bereits erprobtes Fallpauschalensystems über die DRG. Die Fallpauschalengestaltung findet sich in dem im Jahr 2002 verabschiedeten Fallpauschalengesetz (FPG). Ziel dieser Reform soll es sein, unter den Krankenhäusern Gewinner und Verlierer ausfindig zu machen.<sup>107</sup> Krankenhäuser mit überdurchschnittlichen Fallkosten, welche ihre Kosten nicht auf das vorgegebene Niveau pro Fall senken können, werden in die Kostenunterdeckung geraten und als Verlierer früher oder später vom Markt verdrängt werden. Gewinner-Krankenhäuser hingegen, welche unterdurchschnittliche Fallkosten erzielen können, werden nicht nur Überschüsse erwirtschaften, sondern erhalten diese zur freien Verfügung.<sup>108</sup> Der Plan sieht zudem eine gestaffelte Einführung vor bei der zunächst für das Jahr 2003 eine Anwendung der Fallpauschalen zur Abrechnung freiwillig sein soll. Ab 2004 soll die Anwendung dann verpflichtend sein und eine Konvergenzphase für die Jahre 2005-2008 anstrebt werden, in der die krankenhausspezifische Vergütung schrittweise an die landesweit üblichen Preise angeglichen werden wird.<sup>109</sup>

Die Ankündigung des neuen Entgeltsystems und des FPG sorgt für ein erneutes Aufblühen des 2001 eigentlich zurückgegangenen Stellenabbaus im Pflegedienst der Krankenhäuser. Der Grund hierfür ist, dass bereits vor Einführung des Fallpauschalensystems ein Benchmarking der Krankenhäuser mittels der Landesbasisfallwerte betrieben wird. So wissen die Krankenhäuser im Voraus wie sie im Landesvergleich dastehen und ob sie unter den aktuellen Umständen zu den Gewinnern oder Verlierern des Systems gehören werden.<sup>110</sup> Es ist anzunehmen, dass die potenziellen Verliererkrankenhäuser daraufhin alle Mittel in Bewegung setzen, um vor Einführung die Kosten so weit wie nur möglich zu senken, um den Verlusten nach Einführung zu entkommen. Die Konsequenz ist ein bundesweiter Stellenabbau in den Jahren 2002-2007 von ca. 33.000 Vollzeitstellen.<sup>111</sup> Betroffen sind hiervon vor allem große Krankenhäuser, insbesondere Universitätskliniken, da durch das neue Entgeltsystem besonders schwere Fälle nicht ausreichend abgebildet und somit auch viel zu gering vergütet werden sollen. Besonders in diesen Krankenhaus-kategorien sind solche schwere Behandlungsfälle jedoch an der

---

<sup>107</sup> Vgl. Baum et al. (2000), zitiert nach Simon (2007), S.23

<sup>108</sup> Vgl. Simon (2007), S.22-24

<sup>109</sup> Vgl. Simon (2007), S.21-23

<sup>110</sup> Vgl. Simon (2007), S.24

<sup>111</sup> Vgl. Simon (2018), S.29

Tagesordnung.<sup>112</sup> Die zu diesem Zeitpunkt bestehende Differenz zwischen der aktuellen Personaldeckung Ende 2007 und den 1993 angedachten Soll-Besetzungszahlen beträgt bereits ca. 93.000 Vollzeitstellen.<sup>113</sup>

### Die Strukturmerkmale der OPS

Mit der Einführung der DRG wird zunächst auch ein kleiner Aspekt in Richtung Personalbesetzung verbessert. Dieser Aspekt findet sich in den Operations- und Prozedurenschlüsseln. Manche dieser OPS enthalten Anforderungen sowohl an die Anwesenheit einer bestimmten Anzahl von Pflegekräften bei Erbringen dieser Leistung, als auch deren notwendige Qualifikationen. Wollen die Krankenhäuser für diese Leistungen bei den Krankenkassen Kosten geltend machen, müssen sie die nötigen Anforderungen vorhalten können. Seit dem MDK-Reformgesetz 2020 müssen diese Anforderungen, beziehungsweise wie sie im Gesetzestext genannt werden, „Strukturmerkmale“ geprüft werden (§ 275d SGB V). Die Krankenhäuser müssen demnach vor erstmaliger Abrechnung einer Leistung die Strukturmerkmale prüfen lassen (§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Die Idee dahinter ist die Gewährleistung einer qualitativ guten Versorgung mit Personal in ausreichender Menge und Qualifikation.<sup>114</sup> Ein Beispiel aus der Praxis findet sich im OPS 8-550 in der Version von 2022 zur „geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung“. Hier wird in den Strukturmerkmalen folgendes für die Pflege festgelegt:

„Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege. Hierfür muss mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen“ (OPS 8-550 – Strukturmerkmale).<sup>115</sup>

Seit Einführung des Pflegebudgets nehmen diese Anforderungen bei jeder Anpassung des OPS-Kataloges durch das BfArM ab. Begründet wird dies damit, dass die Pflegefachkräfte nach der Ausgliederung aus dem DRG-System getrennt vergütet werden und in den OPS nicht mehr so gravierend berücksichtigt werden müssen. Dass es bei dem Aspekt gar nicht rein um den finanziellen Faktor, sondern darüber hinaus vor allem um eine Gewährleistung einer ausreichenden Personaldecke und die Entlastung von Pflegefachpersonen geht wird nicht berücksichtigt. Zudem scheint an diesem Punkt auch die Generalistik der Pflegeausbildung, die an anderer Stelle erklärt wird, mit hineinzuspielen, da durch ebendiese ein „niedrigeres fachspezifisches Ausbildungsniveau“ bei Abschluss

---

<sup>112</sup> Vgl. Billing et al. (2004), zitiert nach Simon (2007), S.24-26

<sup>113</sup> Vgl. Simon (2018), S16-17

<sup>114</sup> Vgl. Schmedders et al. (2023), S.215-216

<sup>115</sup> Schmedders et al. (2023), S.216

der Ausbildung auszuweisen ist und somit bestimmte Qualifikationen, zahlreicher Absolventen außen vor lassen würden. Hier geht es klar um Quantität der Pflegepersonen und nicht um die Qualität der geleisteten Versorgung.<sup>116</sup>

#### Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) von 2010

Ein weiterer Aspekt, der von Seiten des Deutschen Pflegerates und dem InEK in den 2000ern entwickelt wird, betrifft ebenfalls die Operationen- und Prozedurenschlüssel. Genauer gesagt einen spezifischen OPS, den 9-20 für „hochaufwendige Pflege“, welcher 2010 eingeführt wird. Durch den sogenannten Pflegekomplexmaßnahmen-Score, kurz PKMS, kann die Pflege ebendieser „hochaufwendigen“ Patienten über zwei Zusatzentgelte zusätzlich zum normalen Entgelt vergütet werden. Durch diesen OPS-Schlüssel erwirtschaftet die Pflege 2019 für 360.000 hochaufwändige Fälle ca. 460 Mio. Euro.<sup>117</sup> Kritisiert wird an dem Score der hohe Dokumentationsaufwand und die komplizierte Abrechnungsprüfung vor allem aufgrund der Tatsache, dass in Deutschland nach wie vor der meiste Dokumentationsteil handschriftlich erfolgt und je nach Motivation und Schreibstil des Dokumentars, Informationen die für die Prüfung relevant wären nicht gelesen und somit auch nicht überprüft werden können.<sup>118</sup> Trotz der positiven Bilanz aus dem Jahr 2019, die zum ersten Mal auch die Pflege als erlösrelevant und nicht nur als Kostenfaktor präsentiert, scheiterte auch diese Maßnahme durch Einführung des Pflegebudgets und wird 2021 vom BMG aufgehoben. Schmedders et al. (2023) beschreiben die Aufhebung wie folgt:

„Damit ging ein die Pflege stärkendes Instrument verloren, das in einem Teilsegment über das pflegerische Leistungsgeschehen und ihren Wert für Transparenz sorgte.“<sup>119</sup>

#### **Exkurs:**

##### Reaktion der Bevölkerung auf die Gesundheitspolitik bis 2008

Parallel zu den politischen Maßnahmen werden in den 2000ern durch die zunehmende mediale Aufmerksamkeit auch in der Bevölkerung Stimmen laut. So veranstaltet die Gewerkschaft ver.di und der Berufsverband für Pflegeberufe 2008 eine Unterschriftenaktion auf Bundesebene. Zentraler Bestandteil der Kampagne „Uns reicht´s!“ ist die bedarfsgerechte Personalbemessung des Pflegepersonals im Krankenhaus. Diesmal solle es

<sup>116</sup> Vgl. Schmedders et al. (2023), S.215-216

<sup>117</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband (2022), zitiert nach Schmedders et al. (2023), S.219

<sup>118</sup> Vgl. Schmedders et al.(2023), S.219

<sup>119</sup> Schmedders et al. (2023), S.219

zudem verpflichtend sein und keine reine Bemessungshilfe.<sup>120</sup> Auf diese Aktion, bei der im Resultat 185.000 Unterschriften erzielt werden können, folgt 2008 eine erneute Aktion diesmal aber auch mit größeren beteiligten Akteuren wie dem Pflege- und Ärzteverband und der DKG. Die Demonstration von ca. 130.000 Krankenhausbeschäftigten, größtenteils aus der Pflege im Krankenhaus, gegen unter anderem die Krankenhausunterfinanzierung und den Pflegenotstand, zeigen deutlich auf wie präsent das Thema bereits in weiten Teilen der Bevölkerung ist.<sup>121</sup>

#### **4.4. Die Pflege-Förderprogramme 2009-2011 und 2013-2017**

Als Reaktion auf die Protestaktionen wird in das 2009 beschlossene Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) das Erste Pflege-Förderprogramm aufgenommen. Geplant ist hier eine Förderung von 17.000 Stellen im Pflegedienst der Krankenhäuser für die Jahre 2009-2011 durch die gesetzlichen Krankenkassen (§ 4 Abs. 10 KHEntgG i.d.F. des KHRG 2009). Diese Zielsetzung verfehlt jedoch bei weitem den zu dem Zeitpunkt bereits auf 100.000 Vollzeitkräfte bezifferten Mangel an Krankenpflegern. Zudem sollen nach dem Förderprogramm 10% der Kosten für dieses zusätzliche Personal von den sowieso schon wirtschaftlich angeschlagenen Krankenhäusern finanziell selbst getragen werden.<sup>122</sup> Problematisch ist zusätzlich, dass die Mittel für die Finanzierung des Personalaufbaus zwar zweckgebunden für den Aufbau von Pflegepersonalstellen, aber nicht begrenzt auf den am stärksten von Engpässen betroffenen Bereich der Pflege auf Normal- und Intensivstation geplant sind.<sup>123</sup> So werden nach Michael Simon, zahlreiche dieser Stellen im für den DRG-Erlös relevanteren Funktionsdienst der Pflege im OP oder der Anästhesie geschaffen und nicht in der Pflege am Bett auf den betroffenen Stationen. Mittel, die für den Stellenaufbau nicht verwendet werden, sollen am Schluss gleichmäßig auf alle Krankenhäuser aufgeteilt werden. Auch hier findet sich wieder ein Anreizproblem, dass gegen den Stellenaufbau in der damaligen Situation spricht. So erhalten Krankenhäuser die keinerlei oder nur gering neue Stellen geschaffen haben zusätzliche Gelder und diejenigen, die Stellen geschaffen haben, nur einen geringen Teil der vorherigen Mittel.<sup>124</sup> Betrachtet man die oben erwähnten Schwachstellen des Förderprogramms so überrascht auch nicht, dass von den für die drei Jahre der Förderung geplanten 17.000 Stellen gerade einmal 8.000 Vollzeitkräfte zusätzlich eingestellt werden.<sup>125</sup> Nach einem

---

<sup>120</sup> Vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe et al. (2007), zitiert nach Simon (2018), S.16-17

<sup>121</sup> Vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe et al. (2007), zitiert nach Simon (2018), S.17

<sup>122</sup> Vgl. Schmedders et al. (2023), S.17-18

<sup>123</sup> Vgl. Schmedders et al. (2023), S.16-18

<sup>124</sup> Vgl. Simon (2018), S.17-19

<sup>125</sup> Vgl. Simon (2015), S.12-15

Bericht des GKV-Spitzenverbandes entfallen rund 7.000 Stellen von insgesamt 15.000 neugeschaffenen Stellen allein auf den Funktionsdienst.<sup>126</sup> Auch wenn dieses Förderprogramm immerhin den Willen der Politik zeigt, etwas an der Situation der Pflege im Krankenhaus zu ändern, so ist das Programm doch an vielen Stellen zu undefiniert und offen gehalten, als das die Pflege wirklich davon profitieren könnte. Darüber hinaus bleiben auch hier die dringend notwendige Regelung über eine Mindestbesetzung an Pflegepersonal auf den Stationen aus.<sup>127</sup> In den Jahren 2013-2017 folgt das 2015 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) und mit ihm eine Reihe von Maßnahmen, darunter auch ein erneutes Förderprogramm zum Aufbau von 6.000 Vollzeitstellen in der Krankenhauspflege geplant für die Jahre 2016-2018. Auch hier sollen die Krankenhäuser 10% der Kosten für den Stellenaufbau selbst tragen. (§ 4 Abs. 10 KHEntgG i.d.F des KHSG 2015).<sup>128</sup> Darüber hinaus enthält das KHSG aber auch eine Umwidmung des bestehenden Versorgungszuschlags in einen Pflegezuschlag und die Vorgabe des Zusammenstellens einer Expertenkommission, die weitere und vor allem langfristige Vorschläge für die Notstandssituation erarbeiten soll. Langfristig deshalb, da auch hier das Förderprogramm wieder auf drei Jahre Laufzeit befristet wird. Die Verteilung der nach drei Jahren übrig gebliebenen Mittel erfolgt gleich wie beim ersten Förderprogramm. Die Krankenhäuser nutzen die Begrenzung des Förderprogramms und befristen neue Arbeitsverträge eben auf genau diese drei Jahre, um sie nach Ablauf wieder abzubauen.<sup>129</sup> Die Umwidmung des Versorgungszuschlags verspricht damals auch kaum eine Besserung der Situation. Zwar könnten durch die zusätzlichen Mittel von rund 500 Mio. Euro ca. 10.000 neue Vollzeitkräfte finanziert werden, jedoch ist der Versorgungszuschlag meist bereits im Voraus schon für andere Finanzierungsthemen verplant und eine reine Umbenennung schafft keineswegs zusätzlich verfügbare Mittel. Für die Mittel besteht zu diesem Zeitpunkt ebenfalls keinerlei Zweckbindung. Auch das zweite Förderprogramm für die Pflege im Krankenhaus enthält keinerlei Untergrenzen oder Mindestpersonalbestimmungen, wodurch sich an der stetigen Unterbesetzung nicht gravierend etwas ändert.<sup>130</sup>

Die angekündigte „Expertenkommission Pflegedienst im Krankenhaus“ wird im Oktober 2015 einberufen. Von den 19 Mitgliedern kommen jedoch nur drei aus den Bereichen der praktischen Pflege bzw. der Pflegewissenschaft. Die restlichen Mitglieder verteilen

---

<sup>126</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband (2013), zitiert nach Simon (2018), S.19

<sup>127</sup> Vgl. Simon (2018), S.19

<sup>128</sup> Vgl. Simon (2018), S.19

<sup>129</sup> Vgl. Simon (2018), S.19-20

<sup>130</sup> Vgl. Simon (2018), S.20



sich vor allem auf Vertreter der Politik der DKG, des GKV-Spitzenverbandes, der privaten Krankenversicherung und führenden Persönlichkeiten des InEK und des Uniklinikums Münster, sowie eines Gesundheitsökonomen.<sup>131</sup> Dieses Übermaß an politisch motivierten Mitgliedern auf der einen Seite und wirtschaftlich motivierten auf der anderen, in Kombination mit dem Mangel an Mitgliedern aus dem Fachbereich der Pflege selbst resultiert darin, dass die für Ende 2017 geplanten Lösungsvorschläge ausbleiben und die Kommission anschließend wieder aufgelöst wird.<sup>132</sup>

#### **4.5. Die Personaluntergrenzenverordnung (PpUGV)**

Die zu diesem Zeitpunkt wegen ihres Versprechens eines „Personalmindeststandarts“ im Koalitionsvertrag 2013 unter Druck geratende Regierung kündigt daraufhin an, dass noch vor Beendigung der laufenden Regierungsperiode der GKV-Spitzenverband, die DKG und der PKV-Verband verbindliche Personaluntergrenzen in pflegeintensiven Bereichen vereinbaren werden. Es kommt jedoch erneut zu keiner Einigung zwischen den Organen der Selbstverwaltung und somit muss das BMG die Untergrenzen im Rahmen einer Verordnung der sogenannten Personaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) selbst festlegen.<sup>133</sup> Der große Makel an der damaligen Verordnung gestaltet sich darin, dass nur wenige Fachabteilungen abgedeckt werden und die einzuhaltenden Grenzen stark von dem tatsächlich notwendigen Personalschlüssel abweichen.<sup>134</sup> Ebenfalls Problem an der ersten PpUGV ist, dass viele Krankenhäuser von Möglichkeiten Gebrauch machen die Vorgaben zu umgehen.<sup>135</sup> Strategien sind hier, um nur einige Beispiele zu nennen, die vorzeitige Verlegung von Patienten von Intensivstationen auf Normalstation um die Betreuungskapazitäten auf der Intensivstation so wenig ausgelastet wie möglich zu halten oder die Umverteilung von Personal der Stationen, die von der PpUGV unbeteiligt blieben auf die Stationen, die unter sie fallen.<sup>136</sup>

Auch hier wird weniger der Aufbau von Stellen in der Pflege angestoßen, sondern vielmehr neben der bestehenden Problematik neue Themen geschaffen, wie die Verschlechterung der Versorgungsqualität aufgrund von unter anderem bereichsfremdem Personal und riskanten Verlegungen noch nicht ausreichend stabiler Patienten auf die Normalstation. Zudem verstehen die damaligen Krankenhäuser diese Untergrenzen

---

<sup>131</sup> Vgl. Simon (2018), S.21

<sup>132</sup> Vgl. Gröhe et al. (2017), S.1-3

<sup>133</sup> Vgl. Simon (2020), S.201-203

<sup>134</sup> Vgl. Simon (2020), S.201-203

<sup>135</sup> Vgl. Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (2020), S.8

<sup>136</sup> Vgl. Simon (2020), S.203

eher als Standardanforderung und nicht als Mindestanforderung. Sie halten somit nicht davon ab, nicht vorzuhaltendes Personal abzubauen, um Kosten einzusparen. Die Folgen für den Pflegedienst sind hier klar vorkalkulierbar. Neben den Entlassungen kann vor allem eine steigende Arbeitsbelastung und die ständige Umstellung auf andere Bereiche beobachtet werden.<sup>137</sup>

#### Die Verbindlichkeit der Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA

Ein positiver Aspekt, den das KHSG für die Pflege mitbringt, ist die Stärkung der Verbindlichkeit der vom G-BA vorgegebene Qualitätsrichtlinien.<sup>138</sup> Eben diese Richtlinien enthalten Vorgaben zur Pflegepersonalausstattung und sind für Krankenhäuser die Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen wollen verpflichtend. Ein Beispiel ist hier die Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma.

Hier sehen die Vorgaben des § 4 Personelle und fachliche Anforderungen folgendes vor:

„(3) <sup>1</sup> Der Pflegedienst der Intensivstation der Einrichtung gemäß § 1 Abs. 2 muss aus Gesundheits- und Krankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Krankenpflegern bestehen. <sup>2</sup> 50% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes müssen eine Fachweiterbildung im Bereich Intensivpflege und Anästhesie gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11. Mai 1998 oder „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie“ vom 20. September 2011) oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung abgeschlossen haben. <sup>3</sup> Die DKG gibt zur Gleichwertigkeit der einzelnen landesrechtlichen Regelungen jeweils eine Einschätzung ab. <sup>4</sup> Es muss in jeder Schicht eine Pflegekraft mit Fachweiterbildung im Bereich Intensivpflege und Anästhesie eingesetzt werden. <sup>5</sup> Anstelle der Fachweiterbildung in den Sätzen 2 und 3 kann bis zum 31. Dezember 2024 jeweils eine mindestens fünfjährige Erfahrung in der Intensivpflege treten. <sup>6</sup> Die Stationsleitung hat zusätzlich einen Leitungslehrgang absolviert.“<sup>139</sup>

Die Einhaltung wird durch den MDK auf Grundlage der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie des G-BA überprüft. Nach einem Berichtsergebnis des MDK von 2022, erfüllten von 32 geprüften Krankenhäusern 21,9% die Vorgaben der Richtlinien nicht. Die am meisten im G-BA diskutierte und auch am defizitärsten in der Umsetzung, ist die Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene.<sup>140</sup> Hier gibt es massive Probleme in der

---

<sup>137</sup> Vgl. Simon (2020), S.203-204

<sup>138</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2017), S.1

<sup>139</sup> Gemeinsamer Bundesausschuss (2008), S.4

<sup>140</sup> Vgl. Medizinischer Dienst (2022), S.12-14

Umsetzung des Personalschlüssels. Konsequenzen werden zu dem Zeitpunkt noch keine getroffen aber die Diskussion besteht fort.<sup>141</sup>

#### **4.6. Das Pflegebudget und die Generalistik ab 2020**

##### Das Pflegebudget

Der nächste relevante Schritt der Politik in Richtung Bekämpfung des Pflegenotstands ist die Entscheidung der Regierung Anfang 2018 im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) dazu, die Personalkosten ab dem Jahr 2020 aus den Fallpauschalen auszugliedern und stattdessen über ein Pflegebudget auf Basis des Selbstkostendeckungsprinzips zu finanzieren.<sup>142</sup> Dieses Pflegebudget soll auf Grundlage der Kostensituation und der Personalbesetzung des jeweiligen Krankenhauses vereinbart werden. Begründet wird die Ausgliederung damit, dass die über die DRGs erwirtschafteten Erlöse in vielen Krankenhäusern nicht in ausreichendem Umfang für die Verbesserung der Situation in der Pflege eingesetzt werden. Ziel des Pflegebudget ist es somit, nur die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ausreichend zu finanzieren.<sup>143</sup> Berechnet wird das von den Krankenkassen zu zahlende Budget aus einem Budgetanteil auf Grundlage eines bundeseinheitlichen Kataloges, der sich an den Bewertungsrelationen nach Belegungstagen auf Bundesebene orientiert und einem krankenhausindividuellen Pflegebudget, welches mit den Krankenhäusern verhandelt wird. Zunächst gibt es nach Einführung einige Klärungsschwierigkeiten bezüglich der Abrechnung von Maßnahmen, die die Pflege entlasten. Hier wird durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) zeitnah geklärt, dass ausschließlich Pflegefach- und Pflegehilfskräfte unter dieses Budget fallen und in seinem Rahmen vergütet werden dürfen. Das Budget ist somit zweckgebunden.<sup>144</sup> Stand 2021 hat sich der Personalbestand der Pflege am Bett insgesamt um 32.500 auf 315.791 Vollzeitkräfte der Pflege im Krankenhaus erhöht. Bei der Datenerhebung im Gesundheitssektor sollte jedoch immer berücksichtigt werden, dass es kein einheitliches Verfahren und auch nur bedingt gute Datenquellen gibt, weshalb die Daten von Quelle zu Quelle zu stark abweichen können um sie voll als valide anzuerkennen.<sup>145</sup>

---

<sup>141</sup> Vgl. Schmedders et al. (2023), S.217

<sup>142</sup> Vgl. Schmedders et al. (2023), S.219

<sup>143</sup> Vgl. Schmedders et al. (2023), S.219

<sup>144</sup> Vgl. Schmedders et al. (2023), S.219-220

<sup>145</sup> Vgl. Schmedders et al. (2023), S.219-220

### Die Generalistik

Parallel zur Ausgliederung des Pflegebudgets aus den DRG erfährt auch die Pflegeausbildung eine große Veränderung. Auf Grundlage des 2017 erlassenen Pflegeberufegesetzes (PflBG) wird mit Beginn 2020 die Ausbildung in der Pflege reformiert. Die bisherigen Grundlagen für die Ausbildung in der Kranken- oder Altenpflege in Form des Kranken- oder Altenpflegegesetzes treten Ende 2019 außer Kraft. Die Ausbildungen mit den bisherigen Bezeichnungen der Gesundheits- und Krankenpflege/ -Kinderkrankenpflege und der Altenpflege werden in einer Berufsbezeichnung „der Pflegefachkraft“ mit gemeinsamer generalistischer Ausbildung gebündelt.<sup>146</sup> Die notwendigen Regelungen wie die Vorgaben für die Prüfungsverordnung in Form der Pflegeberufe Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) und der Finanzierung in Form der Pflegeberufe Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) werden seit 2017 schrittweise eingeführt um 2020 einen reibungslosen Start zu gewährleisten. Ziel der Reform ist es, sowohl die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen, als auch die einheitliche Regelung der Vergütung und Gestaltung der Ausbildung in allen Pflegebereichen anzugleichen und vor allem eine Ausbildung zu schaffen, die in ihrer Form EU-weit anerkannt wird.<sup>147</sup> Auch die Wechsel-, und Einsatzmöglichkeiten sowie die Karrieremöglichkeiten sollen hierdurch verbessert werden. Die generalistische Ausbildung sieht wie auch die bisherigen Ausbildungen eine 3-jährige Ausbildung zur Pflegefachkraft vor, mit der Möglichkeit sich vier Monate vor Beginn des letzten Ausbildungsdrittels für eine Spezialisierung zu entscheiden oder einen generalistischen, also allgemein gehaltenen Abschluss zu erhalten. Zugangsvoraussetzungen sind hier mindestens die mittlere Reife oder der Hauptschulabschluss mit anschließender Ausbildung zum Pflegehelfer oder zur Pflegeassistentin. Auch eine abgeschlossene Berufsausbildung mit mindestens 2-jähriger Dauer kann den Einstieg ermöglichen.<sup>148</sup> Parallel bietet sich für Absolventen mit Allgemeiner Hochschulreife die Möglichkeit eines Pflegestudiums und somit der Erhalt eines akademischen Grades zusätzlich zur Berufsbezeichnung der Pflegefachkraft. Eine erfolgreiche abgeschlossene Pflegeausbildung im Voraus bietet zudem die Möglichkeit das Studium im Anschluss, durch Anrechnung von in der Ausbildung erworbenen Leistungen, um die Hälfte der Zeit zu verkürzen.<sup>149</sup>

---

<sup>146</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023a), S.4-6

<sup>147</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023a), S.1-3

<sup>148</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023a), S.2-3

<sup>149</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023a), S.4

### Die Generalistik als umstrittenes Konzept

Die neue Pflegeausbildung ist Teil vieler Diskussionen. Vor allem im Bereich der Qualitätssicherung zeigt sich der G-BA besorgt. Wie bereits erwähnt, schreibt der G-BA in seinen Qualitätssicherungsrichtlinien notwendige Mindestanforderungen an die Qualifikation der Pflegekräfte in bestimmten Bereichen vor. Durch die Abschaffung der spezialisierten Pflegeausbildungen stelle sich nun die Frage ob bei gleicher Ausbildungsdauer noch ebenso viel Vertiefung in den einzelnen Fachbereichen stattfinden kann, um die Qualitätsstandards einzuhalten. Vor allem betroffen von den Uneinigheiten ist die „pädiatrische Versorgung“ insbesondere auf Stationen mit besonderen Anforderungen wie die Neonatologie. Der G-BA sieht hier ein Sicherheitsrisiko für die Versorgungsqualität der Patienten. Die Sorgen des G-BA werden kritisiert von der DKG und dem Deutschen Pflegerat, als „nicht-Anerkennung“ der Kompetenzen des neuen Ausbildungsberufes und unnötiges Überregulieren. Der G-BA wird hier zudem wiederholt in die Schranken gewiesen, er unterliege ja immer noch der „Gesetzgebungskompetenz des Bundes“.<sup>150</sup> Hier bleibt spannend zu verfolgen, wie die Diskussion weitergeführt wird. Selbst für den Laien stellt sich die Frage, wie eine Spezialisierung, die zuvor in drei Jahren Ausbildung durch gezieltes Einbringen der spezifischen Themen der einzelnen Fachbereiche umfasste, nun innerhalb eines Ausbildungsjahres in der gleichen Intensität erfolgen soll und inwieweit geregelt sein wird, ob eine Pflegefachkraft, weiterhin in hochkomplexen Bereichen wie der Neonatologie arbeiten wird. Hier gilt abzuwarten, ob eventuell an anderer Stelle Qualifikationen erforderlich sein werden, wie das vorherige Abschließen einer Weiterbildung für besonders spezielle Bereiche, wie es bereits auf Intensivstationen bisher der Fall ist.<sup>151</sup> Was durch diese Änderung allerdings zu erwarten sein wird, ist zugleich die größte Sorge der Altenpflege. Durch die Wahl des Arbeitsortes wird sich aufgrund der nochmal deutlich schlechteren Arbeitsbedingungen in der Altenpflege, der Großteil der Absolventen in der Pflege im Krankenhaus wiederfinden, was für die Krankenhäuser angesichts der großen Mängel in der Gewinnung von Pflegepersonal ein großer Pluspunkt zu sein scheint.<sup>152</sup>

### **4.7. Erweiterung der PpUGV ab 2019**

Im Jahr 2019 erfährt die unter Kapitel 4.5 bereits erwähnte und seit 2017 im § 137i SGB V verankerte PpUGV eine signifikante Neuerung. Sie ist ab dem Jahr 2020 für 4 Bereiche verbindlich einzuhalten. Da sich die zuständigen Organe der Selbstverwaltung grundsätzlich nicht einig werden, welche Untergrenzen jeweils anzusetzen sind, wird dies

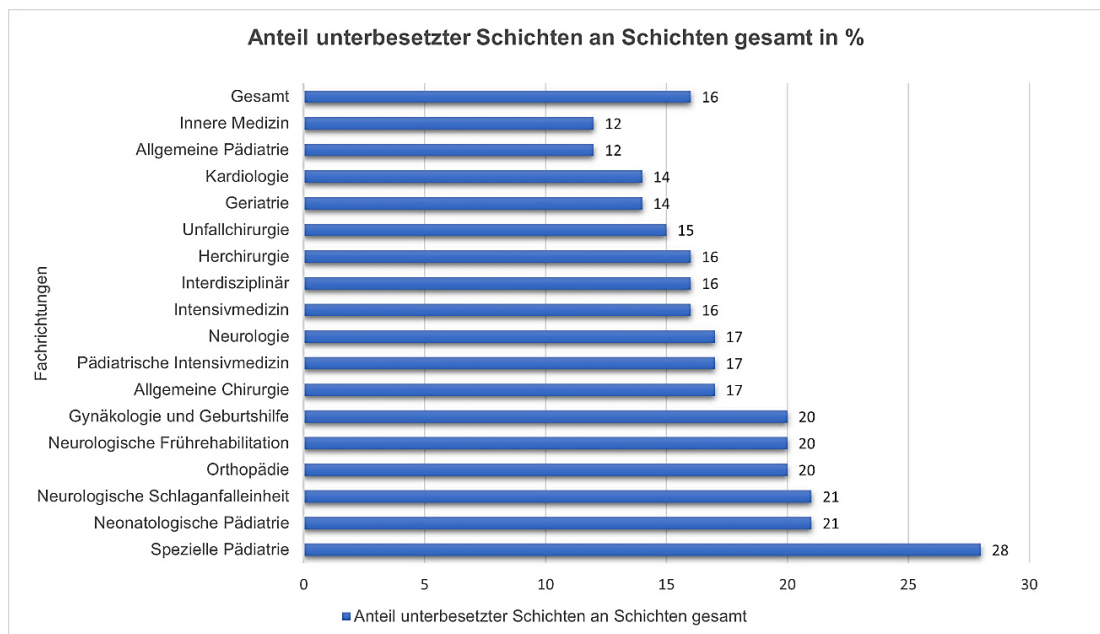
---

<sup>150</sup> Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2022), S.1-2

<sup>151</sup> Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2022), S.1-2

<sup>152</sup> Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2018), S.1-3

fortan durch das Bundesministerium für Gesundheit auf der Datenbasis des InEK festgelegt. Bei der Erreichung der Vorgaben haben die Krankenhäuser zwei Möglichkeiten. Entweder sie erhöhen den Personalbestand mindestens auf den Vorgabewert oder sie reduzieren die Fallzahl, um eine qualitative Versorgung der Patienten durch ausreichendes Personal sicherzustellen. Wird eine Unterschreitung dieser Vorgaben bekannt, so folgen Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen in den Verhandlungen mit den Krankenkassen.<sup>153</sup> Die Überprüfung der Mindestanforderungen erfolgt quartalsweise durch unabhängige Wirtschaftsprüfer, welche diese beim BMG bestätigen müssen (§ 137i Abs. 4 SGB V). Ziel der Regierung ist es, die verbindlichen Personaluntergrenzen nach und nach auf alle bettenführenden Stationen der Krankenhäuser auszuweiten. Ende 2022 sind bereits 19 Bereiche mit verbindlichen Untergrenzen definiert. Die Einführung verbindlicher Grenzen und die Konsequenz der Sanktionen bei Unterschreitung schafft zum einen Transparenz mit stärkerem Fokus auf den Pflegedienst im Krankenhaus, andererseits werden die Patienten nicht in ihrem individuellen Pflegeaufwand betrachtet, sondern als Pauschalfall. Das BMG sieht die Anpassung der Berechnung an den individuellen Patientenaufwand als nicht notwendig und distanziert sich von der Idee.<sup>154</sup> Auswertungen des 3. Quartals 2022 ergeben, dass rund in rund 1.400 Krankenhäusern im Durchschnitt 16% der Dienste in den Bereichen mit Untergrenzen unterbesetzt sind. In der nachfolgenden Grafik lässt sich das Ausmaß der Unterbesetzung einzelner Fachrichtungen erkennen.



*Abb. 4: Die Unterbesetzung einzelner Fachabteilungen 2024*

*Quelle: Eigene Darstellung (2024) nach Schmedders et al. (2023), S.222*

<sup>153</sup> Vgl. Schmedders et al. (2023), S.220-222

<sup>154</sup> Vgl. Schmedders et al. (2023), S.220-222

Neben der Pädiatrie sind vor allem auch die neurologischen Fachbereiche und die Gynäkologie stark von der Unterbesetzung betroffen. Am besten stehen noch die Innere Medizin und die allgemeine Pädiatrie da.

Am schlimmsten betroffen ist nach der speziellen Pädiatrie, die Neonatologie. Aus dieser Auswertung wird der dringende Handlungsbedarf bei der besseren Personalbesetzung nochmal deutlich.<sup>155</sup>

### Der Pflegequotient als Ergänzungsinstrument

Ebenfalls im Jahr 2019 wird mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (§ 137j SGB V) vom Januar 2019 der Pflegequotient als Ergänzungsinstrument zu den Personaluntergrenzen gesetzlich verankert. Durch ein ins Verhältnissetzen aller Vollzeitkräfte der Pflege eines Krankenhauses zum am Standort erbrachten Pflegeaufwand könnte somit eine Untergrenze für die gesamte Personalbesetzung des Krankenhauses ermittelt werden. In der Praxis wird der Quotient jedoch nur als Instrument des Benchmarkings der Krankenhäuser auf Bundesebene für eine Lageeinschätzung in Deutschland insgesamt verwendet. Für die Anwendung in einzelnen Krankenhäusern erweist er sich als zu ungenau und konkurriert eher mit den bestehenden starren Untergrenzen, was wenig zielführend ist.<sup>156</sup> Seit 2020 ist jedoch das InEK dazu verpflichtet beginnend mit dem 31. Mai 2020 jedes Jahr den Pflegepersonalquotienten jedes zugelassenen Krankenhauses zu erfassen und eine vergleichende Darstellung zu veröffentlichen, mit dem Ziel so eine Verbesserung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser anzutreiben (§ 137j Abs. 1 SGB V).

## **Exkurs**

### Das Scheitern des PePiK-Ansatzes als Instrument der Personalbedarfsmessung

Im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (§137k SGB V) vom Juli 2021 wird erneut ein Versuch der Politik unternommen, ein geeignetes Instrument der Personalbedarfsbemessung im Krankenhaus zu entwickeln. Im Jahr 2022 wird der erste mögliche Ansatz in der Politik diskutiert. Hierbei handelt es sich um den PePiK-Ansatz (Personalermittlung in der Pflege im Krankenhaus). Er soll vorerst als Übergangslösung dienen, bis ein geeigneteres Instrument entwickelt werden kann. Kern des PePiK-Ansatzes ist es, ausgehend von der Pflegeerhebung und der Pflegeprozessplanung zu einheitlichen Pflegediagnosen und den notwendigen Tätigkeiten zu gelangen,

---

<sup>155</sup> Vgl. Schmedders et al. (2023), S.222

<sup>156</sup> Vgl. Schmedders et al. (2023), S.222-223

um daraus den Personalbedarf automatisch ermitteln zu können.<sup>157</sup> Voraussetzung dieses Instruments wäre die konsequente Einführung der einheitlichen und vor allem digitalen Pflegedokumentation und somit die Abschaffung der bisher häufig vorkommenden Doppeldokumentation. Das Potenzial des Instruments steckt vor allem in der Möglichkeit den Personalbedarf dynamisch betrachten zu können, was es attraktiv macht um auch kurzfristige Personaländerung wie Ausfälle durch Krankheit leichter koordinierbar zu machen. Auch die nötigen Finanzmittel für die Einführung der digitalen Pflegedokumentation wären im Rahmen des Krankenhauszukunftsfond, eingerichtet im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes von 2020 für die Digitalisierung der Kliniken, vorhanden. Die Frist sieht vor, dass die Organe der Selbstverwaltung bis zum 30.06.2022 unabhängige fachliche und wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige definieren und mit Einverständnis des BMG damit beauftragen sollen das Verfahren bis 2024 zu erproben. Die Selbstverwaltungspartner arbeiten 2021 eine detaillierte Beschreibung des Vorhabens mit geeignetem Zeitplan für die Umsetzung aus und legen dieses Konzept Ende 2021 beim BGM vor. Das BMG erteilt daraufhin keine Zustimmung. Problem sei, die erschwerte Umsetzung einer bundeseinheitlichen Dokumentation, besonders einer in digitaler Form. Stattdessen wird die bisherige Idee verworfen und wieder ein völlig anderes Instrument diskutiert.<sup>158</sup>

#### **4.8. Die PPR 2.0 und die Kinder-PPR 2.0**

Im Jahr 2022 folgt das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfEG) und mit ihm eine Neufassung des § 137k SGB V der anstelle des PePiK eine Personalbemessung nach der sogenannten PPR 2.0 und der Kinder-PPR 2.0 vorsieht. Das auf der PPR von 1993 basierende Instrument wird im Kontext der „Konzertierten Aktion Pflege „2019 von der DKG, der Gewerkschaft ver.di und dem Deutschen Pflegerat (DPR) entwickelt und der vorläufige Vorschlag einer PPR 2.0 also einer aktualisierten Version auf Basis der PPR Anfang 2020 vorgelegt.<sup>159</sup> Im Koalitionsvertrag 2021-2025 der aktuellen Ampelregierung wird die Einführung eines verbindlichen Personalbemessungsinstruments vereinbart. Das aktuell laufende Verfahren der Personalbemessungsverordnung (PPBV), welches die Einführung der PPR 2.0 beinhaltet, soll als erster Schritt in Richtung flächendeckenden und rechtsverbindlichen Personalbedarfsbemessung der Pflege im Krankenhaus gesehen werden. Übergeordnetes Ziel soll die Verbesserung der Beschäftigungssituation und damit auch der Arbeitsbedingungen in der Pflege sein, aber auch eine

---

<sup>157</sup> Vgl. Schmedders et al. (2023), S.223-225

<sup>158</sup> Vgl. Schmedders et al. (2023), S.223-224

<sup>159</sup> Vgl. Schmedders et al. (2023), S.225



Erhöhung der Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung mit sich bringen.<sup>160</sup> Vor allem soll aber durch das Instrument die Möglichkeit geschaffen werden, eine konkrete Aussage über den aktuellen Bedarf, also die Soll-Besetzung und den daraus resultierenden Mangeln an Pflegekräften zu treffen, beziehungsweise die Differenz zwischen Soll- und Ist- Besetzung herausarbeiten zu können. Nur so lässt sich eine konkrete Höhe des notwendigen Personalaufbaus bestimmen und dahingehend Maßnahmen einleiten. Aktualisiert wurden im Vergleich zur PPR vor allem die fachlichen und inhaltlichen Bewertungskriterien, sowie die Leistungsinhalte der allgemeinen und speziellen Pflege. Bei der Anpassung wurde die aktuelle Situation der Krankenhäuser in der Bundesrepublik berücksichtigt.<sup>161</sup> In der PPBV selbst wird das Ziel wie folgend im § 1 PBBV definiert:

„(1) Die Verordnung hat das Ziel, eine bedarfsgerechte Pflege der vollstationär und teilstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten sicherzustellen, indem Vorgaben zur Ermittlung des Bedarfs an Pflegepersonal festgelegt werden. Sie soll ebenfalls zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte im Krankenhaus und damit zur Fachkräftesicherung in diesem Bereich beitragen.“<sup>162</sup>

Der Soll-Bedarf an Pflegekräften in einem Krankenhaus, beziehungsweise auf den einzelnen Stationen ergibt sich nach der PPR 2.0 durch eine tägliche Eingruppierung jedes einzelnen Patienten in eine Pflegeaufwandgruppe nach Regelkatalog. Die Pflegeaufwandgruppe wird nach dem geschätzten täglichen Aufwand für die Versorgung des Patienten ausgesucht und danach der benötigte Personalbedarf eingeschätzt.<sup>163</sup>

Der ermittelte Soll-Bedarf an Pflegekräften muss dann ergänzt um den tatsächlichen Ist-Bestand an das InEK zur Auswertung übermittelt werden. Als Ist-Bestand soll die durchschnittliche Personalbesetzung je Kalendermonat angegeben werden. Anschließend sieht der Plan vor, dass die Daten jährlich immer für das Vorjahr beginnend zum 30. Juni 2025 an das InEK zur Auswertung und Interpretation übermittelt werden sollen. Für die Kinder-PPR 2.0 gilt das identische Vorgehen.<sup>164</sup>

#### Die Erprobung und geplante Einführung der PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 Stand 2023

Eine Erprobung der Reife des Instruments für die Einführung findet nach § 137k Abs. 2 SGB V im Zeitraum vom 14.03.-31.08.2023 statt und eine Fortführung der Einführung und Weiterentwicklung der PPR 2.0 in der Praxis wird ausdrücklich empfohlen. Im Rahmen der Erprobung wird auch der Mehraufwand sowohl zeitlich als auch finanziell

---

<sup>160</sup> Vgl. Schmedders et al. (2023), S.226

<sup>161</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023c), S.7-9

<sup>162</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2023c), S.5

<sup>163</sup> Vgl. Hölbling et al. (2024), S.2

<sup>164</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023c), S.9-11

erhoben und thematisiert. Der zeitliche Mehraufwand für die Pflegekräfte soll sich demnach in Grenzen halten. Für die Einführung und Schulung des Personals sollen demnach ca. 20-40 min pro Person eingeplant werden. Die Einstufung der Patienten solle durchschnittlich maximal 5 min in der Erwachsenen- und maximal 10 min pro Patienten in der Kinderpflege dauern. Auf Krankensebene soll die Einführung der digitalen Prozessabläufe, welche notwendig für die Anwendung der PPR 2.0 und die Übermittlung an das InEK, seien je nach Digitalisierungsgrad des Krankenhauses ca. 5 h in Anspruch nehmen. Weitere 1,6 h sollen im Schnitt pro Quartal im Rahmen der Datenübermittlung eingeplant werden. Bei den Kosten geht das BMG von einem einmaligen Aufwand von 320.000 Euro pro Krankenhaus (abhängig von Digitalisierungsgrad) und von laufenden Kosten von 290.000 Euro pro Jahr für den bürokratischen Aufwand in Lohnkosten.<sup>165</sup> In Kraft treten soll die Regelung ab Januar 2024. Ab diesem Zeitpunkt sollen die Krankenhäuser die PPR 2.0 in der Praxis anwenden.<sup>166</sup> Nach Inkrafttreten sollen die Krankenhäuser 30 Tage Zeit haben, alle notwendigen Informationen über ihre Fachabteilungen und Stationen und die jeweilige Bettenanzahl an das InEK zu übermitteln. Im Rahmen des in Kraft treten sollen die Krankenhäuser eine erste Aufstellung des Ist-Soll-Vergleichs anfertigen, anhand dessen im nächsten Schritt im Rahmen einer geplanten Konvergenzphase eine stufenweise Erhöhung der Personalausstattung auf das Soll-Niveau angestoßen werden soll.<sup>167</sup> In Zukunft soll ein Unterschreiten dieses Soll-Niveaus zu Sanktionen für das Krankenhaus führen. Genauer Umfang und in welchem Rahmen die Sanktionen folgen sollen ist noch nicht bekannt.<sup>168</sup>

#### **4.9. Weitere Maßnahmen und laufende Verfahren**

Im Weiteren finden sich in den aktuell laufenden Verfahren der Gesetzgebung in der Gesundheitspolitik eher weniger Aspekte, die sich mit der Verbesserung der Situation für die Pflege im Krankenhaus befassen. Zu nennen wäre hier noch das für Sommer 2024 geplante Pflegekompetenzgesetz, welches vor allem die Kompetenzstellung der Pflege im Krankenhaus betreffen soll. Im Eckpunktpapier von 2023 heißt es dazu, dass eine Akademisierung der Pflege von 20% erzielt werden soll, um die Pflege in Deutschland an den Professionalisierungsgrad vergleichbarer Länder anzupassen. Darüber hinaus soll überprüft werden, inwieweit die Befugnisse der Pflege im Krankenhaus erweitert werden können. Die Pflege könne aktuell mehr als sie dürfe, so der amtierende Gesundheitsminister Karl Lauterbach. Der Ausbau der nötigen Infrastruktur für die

---

<sup>165</sup> Vgl. Friedrich et al. (2023), S.1-4

<sup>166</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023c), S.2

<sup>167</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023c), S.5-10

<sup>168</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023c), S.2

Akademisierung der Pflege sei ebenfalls zwingend notwendig. Hier steht vor allem auch die Imageverbesserung im Vordergrund und die Hoffnung dadurch mehr Nachwuchs zu bekommen.<sup>169 170</sup> Das Krankenhaustransparenzgesetz enthält für die Krankenpflege nur den relevanten Aspekt einer Erhöhung des Pflegeentgeltwertes von 230 Euro auf 250 Euro nach Inkrafttreten. Dies ist für Mai 2024 geplant und sollte aber keine signifikante Veränderung für die Pflege mit sich bringen.<sup>171</sup> Ein weiterer Aspekt der Tragweite für den Personalmangel in der Pflege im Krankenhaus hat, sind die Neuerung im Fachkräfteeinwanderungsgesetz von 2020. Bereits der Vorgänger hat schon einige Hürden bei der Einwanderung von Fachkräften aus Drittstaaten herabgesetzt. Beispielsweise erleichterte es die Einreise und Beschäftigung als Fachkraft, vorausgesetzt die notwendigen Qualifikationen sind erfüllt. Aufenthaltserlaubnis und Berufsqualifikation werden zwar weiterhin geprüft, aber dafür wurde ein beschleunigtes Verfahren eingeführt, welches die Dauer des Anerkennungsverfahrens auf zwei Monate verkürzt, wenn es in Kooperation mit dem Arbeitsgeber erfolgt. Zusätzlich wurde zur Unterstützung parallel zum Gesetz auch eine Zentrale Servicestelle Berufsanerkennung (ZSBA) eingerichtet.<sup>172</sup> Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Fachkräfteeinwanderung sollen ab November 2023 neue Wege für die Einwanderung von Fachkräften aus Drittstaaten geschaffen werden. So können Fachkräfte mit Hochschulabschluss unkompliziert mit der „Blauen Karte EU“ nach Deutschland einreisen. Fachkräfte mit Berufsausbildung oder akademischer Ausbildung haben Anspruch auf eine Aufenthaltserlaubnis, vorausgesetzt die Bedingungen sind erfüllt. Insgesamt soll der Bürokratieaufwand stark reduziert werden und Verfahren unkomplizierter und effizienter gemacht werden. Fachkräften mit einer abgeschlossenen Ausbildung und berufspraktischer Erfahrung von mindestens zwei Jahren, können ohne vorherige formale Anerkennung in Deutschland arbeiten. Ausländische Arbeitssuchende werden basierend auf einem Punktesystem, welches unter anderem die Qualifikation und Deutschkenntnisse beinhaltet, kategorisiert und erhalten die sogenannte „Chancenkarte“ für die Arbeitssuche in Deutschland. Ziel der Weiterentwicklung der Fachkräfteeinwanderung ist es, in Mangelberufen wie unter anderem der Pflege im Krankenhaus, Stellen durch qualifizierte ausländische Pflegekräfte zu besetzen und somit den Pflegenotstand zu reduzieren. Die Gewinnung von ausgebildeten Fachkräften aus dem Ausland ist ebenfalls Teil der „konzertierten Aktion Pflege“.<sup>173</sup>

---

<sup>169</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023d), S.1-3

<sup>170</sup> Vgl. Kotlorz (2023), S.1-4

<sup>171</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023b), S.2

<sup>172</sup> Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2023a), S.2-3

<sup>173</sup> Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2023b), S.1-2

### Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die letzten Jahrzehnte der Gesundheitspolitik durchsetzt waren von Gesetzen, Regelungen, Reformen und Verordnungen, die darauf abzielen, die Situation der Pflege zu verbessern. Die nachfolgende Grafik verdeutlicht hier anschaulich wie weitreichend die Folgen der politischen Entscheidungen besonders in den Jahren 2000-2007 waren. Der dargestellte stark negative Verlauf ab dem Jahr 2000 bekräftigt die Aussage, dass die Einführung des DRG-Systems sich deutlich negativ auf die Personalsituation ausgewirkt haben muss.

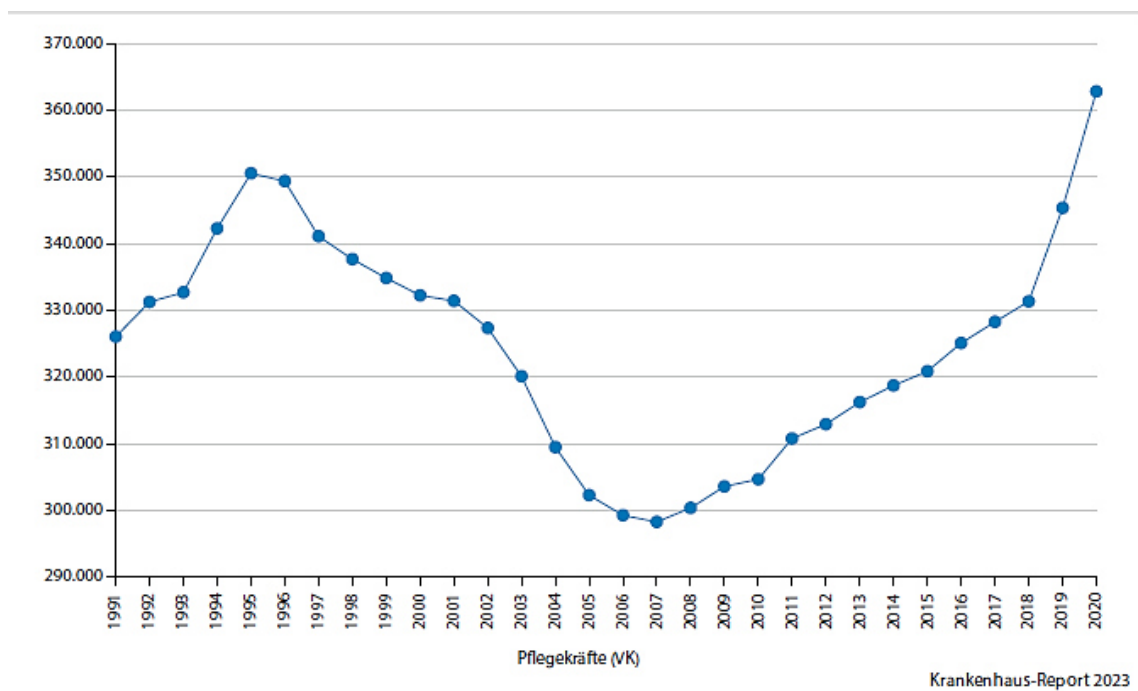


Abb. 5: Die Pflegepersonalentwicklung in den Krankenhäusern seit 1990

Quelle: Destatis Krankenhausstatistik – Grunddaten der Krankenhäuser, Pflegedienst Krankenhaus – Krankenhäuser Personal Vollkräfte u. a. nach Einrichtungsmerkmalen ([gbe-bund.de](http://gbe-bund.de)) (2023) nach Schmedders (2023), S.229

Am eindeutigsten als politisch relevante Entscheidungen im negativen Sinne, können insbesondere die Budgetdeckelung von 1993 und deren Verschärfung 1995 gesehen werden.<sup>174</sup> Weiterführend ist die Einführung des DRG-Systems ebenfalls als einer der Auslöser des Stellenabbaus durch die damit einhergehende starke Ökonomisierung der Krankenhäuser zu identifizieren.<sup>175</sup> Nachdem in diesem Kapitel, die politischen Maßnahmen der Regierungen der letzten Jahrzehnte einer kritischen Betrachtung unterzogen wurden, befasst sich das folgende fünfte Kapitel mit der Diskussion dreier ausgewählter

<sup>174</sup> Vgl. Simon (2007), S.67-68

<sup>175</sup> Vgl. Simon (2018), S.16-17

Strategien für die Lösung des Problems und beleuchtet zudem den aktuellen Stand der politischen Umsetzung dieser Strategien.

## 5. Lösungskonzepte und deren Umsetzungsgrad

Aufgrund der Komplexität der Problemstellung des Pflegenotstands im Krankenhaus kann es keine alleinige Lösungsstrategie geben. Vielmehr ist ein Zusammenspiel aus mehreren ineinandergreifenden Ansätzen zielführender. Im Folgenden sollen einige aktuelle Ansätze näher betrachtet werden und der aktuelle Umsetzungsgrad in der Politik diskutiert werden.

### 5.1. Die Behebung der Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser

Wie bereits in vorherigen Kapiteln besprochen, ist eine der Hauptursachen, welche zugleich auch Auswirkung des Pflegenotstands im Krankenhaus ist, die Arbeitssituation der Pflegefachkräfte, resultierend aus der gravierenden Unterbesetzung des Pflegedienstes. Das System befindet sich hier in einer Abwärtsspirale aus belastungsbedingten Kündigungen, fehlender Nachbesetzung und daraus resultierender steigender Belastung der verbleibenden Pflegekräfte. Der einzige Weg aus dieser Abwärtsspirale wäre eine für die Krankenhäuser verbindliche und ausreichende Personaldecke, die nicht wie im Falle der Pflegepersonaluntergrenzen ausschließlich ein Minimum verlangt. Diese Maßnahme würde nicht nur die Zufriedenheit der Pflegefachkräfte steigern, sondern zudem auch die psychischen und physischen Belastungskomponenten reduzieren. Durch mehr Personal hätte jede Pflegefachkraft mehr Zeit pro Patient und körperlich belastende Pflegemaßnahmen wie das Lagern und der Transfer von Patienten in und aus dem Bett könnte von mehreren Pflegekräften gemeinsam erledigt werden, ohne dass an anderer Stelle ein Patient zu kurz kommt. Hierdurch besteht ein großes Potenzial, Gründe für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Berufsleben wie die Frühberentung und Langzeiterkrankungen, die in ebendieser resultieren, zu minimieren. Zudem würde sich auch die allgemeine Wahrnehmung des Pflegeberufs durch eine bessere Resonanz der Pflegefachkräfte gegenüber ihrem Umfeld verbessern.<sup>176 177</sup> Dies schafft wiederum die Grundlage für mehr Nachwuchs in der Pflege, denn wie in vorherigen Kapiteln erwähnt, erhalten derzeit ein Großteil der potenziellen Nachwuchskräfte ihre Informationen über den Pflegeberuf über ihr soziales Umfeld. Der langfristige anhaltende Personalaufbau in den Krankenhäusern ist seit einigen Jahren wieder sehr präsent in der Gesetzgebung im Gesundheitswesen. Mit der bereits im vorherigen Kapitel thematisierten PPR 2.0 als Personalbemessungsinstrument will die Politik genau diese Lösungsstrategie anstoßen. Jedoch gestaltet sich die Umsetzung noch herausfordernd. Insgesamt ist die Resonanz zum Referentenentwurf zur PPBV positiv. Besonders hervorgehoben wird, dass es sich ausnahmsweise um kein rein an wirtschaftlichen Interessen interessiertes Instrument handelt und dass die

---

<sup>176</sup> Vgl. DGB-Index/ Gute Arbeit (2018), S.9;22

<sup>177</sup> Vgl. Hien et al. (2009), zitiert nach Weidner et al. (2016), S.24-26

PPR 2.0 ein erster Schritt auf dem Weg zur ausreichenden Personaldecke der Pflege im Krankenhaus ist.<sup>178</sup> Der Start der PPR 2.0 in den Krankenhäusern wird jedoch nicht ohne Grund von Januar 2024 auf das 2.-3. Quartal 2024 verschoben werden. Bereits zum Referentenentwurf vom 26.10.2023 wird massiv Kritik geäußert. Selbst der DPR als großer Befürworter merkt in seiner Stellungnahme vom Oktober 2023 an, dass vor allem nach der Einführung eine stärkere Einbeziehung der Pflegewissenschaft zwingend notwendig wäre. Bisher könne das InEK als einziger Ansprechpartner in pflegewissenschaftlichen Fragestellungen keine Antwort liefern.

Der DPR fordert eine zeitnahe Einführung eines Instituts für Personalbemessung in der Pflege und dieses aktiv in den Weiterentwicklungsprozess der PPR 2.0 einzubeziehen.<sup>179</sup> Dieser Meinung schließt sich der Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) in seiner Stellungnahme an.<sup>180</sup> Im Weiteren wird der Schulungsaufwand thematisiert. Der DPR fordert hier eine längere Frist für die Einarbeitung und Schulung der Mitarbeiter vor der ersten verbindlichen Datenübermittlung. Ebenso plädiert er auf einen Verzicht auf Sanktionen in der nahen Zukunft bis alle Krankenhäuser unabhängig vom technischen und digitalen Entwicklungsstand die Möglichkeit hatten, ihre Prozesse umzustellen und das Personal ausreichend zu schulen.<sup>181</sup> Auch hier schließt sich der VPU dem DPR an und schlägt einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten als Vorbereitungszeit vor.<sup>182</sup> Die Gewerkschaft ver.di widerspricht dem Vorschlag, Sanktionen vorerst auszusetzen. Eine strenge Durchsetzung mit eben solchen Sanktionen sei unumgänglich, um eine Veränderung voranzutreiben. Ver.di sieht die Gefahr, dass ohne Druckmittel die Umsetzung in den Kliniken unnötig verzögert werden könnte.<sup>183</sup> Ebenfalls bemängelt wird in der Stellungnahme des DBFK besonders im Rahmen der Kinder-PPR 2.0 die Widersprüchlichkeit zwischen der ausschließlichen Anerkennung von Pflegefachkräften mit Spezialisierung im Bereich der Kinderpflege, zu der jüngst eingeführten Generalistik.<sup>184</sup> Der DPR merkt ebenfalls an, dass im Rahmen der Generalistik, diese Verpflichtung zu einer Spezialisierung bewusst abgeschafft und im Rahmen der PPR 2.0 wieder verlangt werde. Ebenso würden akademische Pflegefachkräfte trotz ihrer höheren Qualifikation

---

<sup>178</sup> Vgl. Deutscher Pflegerat e.V. (2023), S.1

<sup>179</sup> Vgl. Deutscher Pflegerat e.V. (2023), S.1-2

<sup>180</sup> Vgl. Lücke (2023), S.2

<sup>181</sup> Vgl. Deutscher Pflegerat e.V. (2023), S.4

<sup>182</sup> Vgl. Lücke (2023), S.1-2

<sup>183</sup> Vgl. Ver.di (2023), S.2-3

<sup>184</sup> Vgl. Hild (2023), S.1

aufgrund der fehlenden Spezialisierung nicht im Rahmen der Bestandsaufnahme an vorhandenen Pflegefachkräften auftauchen.<sup>185</sup> Neben dem Schulungsaufwand darf auch der finanzielle Aufwand nicht vergessen werden. Der VPU merkt hier an, dass die tatsächlichen wirtschaftlichen Aufwendungen für die Krankenhäuser von Seiten des BMG unterschätzt werden. Hier wird vom VPU vor allem die fehlende Planung einer Refinanzierung der Kosten, die im Rahmen des notwendigen Digitalisierungsprozesses für die Übermittlung an das InEK anfallen bemängelt. Je nach Digitalisierungsgrad würden die entstehenden Kosten die Krankenhäuser unterschiedlich stark treffen.<sup>186</sup> Der DPR weist hier ebenfalls ausdrücklich auf die aktuell bereits angespannte wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser hin.<sup>187</sup> Ein Aspekt den die Leiterin und Gründerin des ENP-Entwicklerteams von Thieme RECOM Dr. Pia Wieteck anspricht ist die dringende Notwendigkeit mit der Einführung der PPR 2.0 auch die digitale Pflegedokumentation mit integrierter Lösung für die PPR 2.0 einzuführen. In den meisten Krankenhäusern wird nach wie vor mit unterschiedlichen Dokumentationsarten gearbeitet. Dies ist nicht nur zeitaufwändiger, sondern verursacht unnötige Doppeldokumentationen. Um die Bürokratie zu reduzieren und die PPR 2.0 nachhaltig zu gestalten ist eine digitale und einheitliche Pflegedokumentation unumgänglich.<sup>188</sup> Bisher gibt es zu der verpflichtenden Einführung einer bundeseinheitlichen und digitalen Pflegedokumentation lediglich eine Ankündigung des Gesundheitsministers Karl Lauterbach, dass eine solche im Rahmen seiner Digitalisierungsstrategie für die nächsten Jahre in Planung sei.<sup>189</sup> Der Fokus scheint hierbei jedoch vorrangig auf der Langzeitpflege und der ambulanten Pflege. Zu der Einführung im Krankenhaus kann Stand Ende 2023 keine genaue Aussage getroffen werden.<sup>190</sup> Inwieweit diese Lösungsstrategie von Seiten der Politik im ausreichenden Ausmaß verfolgt wird, wird sich in den kommenden Jahren zeigen. Grundsätzlich kann jedoch gesagt werden, dass der Plan der Umsetzung des geplanten Stellenaufbaus auf Basis der durch die PPR 2.0 und die PPBV gewonnenen Daten durchaus das Potenzial einer Behebung der Unterbesetzung und damit der Verbesserung der Situation für die Pflege im Krankenhaus mit sich bringt. Der folgende Abschnitt soll eine der vielen Möglichkeiten aufzeigen, wie nach

---

<sup>185</sup> Vgl. Deutscher Pflegerat e.V. (2023), S.3

<sup>186</sup> Vgl. Lücke (2023), S.2-3

<sup>187</sup> Vgl. Deutscher Pflegerat e.V. (2023), S.2-3

<sup>188</sup> Vgl. Hölbling et al. (2024), S.1-2

<sup>189</sup> Vgl. Millich (2023), S.1-2

<sup>190</sup> Vgl. Pfeiffer (2023), S.1-3



erfolgreicher Erhebung des Bedarfs an Pflegefachkräften, eben diese Stellen neue besetzt werden könnten.

## **5.2. Das Rückgewinnungspotenzial von deutschen Pflegefachkräften**

Die Idee ausgestiegene Pflegekräfte oder solche, die nur eine geringe Stundenzahl in der Pflege arbeiten als Vollzeitkräfte zurückzugewinnen, ist kein ganz neuer Gedanke. Wie bereits im Kapitel 4 erwähnt, wird auch schon in den Jahren 1991-1995 von der Strategie der Rückgewinnung zum Ausgleich der Unterbesetzung Gebrauch gemacht. Damals sind es vor allem Frauen in der Erziehungspause, die in Teilzeit wieder eingestellt werden. Im aktuellen Setting reicht eine solche Maßnahme jedoch nicht aus, um den bestehenden Notstand zu decken. Mit der Frage, welches Potenzial in der Rückgewinnung von ausgestiegenen oder nur in Teilzeit angestellten Pflegefachkräften als Vollzeitkräfte steckt, beschäftigen sich Auffenberg et al. im Rahmen einer 2021 durchgeführten Befragung mit dem Titel „Ich pflege wieder, wenn ...“ von 12.684 betroffenen Pflegefachkräften im Auftrag der Hands-Böckler-Stiftung. Die Befragten Pflegefachkräfte sind im Schnitt 43 Jahre, alt und der Frauenanteil beträgt 82% bei den Teilzeitkräften und 87% bei den ausgestiegenen Pflegefachkräften. Zudem wurden für die Befragung nur Pflegefachkräfte mit einer dreijährigen Berufsausbildung berücksichtigt. Die Berechnung erfolgt für die beiden Potenziale getrennt, einmal optimistisch und einmal konservativ, was die hohe Abweichung erklärt. In der Befragung werden sowohl die Altenpflege als auch die Krankenpflege berücksichtigt.<sup>191</sup> In dieser Arbeit werden jedoch ausschließlich die Ergebnisse, die die Pflegefachkräfte im Krankenhaus betreffen betrachtet. Im Ergebnis ergibt sich ein Teilzeitkräftepotenzial von 20.000-43.000 Vollzeitkräften, die durch eine Aufstockung gewonnen werden können.<sup>192</sup> Das Rückgewinnungspotenzial der ausgestiegenen Pflegefachkräfte kommt im Ergebnis auf 110.000-248.000 Vollzeitkräften.<sup>193</sup> Die Datengrundlage für die Anzahl der ausgestiegenen Pflegekräfte bietet eine Auswertung der BARMER im Jahr 2020 und die Daten der in Teilzeit beschäftigten Pflegekräfte entspringt der Auswertung des statistischen Bundesamtes 2021 zu den Teilzeitkräften in der Krankenpflege.<sup>194</sup> Insgesamt kommen Auffenberg et al. auf ein Potenzial von 172.000-378.000 Vollzeitpflegefachkräften die aktuell zurückgewonnen werden können.<sup>195</sup> Wird die Altersstruktur betrachtet, handelt es sich um Pflegefachkräfte, die im Schnitt noch 19 Jahre arbeiten können, also keineswegs als Potenzial unterschätzt

---

<sup>191</sup> Vgl. Auffenberg et al. (2022), S.5-7

<sup>192</sup> Vgl. Auffenberg et al. (2022), S.9

<sup>193</sup> Vgl. Auffenberg et al. (2022), S.10

<sup>194</sup> Vgl. Auffenberg et al. (2022), S.9

<sup>195</sup> Vgl. Auffenberg et al. (2022), S.11

werden sollten.<sup>196</sup> Die Befragung umfasst über die reine Bereitschaft hinaus auch Aspekte, die sich ändern müssten, um eine Rückkehr in Erwägung zu ziehen. Einige Aspekte betreffen rein das Handlungsspielfeld des Krankenhauses selbst und können nur bedingt durch die Politik beeinflusst werden. Deshalb bezieht sich die Arbeit konkret auf die Aspekte, bei denen politische Rahmenbedingungen eine Rolle spielen können. Hier wird vor allem das „Arbeiten auf Augenhöhe“ mit den ärztlichen Kollegen angemerkt. Wie bereits thematisiert steht die Pflege nach wie vor im Schatten der Mediziner. Auch in der Öffentlichkeit genießt die Pflege ein deutlich geringeres Ansehen wie der Beruf des Mediziners.<sup>197</sup> Hier setzt die Politik mit ihrem für Sommer 2024 geplanten Pflegekompetenzgesetz an. Durch einen geplanten höheren Professionalisierungsgrad, mit einem Ausbau der Befugnisse und der Selbstverantwortung, sowie das Erzielen einer 20% Akademisierungsdichte im Pflegedienst im Krankenhaus, kann sich das Image des Pflegeberufs deutlich ändern.<sup>198</sup> Das sollte auch bei den ärztlichen Kollegen und der Öffentlichkeit zukünftig zu einem Umdenken anregen. Solch ein Prozess wird jedoch vermutlich einige Jahre dauern. Neben einer Professionalisierung der Pflege ist hier auch die Öffentlichkeitsarbeit ein relevanter Faktor. Diesbezüglich besteht auf politischer Ebene noch Handlungsbedarf. Der Wunsch nach einer besseren Personalbesetzung und einer digitalen Pflegedokumentation mit Reduktion der Bürokratie wurden im vorherigen Abschnitt thematisiert und werden an dieser Stelle nicht erneut aufgegriffen. Weitere genannte Aspekte, die in den Handlungsrahmen der Politik fallen können, sind die bessere und vor allem individuellere Vergütung von unterschiedlichen Qualifizierungsgraden, die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, ein besseres Gesundheitsmanagement und der Einsatz von Technik zur Arbeitserleichterung wie beispielsweise aus der Robotik.<sup>199</sup> Zu diesen Aspekten sind politisch aktuell keine konkreten Vorhaben geplant. Hier sind die Pflegefachkräfte nach wie vor auf die Veränderungsbereitschaft der Kliniken beziehungsweise im Falle des Gehalts, je nach Trägerart vor allem auf die Tarifverhandlungen angewiesen. Durch die ausreichende Personalbesetzung sollte sich im Hinblick auf die Überstunden und das Einspringen einiges verbessern lassen, sodass auch eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erhoffen ist. Hier wird schnell deutlich, dass das Rückgewinnungspotenzial nur bedingt als Quelle für die geplante Personalaufstockung dienen kann. Viele der geforderten Verbesserungen werden bis zu diesem Zeitpunkt nicht eintreten und sich somit sicher ein großer Teil der im

---

<sup>196</sup> Vgl. Auffmanberg et al. (2022), S.10

<sup>197</sup> Vgl. Auffmanberg et al. (2022), S.14-16

<sup>198</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023a), S.1-2

<sup>199</sup> Vgl. Hodek (2021), S.149-150

Potenzial einbezogenen Pflegefachkräfte gegen eine Rückkehr entscheiden. Der letzte Abschnitt dieses Kapitels betrachtet noch eine alternative oder potenziell ergänzende Lösungsstrategie die benötigten Stellen zu besetzen.

### **5.3. Die Rekrutierung von Pflegefachkräften aus dem Ausland**

Eine Lösungsstrategie, die in den Medien deutlich mehr Präsenz hat wie die Rückgewinnung deutscher Pflegefachkräfte, ist die Rekrutierung aus dem europäischen Ausland oder aus Drittstaaten. Die bisherige Altenpflege geht hier beispielhaft voraus mit einem Anteil an ausländischen Pflegefachkräften von 12%. Von 2013-2021 stieg zudem die Anzahl an Pflegefachkräften aus dem Ausland in den Pflegeheimen von 30.000 auf 80.000 Stellen an. Vergleichsweise liegt der Anteil der ausländischen Pflegefachkräfte in Krankenhäusern mit 7% bei nur der Hälfte. Herkunftsländer sind meist Länder in Ost- und Südosteuropa wie Bosnien und Herzegowina, Serbien, Rumänien, Polen oder Ungarn. Seit dem Abwerbeabkommen finden sich auch immer mehr Pflegefachkräfte von den Philippinen in der Pflege wieder.<sup>200</sup> Pflegefachkräfte aus den EU-Staaten bieten den Vorteil einer automatischen und unbefristeten Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis, was die Einwanderung und auch die Beschäftigung unkompliziert gestaltet. Durch die EU-Berufsanerkennungsrichtlinie wird die Gleichwertigkeit der Ausbildungsinhalte in den Pflegeberufen garantiert, somit entfallen Einzelprüfungen und Anerkennungsverfahren.<sup>201</sup> Durch das bereits erwähnte Weiterentwicklungsgesetz der Fachkräfteeinwanderung fallen nun auch die Hürden für qualifizierte Pflegekräfte aus Drittstaaten. In Einzelfällen müssen zwar noch Prüfungen zur Gleichwertigkeit der Ausbildung gemacht werden aber in den meisten Fällen reicht nun eine Eignungs- und Kenntnisprüfung aus.<sup>202</sup> Motivierende Faktoren für die Einwanderung nach Deutschland gestalten sich vielfältig. Meist beruhen sie jedoch auf dem Wunsch nach einem besseren Leben, Sicherheit, beruflichen Möglichkeiten und finanziellen Anreizen. An sich scheint die Rekrutierung aus dem Ausland in der Theorie somit als vorteilhafte Strategie im Kampf gegen den Pflegenotstand in deutschen Krankenhäusern. In der Praxis sieht das ganze etwas anders aus, denn immer mehr ausländische Fachkräfte verlassen Deutschland nach kurzer Zeit wieder. Die Gründe sind auch hier vielfältig. Besonders in der Pflege besteht meist eine große Diskrepanz zwischen den Ausbildungsformen der einzelnen Länder im Vergleich zu Deutschland.<sup>203</sup> Damit einher geht die unterschiedliche Gestaltung der Pflegetätigkeit. Deutschland ist eines der wenigen Länder, in denen die Pflegeausbildung kein reines

---

<sup>200</sup> Vgl. Hodek (2021), S.144

<sup>201</sup> Vgl. Klein (2021), S.2-3

<sup>202</sup> Vgl. Klein (2021), S.2-3

<sup>203</sup> Vgl. Pütz et al. (2019), S.172

Hochschulstudium ist. Ebenso fallen Management- und Behandlungstätigkeiten wie es in anderen Ländern der Fall ist, nicht in den Aufgabenbereich der Pflegefachkräfte.<sup>204</sup> Dafür sind Tätigkeiten wie die Körperpflege, die Essenseingabe und die Hilfe beim Toilettengang hier an der Tagesordnung, wo hingegen diese Tätigkeiten in den Herkunftsländern der ausländischen Kollegen von gesonderten Servicekräften oder Pflegegehilfen übernommen werden. Die ausländischen Pflegefachkräfte erfahren hier eine deutliche Abwertung ihrer beruflichen Qualifikation und werden in ihren Kompetenzen im Vergleich zu ihrem Heimatland stark eingeschränkt.<sup>205</sup> Hinzu kommt die fehlende Anerkennung seitens der Vorgesetzten und vor allem der Kollegen. Diskriminierung ist hier ein großer Faktor. Oft wird die Sprachbarriere als Anlass genommen, ausländische Kollegen als weniger qualifiziert oder fähig anzusehen und sie das auch spüren zu lassen. Häufige Vorurteile wie, dass die ausländischen Fachkräfte nur des Geldes wegen kämen und besonders die Kollegen aus den südlichen Ländern langsam und faul wären, halten sich weiter. Bemängelt wird auch, dass die Pflegefachkräfte mit ihrem geringen Praxisanteil im Studium und ohne Berufserfahrung nicht als mehr eingesetzt werden können als ein Pflegeschüler.<sup>206</sup> Diese Faktoren kombiniert mit den belastenden Arbeitsbedingungen der Pflege in deutschen Krankenhäusern hervorgerufen durch den Personalmangel bewegt viele ausländischen Fachkräfte zurück in ihre Heimatländer oder in anderweitige Länder zu gehen, in denen sie mehr Anerkennung erfahren.<sup>207</sup> <sup>208</sup> Die Politik verfolgt diese Strategie nur zur Hälfte. Zwar wurden durch die beiden Fachkräfteeinwanderungsgesetze bürokratische und auch organisatorische Hürden herabgesetzt, jedoch wird dabei vergessen, dass es sich bei den ausländischen Fachkräften nicht um Flüchtlinge handelt, die darauf angewiesen sind, hier im Land zu bleiben und zu arbeiten, sondern um ausgebildete Fachkräfte, die auch eine gewisse Erwartungshaltung an ihre berufliche und private Zukunft und vor allem Alternativen haben.<sup>209</sup> Darüber hinaus muss die Rekrutierung aus dem Ausland besonders aus wirtschaftlich schwächer gestellten Ländern auch immer kritisch gesehen werden. Eine Zuwanderung in Deutschland bedeutet im Umkehrschluss auch immer eine Abwanderung in den Herkunftsländern. Häufig herrscht in den Herkunftsländern selbst Fachkräftemangel, jedoch fehlen vor Ort die Mittel Fachkräfte aus dem Ausland anzuwerben. Somit steigt bei fortschreitender Abwanderung

---

<sup>204</sup> Vgl. Pütz et al. (2019), S.173

<sup>205</sup> Vgl. Pavolini et al. (2016), zitiert nach Pütz et al. (2019), S.173

<sup>206</sup> Vgl. Pütz et al. (2019), S.189

<sup>207</sup> Vgl. Aufferberg et al. (2022), S.26

<sup>208</sup> Vgl. Schmidt (2023), S.2

<sup>209</sup> Vgl. Schmidt (2023), S.2

durch Wegfall von Steuereinnahmen und Konsum der wirtschaftliche Druck der Herkunftsländer. Zeitgleich wirken Mechanismen wie der demografische Wandel ebenso auf die Pflege in eben diesen Ländern.<sup>210</sup> Über die genannten Strategien hinaus finden sich noch zahlreiche weitere Ansätze, wie beispielsweise die Umverteilung bestimmter Tätigkeiten auf Pflegehilfskräfte oder Servicekräfte, die Reduktion unnötiger stationärer Klinikaufenthalte durch die Ambulantisierung oder der Einsatz von Robotik und KI zur Beschleunigung der Arbeitsabläufe in der pflegerischen Aufnahme oder Betreuung von Patienten.

Im letzten Kapitel werden die genannten Faktoren der vorangegangenen Kapitel nochmalig kurz zusammengefasst und anschließend um ein Fazit zur Thematik ergänzt. Zudem wird die Zielsetzung der Arbeit erneut aufgegriffen und die formulierten Forschungsfragen im möglichen Rahmen dieser Arbeit beantwortet.

---

<sup>210</sup> Vgl. Elrick et al. (2007), S.4-7

## 6. Schlussfolgerung

Die Zielsetzung dieser Arbeit war es, dem Lesenden einen Einblick in die Thematik des Pflegenotstands im Krankenhaus zu geben und das Thema in den Rahmen der Gesundheitspolitik einordnen zu können. Hierbei wurde der Pflegenotstand im Krankenhaus mit seinen intrinsischen Ursachen, die politischen Maßnahmen seit Bekanntwerden des Mangels an Fachkräften in der Pflege und die Potenziale zur Lösung des Problems diskutiert. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ursachen des Pflegenotstands im Krankenhaus von zahlreichen unterschiedlichen Faktoren verursacht und beeinflusst werden. Zum einen kann das politische Wechselspiel aus Gesetzen als Auslöser gesehen werden. Die folgende Grafik veranschaulicht nochmals die wichtigsten politischen Maßnahmen in den Jahren 1991-2022.

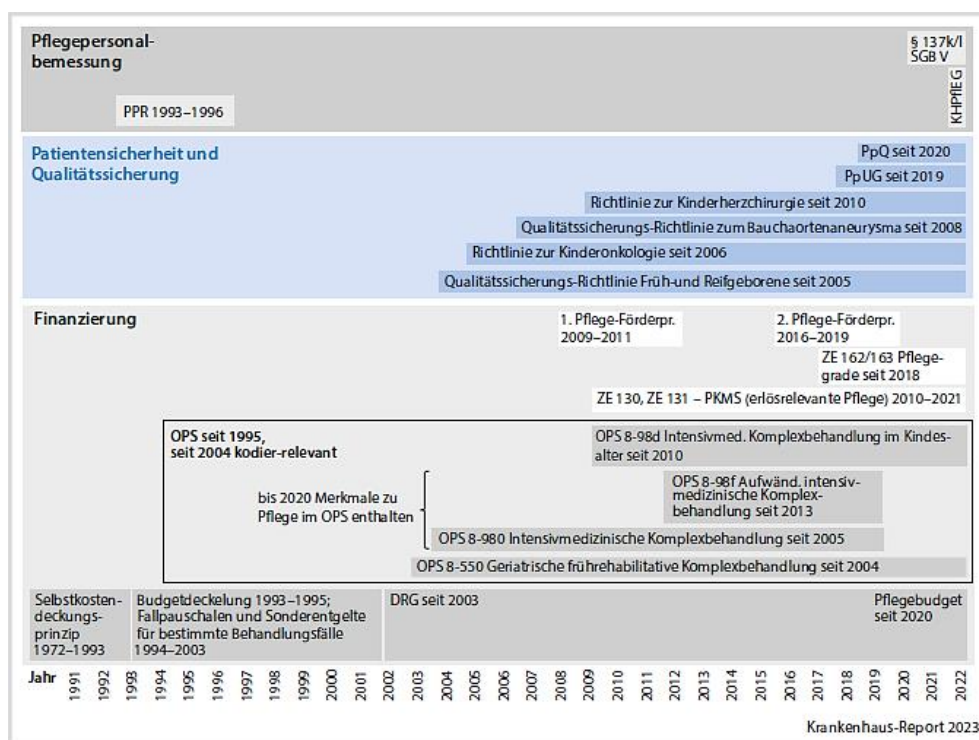


Abb. 6: Eine Übersicht der politischen Maßnahmen 1991-2022

Quelle: Schmedders et al. (2023), S. 228

Trotz zahlreicher Maßnahmen über den Zeitraum der letzten Jahrzehnte kann die Politik im Resultat keine dauerhafte erhebliche Verbesserung der Situation erzielen. Dies liegt vor allem daran, dass Maßnahmen, die dem Personalaufbau dienen sollten, wie die Einführung der PPR, im Anschluss häufig durch solche, mit finanziellem Fehlanreiz und daraus resultierender Personalreduktion wieder entkräftet wurden. Hierzu kann die Budgetdeckung von 1993 oder die Einführung des DRG-Systems gezählt werden.

Gründe für das Scheitern der Gesundheitspolitik an diesem Problem lassen sich nur spekulativ nennen. Auffällig ist bei näherer Betrachtung, die Inkonsequenz, mit der die Maßnahmen durchgesetzt werden. Auch ein schlüssig wirkendes Gesamtkonzept für die

Behebung des Problems wird auch nach mehrmaliger Evaluation der Maßnahmen nicht ersichtlich. Vielmehr wirkt vor allem das politische Geschehen vor 2020 wie ein reiner Versuch Schadensbegrenzung zu betreiben. An eine Komplettsanierung scheint sich keiner heranzutrauen. Die Politik hat zudem versäumt zu erkennen, dass die Personalunterbesetzung schon seit längerem nicht mehr nur ein Problem der nicht vorhandenen Stellen ist, sondern vielmehr ein Problem der zunehmenden offenen Stellen, die nicht mehr besetzt werden können. So vielversprechend aktuell die PPBV mit der PPR 2.0 als Bemessungsinstrument auch scheint, stellt sich die Frage, woher die Pflegefachkräfte für die ermittelten Diskrepanz zwischen Soll und Ist kommen sollen. Die einfachste Antwort auf diese Frage scheint, in den Augen der Politik das Ausland zu sein. Dabei gibt es in Deutschland wie die in Kapitel 5 vorgestellte Potenzialanalyse aufzeigt bereits jetzt ausreichend viele Pflegefachkräfte, die zurückgewonnen werden könnten, wenn sich nur grundlegend etwas ändern würde. Ein Instrument, mit dem der tatsächliche Personalbedarf gemessen werden kann, ersetzt keine leistungsgerechte Bezahlung, kein gut ausgearbeitetes Gesundheitsmanagement, keine sozial verträgliche Arbeitszeitgestaltung und ebenso keine fehlende Anerkennung. Das zeigt sich auch daran, dass selbst ausländische Pflegekräfte, teilweise lieber wieder in ihr Heimatland zurückkehren, als unter den aktuellen Arbeitsbedingungen der Pflege in Deutschland zu arbeiten. Insbesondere da hier geeignete Integrationskonzepte von Seiten der Regierung nahezu komplett fehlen. Die Fachkräfte sind auf die Motivation der Krankenhäuser angewiesen, diese Aufgabe zu übernehmen. Zudem ist es nicht verwunderlich, dass der Unmut der sich nicht wertgeschätzt fühlenden deutschen Pflegefachkräfte steigt, wenn der Eindruck vermittelt wird, sie durch weniger anspruchsvolle Pflegekräfte aus dem Ausland zu ersetzen, anstelle sich ihre Vorschläge und Wünsche anzuhören. Insbesondere sollte hier noch hervorgehoben werden, dass die Ausbeutung von wirtschaftlich schwächer gestellten Ländern im Hinblick auf die Fachkräfte auch ethisch fragwürdig erscheint. Hier stellt sich die Frage, ob ein wirtschaftlich stabiles und wohlhabendes Land wie Deutschland seine Stellung derart missbrauchen sollte, wenn auch Lösungsalternativen vorhanden wären. Zum Teil liegt die Verantwortung einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflege sicher auch in den Händen der Krankenhausleitungen, jedoch ist es vor allem auf politische Maßnahmen zurückzuführen, dass die Krankenhäuser sich gezwungen fühlten die Situation der Pflege durch Maßnahmen der Kosteneinsparung so dramatisch zu verschlechtern. Werden die gewonnen Erkenntnisse dieser Arbeit gesamtheitlich betrachtet, lässt sich eine grobe Handlungsempfehlung an die Politik aussprechen. In der aktuellen Situation scheint es notwendig anstelle von Einzeländerungen, welche sich nur auf die Symptome des Pflegenotstands beziehen, die Wurzel des Problems anzugehen. Beispielsweise wäre hier die Entökonomisierung von Krankenhäusern zu nennen und damit

das Wegfallen von finanziellen Fehlanreizen. Zudem empfiehlt sich eine bessere Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Akteuren der Gesundheitspolitik. Ziel sollte vor allem ein großes Gesamtkonzept sein, wie die Versorgung im Krankenhaus unter anderem durch die Pflege in Zukunft gestaltet werden soll. Dazu gehören eine gute Vorbereitung unter Einbezug aller relevanten wissenschaftlichen und politischen Beteiligten sowie eine konsequente, zielgerichtete und vor allem transparente Umsetzung. All übergreifend sollte vor allem eins nicht vergessen werden. Es geht bei der Lösung nicht nur darum, den Pflegefachkräften ein angenehmes Arbeitsumfeld zu schaffen. Es geht vor allem darum, die Würde und die Sicherheit der Patienten im Rahmen einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu wahren. Dies kann in einem Land wie Deutschland erwartet werden.

Im Rahmen der Erarbeitung der vorgestellten Inhalte stellte sich vor allem der Zugang zu Informationen als schwierig heraus. Vielversprechende und vor allem aktuelle Fachliteraturquellen waren nur in geringem Umfang frei zugänglich und konnten in dieser Arbeit daher oft nicht einbezogen werden. Die Konsequenz ist die Verwendung von teilweise veralteten Quellen, sowie einer auf der Meinung einiger wenigen Experten fußenden Darstellung von Inhalten, besonders die Maßnahmen der Politik über die letzten Jahrzehnte betreffend. Für eine tiefgreifendere Erarbeitung des Themas wäre daher empfehlenswert, im Rahmen weiterer Arbeiten, die aktuelle Literatur mit in die Betrachtung einzubeziehen. Des Weiteren ist besonders die Gewinnung von Daten zur Pflege im Krankenhaus aktuell sehr begrenzt. Wie bereits innerhalb einiger Kapitel kurz angesprochen, gibt es derzeit fast ausschließlich Schätzwerte für den aktuellen Mangel an Pflegefachkräften im Krankenhaus oder die Veränderungen der Beschäftigungsstruktur, da keine einheitliche und regelmäßige Datenerhebung erfolgt. Hier besteht die Möglichkeit, dass sich die Datenlage durch die regelmäßige Anwendung der PPR 2.0 und die Auswertungen des InEK in Zukunft besser darstellen lassen wird. Diese Arbeit dient als Einstieg in die Thematik des Pflegenotstands in Deutschland mit seinen Ursprüngen. Darüber hinaus sollte in Zukunft vor allem die Corona-Pandemie als absolute Ausnahmesituation für die Gesundheitspolitik und vor allem die Pflege im Krankenhaus in einer eigenständigen Arbeit näher betrachtet werden. Hier stellt vor allem die in dieser Arbeit zurückgestellte Intensivpflege einen hochrelevanten Bereich im Krankenhaus dar.



## Literaturverzeichnis

Aiken L. H., Sloane D. M., Bruyneel L., Van Den Heede K., Griffiths P., Busse R., Diomidous M., Kinnunen J., Kózka M., Lesaffre E., McHugh M. D., Moreno-Casbas M. T., Rafferty A. M., Schwendimann R., Scott P. A., Tishelman C., Van Achterberg T., Sermeus W. (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study, in: *The Lancet*, Jg. 383, Nr. 9931, S. 2-3. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8,

Alber J. (1990) Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstands in der Bundesrepublik, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung; Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften e.V.(Hrsg.), S. 21 Köln; München. online im Internet, URL: <http://hdl.handle.net/10419/125895>, Abrufdatum: 07.02.2024

Amlinger-Chatterjee M. (2016) Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Atypische Arbeitszeiten. DOI: 10.21934/BAUA:BERICHT20160713/3A, S. 12-14. online im Internet, URL: <http://www.baua.de/dok/7930448>, Abrufdatum: 26.01.2024

Auffenberg Dr. J., Becka D., Evans M., Kokott N., Schleicher S., Braun E. (2022) Studie „Ich pflege wieder, wenn...“, Arbeitnehmerkammer Bremen (Hrsg.). S.5-26, online im Internet, URL: <https://www.arbeitnehmerkammer.de/studie-ich-pflege-wieder-wenn.html>, Abrufdatum: 27.12.2023.

Auth Prof. Dr. D., Heinzlbecker L. (2022) Pflegenotstand, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn. S. 3, online im Internet, URL: [https://www.bpb.de/medien/756306/bpb\\_TB\\_132\\_Pflegenotstand\\_BF.pdf](https://www.bpb.de/medien/756306/bpb_TB_132_Pflegenotstand_BF.pdf), Abrufdatum: 20.09.2023

AWMF e.V. (2024) Die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften bilden die Basis der AWMF | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (Hrsg.). S. 1-10, online im Internet, URL: <https://www.awmf.org/fachgesellschaften>, Abrufdatum: 06.02.2024.

Baum G., Tuschen K. H. (2000) Die Chancen nutzen. Überlegungen zu den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des neuen DRG-Entgeltsystems, in: 17, S. 449–460.

Benedix U., Medjedovic I. (2014) Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege: Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten, Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW), Universität Bremen und Arbeitnehmerkammer Bremen (Hrsg.). S. 28-30, online im Internet, URL: <http://hdl.handle.net/10419/98146>, Abrufdatum: 27.01.2024

Biermann K., Dursun M., Polke-Majewski K. (2018) Krankenhauspflege: Wo bleibt der Aufstand?, in: *Die Zeit* (Hrsg.). S. 2, online im Internet, URL: <https://www.zeit.de/arbeit/2018-02/krankenhaus-pflege-fachkraeftemangel-bezahlung-mangel>, Abrufdatum: 14.02.2024

Billing A., Talhammer M., Hornung H. (2004) DRG und Krankenhäuser der Maximalversorgung: Ausmaß und Ursachen der Unterfinanzierung, in: 21, S. 375–378.

Böhmer N. (2020) „Euren Applaus könnt ihr euch sonst wohin stecken“: Pflegenotstand, Materialmangel, Zeitnot—Was alles in unserem Gesundheitssystem schief läuft, Originalausgabe, 1. Auflage. Aufl., HarperCollins (Hrsg.) Hamburg. S. 112-113, ISBN: 978-3-7499-0092-3

Bonin H. (2020) Fachkräftemangel in der Gesamtperspektive, in: Jacobs K., Kuhlmeier A., Greß S., Klauber J., Schwinger A. (Hrsg.), Pflege-Report 2019, Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S. 61–69. DOI: 10.1007/978-3-662-58935-9\_4

Borgstedt Dr. S., Borchard I., Jurczok F., Gensheimer T., Ernst S. (2020) Kindertagesbetreuung und Pflege—Attraktive Berufe? : Forschungsbericht zu quantitativer und qualitativer Forschung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14 bis 20 Jahren, Nr. 1, S. 31-43, online im Internet, URL: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/163902/f48b9978e967b6229266174e51fc4191/kindertagesbetreuung-und-pflege-attraktive-berufe-sinus-data.pdf>, Abrufdatum: 26.01.2024

Bundesministerium der Justiz (2024) Der Bundesrat im Gesetzgebungsverfahren, Bundesministerium der Justiz (Hrsg.). S.2-3, online im Internet, URL: [https://www.bmj.de/DE/rechtsstaat\\_kompakt/entstehung\\_gesetz/bundesrat/bundesrat\\_artikel.html](https://www.bmj.de/DE/rechtsstaat_kompakt/entstehung_gesetz/bundesrat/bundesrat_artikel.html), Abrufdatum: 06.02.2024.

Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte (2022) OPS-Operationen und Prozedurenschlüssel (OPS), Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.). S.3, online im Internet, URL: [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/OPS-ICHI/OPS/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/OPS-ICHI/OPS/_node.html), Abrufdatum: 06.02.2024.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2023a) Anerkennung in Deutschland—Fachkräfteeinwanderungsgesetz, Anerkennung in Deutschland—Fachkräfteeinwanderungsgesetz (Hrsg.). S. 2-3, online im Internet, URL: <https://www.anererkennung-in-deutschland.de/html/de/pro/fachkraefteeinwanderungsgesetz.php>, Abrufdatum: 09.02.2024.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2023b) Anerkennung in Deutschland—Einwanderung aus Drittstaaten wird erleichtert, Anerkennung in Deutschland—Einwanderung aus Drittstaaten wird erleichtert (Hrsg.). S. 1-2, online im Internet, URL: <https://www.anererkennung-in-deutschland.de/html/de/aktuelles-neues-fachkraefteeinwanderungsgesetz.php>, Abrufdatum: 09.02.2024.

Bundesministerium für Gesundheit (2017) Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)—BMG (Hrsg.).S. 1, online im Internet, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/k/krankenhausstrukturgesetz-khsg>, Abrufdatum: 18.11.2023.

Bundesministerium für Gesundheit (2020) Bundesbehörden, BMG (Hrsg.). S. 1, online im Internet, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/staatliche-ordnung/bundesbehoerden>, Abrufdatum: 03.12.2023.

Bundesministerium für Gesundheit (2023a) Fragen und Antworten zum Pflegeberufegesetz | BMG (Hrsg.). S. 1-6, online im Internet, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz/faq-pflegeberufegesetz>, Abrufdatum: 08.02.2024.

Bundesministerium für Gesundheit (2023b) Bundestag beschließt Krankenhaustransparenzgesetz, BMG (Hrsg.). S. 2, online im Internet, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-beschliesst-krankenhaus-transparenzgesetz.html>, Abrufdatum: 14.02.2024.

Bundesministerium für Gesundheit (2023c) Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Verordnung über die Maßstäbe und Grundsätze für die Bemessung des Personalbedarfs in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV), BMG (Hrsg.). S. 2-11, online im Internet, URL:

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/P/RefE\\_PPBV.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/RefE_PPBV.pdf), Abrufdatum: 13.02.2024

Bundesministerium für Gesundheit (2023d) Kurzpapier: Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz, BMG (Hrsg.). S. 1-3, online im Internet, URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/P/Pflegekompetenzreform/Kurzpapier\\_Vorlaeufige\\_Eckpunkte\\_PflegekompetenzG.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegekompetenzreform/Kurzpapier_Vorlaeufige_Eckpunkte_PflegekompetenzG.pdf), Abrufdatum: 12.02.2024

Burkhardt W., Gerlinger T. (2017) Wichtige Akteure im deutschen Gesundheitswesen. Teil 2: Selbstverwaltung und angegliederte Institutionen, Bpb.de (Hrsg.). S. 4-27, online im Internet, URL: <https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/251840/wichtige-akteure-im-deutschen-gesundheitswesen-teil-2-selbstverwaltung-und-angegliederte-institutionen/>, Abrufdatum: 06.01.2024.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2024) Planung | Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.). S. 1 online im Internet, URL: <https://www.dkgev.de/themen/versorgung-struktur/planung/>, Abrufdatum: 07.02.2024.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Ver.di-Bundesverwaltung (2007) „Uns reicht’s! Wir wehren uns gegen Stellenabbau und unzumutbare Arbeitsbedingungen in der Pflege.“, Ver.di-Bundesverwaltung (Hrsg.) S. 16-17, online im Internet, URL: <https://www.medizin-forum.de/phpbb/viewtopic.php?t=76120>, Abrufdatum 21.02.2024

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020) Pflegepolitik in 5 Minuten, in: Heilberufe, Jg. 72, Nr. 7–8, S. 6–9. S. 8, DOI: 10.1007/s00058-020-1540-8

Deutscher Pflegerat e.V. (2023) Deutscher Pflegerat—Pressemitteilungen, Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Verordnung über die Maßstäbe und Grundsätze für die Bemessung des Personalbedarfs in der stationären Krankenpflege (Hrsg.). S. 1-4, online im Internet, URL: <https://deutscher-pflegerat.de/profession-staerken/pressemitteilungen/stellungnahme-des-deutschen-pflegerates-e.-v.-dpr-zum-referentenentwurf-des-bundesministeriums-fuer-gesundheit-bmg-fuer-ein>, Abrufdatum: 10.02.2024.

Deutsches Ärzteblatt (2018) Sorge um drohende Abwertung der Altenpflege, Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.). S. 1-3, online im Internet, URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96008/Sorge-um-drohende-Abwertung-der-Altenpflege>, Abrufdatum: 08.02.2024.

Deutsches Ärzteblatt D. Ä. G. Redaktion (2021) „Wir wissen, dass 2030 circa 500.000 Pflegekräfte fehlen werden“, Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.). S. 2, online im Internet, URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/128103/Wir-wissen-dass-2030-circa-500-000-Pflegekraefte-fehlen-werden>, Abrufdatum: 02.11.2023.

Deutsches Ärzteblatt (2022) Streit um Qualitätsvorgaben an generalistische Pflegeausbildung, Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.).S. 1-2, online im Internet, URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/133853/Streit-um-Qualitaetsvorgaben-an-generalistische-Pflegeausbildung>, Abrufdatum: 03.02.2024.

DGB-Index/ Gute Arbeit (2018) Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege, DGB (Hrsg.). S. 4-22, online im Internet, URL: <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada>, Abrufdatum: 25.01.2024.

Duden (2004) Pflegenotstand ► Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft | Duden, DUDEN (Hrsg.).S. 3, online im Internet, URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Pflegenotstand>, Abrufdatum: 25.01.2024.

Ehrmann Y. (2024) Krankenhausbehandlung / 3.2 Wahlleistungen | SGB Office Professional | Sozialwesen | Haufe, Haufe.de News und Fachwissen (Hrsg.). S. 1, online im Internet, URL: [https://www.haufe.de/sozialwesen/sgb-office-professional/krankenhausbehandlung-32-wahlleistungen\\_idesk\\_PI434\\_HI2952986.html](https://www.haufe.de/sozialwesen/sgb-office-professional/krankenhausbehandlung-32-wahlleistungen_idesk_PI434_HI2952986.html), Abrufdatum: 07.02.2024.

Elrick J., El-Cherkeh T., Geyer G., Münz R., Scheidler A., Schneider J. (2007) Abwanderung und Anwerbung von Fachkräften im Gesundheitswesen: Ursachen, Konsequenzen und politische Reaktionen, Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut (HWWI, Hamburg) (Hrsg.).S. 4-7, online im Internet, URL: <https://www.bpb.de/system/files/pdf/1ZTDL8.pdf>, Abrufdatum: 01.08.2024

Erhard L. (1960), in: Das Krankenhaus, Jg. 7, S. 290–296.

Escobar Pinzon P. Dr. L. C., Henke N., Lenkeit H., Dr. Melzer M., Dr. Rösler U., Dr. Wendsche J., Röttgen M. (2018) Arbeit und Gesundheit in der Pflege-Pflegearbeit sicher gestalten- Erholung in der Pflege- Handlungshilfen für Pflegenden, Nr. 2/18, S. 3, online im Internet, URL: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwikzbrCuryEAX-WXhv0HHUgoAyQQFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.baua.de%2FDE%2FAngebote%2FPublikationen%2FAktuell%2F2-2018.pdf%3F\\_\\_blob%3Dpublication-File%26v%3D5&usg=AOvVaw2vgwlWTVDPH6gtGDZIsyA&opi=89978449](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwikzbrCuryEAX-WXhv0HHUgoAyQQFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.baua.de%2FDE%2FAngebote%2FPublikationen%2FAktuell%2F2-2018.pdf%3F__blob%3Dpublication-File%26v%3D5&usg=AOvVaw2vgwlWTVDPH6gtGDZIsyA&opi=89978449), Abrufdatum: 21.02.2024

Farin T. (2017) Exoskelette: Maschine zum Anziehen, die körperliche Arbeit erleichtern, in: FAZ.NET (Hrsg.). S. 1-2, online im Internet, URL: <https://www.faz.net/aktuell/karrierehochschule/buero-co/exoskelette-maschine-zum-anziehen-die-koerperliche-arbeit-erleichtern-15341414.html>, Abrufdatum: 14.02.2024

Friedrich S., Wacker P., Fleischer Dr. S., Bloch Dr. S., Senger L. (2023) Kurzbericht zumBMG-geförderten Forschungsvorhaben-Gutachten zur Erprobung der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) und der Kinder-Pflegepersonalregelung 2.0 (Kinder-PPR 2.0), KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Hrsg.). S. 1-4, online im Internet, URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Kurzbericht/Kurzbericht\\_Kinder\\_PPR\\_Erprobung\\_20230831.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Kurzbericht/Kurzbericht_Kinder_PPR_Erprobung_20230831.pdf), Abrufdatum: 13.02.2024

Gemeinsamer Bundesausschuss (2008) Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma—Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.). S. 4, online im Internet, URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/65/>, Abrufdatum: 02.02.2024.

Gerlinger T. (2017a) Die wichtigsten Akteure im deutschen Gesundheitswesen. Teil 3: Freie Verbände, Bpb.de (Hrsg.).S. 2-8, online im Internet, URL: <https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/251969/die-wichtigsten-akteure-im-deutschen-gesundheitswesen-teil-3-freie-verbaende/>, Abrufdatum: 06.02.2024.

Gerlinger T. (2017b) Wichtige Akteure im deutschen Gesundheitswesen. Teil 1: Staat und Politik, Bpb.de (Hrsg.).S. 1-18, online im Internet, URL: <https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/251818/wichtige-akteure-im-deutschen-gesundheitswesen-teil-1-staat-und-politik/>, Abrufdatum: 03.12.2023.

GKV-Spitzenverband (2013) Abschlussbericht des GKVSpitzenverbandes zum Pflege-sonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG (Förderjahre 2009 bis 2011), online im Internet, URL: <https://www.gkv->

spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\_1/krankenhaeuser/budget-verhandlungen/pflegesonderprogramm/KH\_Pflegesonderprogramm\_Abschlussbericht\_2013\_06\_30.pdf

GKV-Spitzenverband (2021) Fragen und Antworten zu DRG, GKV-Spitzenverband (Hrsg.).S. 1-3, online im Internet, URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg\\_system/fragen\\_und\\_antworten\\_drg/fragen\\_und\\_antworten\\_drg.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/fragen_und_antworten_drg/fragen_und_antworten_drg.jsp), Abrufdatum: 06.02.2024.

GKV-Spitzenverband (2022) Auswertung der Daten nach § 21 KHEntgG. GKV-Spitzenverband, Berlin.

GKV-Spitzenverband (2024) Aufgaben und Ziele, GKV-SV (Hrsg.). S. 1-2 online im Internet, URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/der\\_verband/aufgaben\\_und\\_ziele/aufgaben\\_und\\_ziele.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/der_verband/aufgaben_und_ziele/aufgaben_und_ziele.jsp), Abrufdatum: 07.01.2024.

Gröhe H., Nüßlein Dr. G., Lauterbach Dr. K., Michalk M., Mattheis H., Prüfer-Storks C., Grüttner S. (2017) Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“, Bundesgesundheitsministerium (Hrsg.). S. 1-3, online im Internet, URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/P/Pflegekommission/170307\\_Abschlusspapier\\_Pflegekommission.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegekommission/170307_Abschlusspapier_Pflegekommission.pdf), Abrufdatum: 08.02.2024

Haack H. (1993a) Eigenverantwortlich und effizient-die kommunale Krankenhaus-GmbH, in Krankenhausumschau: 11, Jg. 69, S. 974–978.

Haack H. (1993b) Eine Krankenhaus-GmbH ist keine Privatklinik, in: Krankenhaus Umschau, Jg. 12, Nr. 62, S. 1092–1095.

Hibbeler B. (2011) Ärzte und Pflegekräfte: Ein chronischer Konflikt, Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.). S. 1-4, online im Internet, URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/109162/Aerzte-und-Pflegekraefte-Ein-chronischer-Konflikt>, Abrufdatum: 14.02.2024.

Hien W., Funk G. (2009) Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte, 3., unveränd. Aufl. Aufl., Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.

Hild A. K. (2023) Pflegepersonalbemessung endlich gesetzlich verankert!, S. 1, online im Internet, URL: <https://www.dbfk.de/de/newsroom/pressemitteilungen/meldungen/2023/DBfK-bewertet-Referentenentwurf-zur-PPR-2.0-positiv.php>, Abrufdatum: 13.02.2024.

Hodek J.-M. (2021) Das deutsche Gesundheitssystem für Dummies, 1. Auflage. Aufl., Wiley-VCH GmbH (Hrsg.). S. 116-122; 144-150, ISBN: 978-3527716401

Hölbling C., Wieteck P. (2024) PPR 2.0 regelbasiert ermitteln, Thieme (Hrsg.) .S. 1-2, online im Internet, URL: <https://www.thieme.com/de-de/was-wir-tun/patient-care/ppr2.0-regelbasiert-ermitteln>, Abrufdatum: 10.02.2024.

Kappler M., Bonin H., Sachs A. (2011) Forschungsbericht „Wertschöpfungseffekte der Fachkräftesicherung“, Econstore (Hrsg.). S. 5, online im Internet, URL: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/110533/1/823263479.pdf>, Abrufdatum: 25.01.2024

Klein V. (2021) Chancen und Risiken beim Einsatz ausländischer Pflegefachkräfte | Medizinrecht | VOELKER (Hrsg.). S. 2-3, online im Internet, URL: <https://www.voelker->

- gruppe.com/medizinrecht/info/auslaendische-pflegefachkraefte/, Abrufdatum: 04.02.2024.
- Kotlorz T. (2023) Neustart für die Pflege, Das Krankenhaus (Hrsg.). S. 1-4, online im Internet, URL: <https://daskrankenhaus.de/aktuelles/news/neustart-fuer-die-pflege>, Abrufdatum: 12.02.2024.
- Kreis Segeberg (2024) Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes beantragen / Kreis Segeberg, Kreis Segeberg (Hrsg.). S. 1-4, online im Internet, URL: <https://www.segeberg.de/index.php?ModID=10&FID=3466.521.1&object=tx%2C3466.2.1>, Abrufdatum: 07.01.2024.
- Kunze H., Kaltenbach L. (2010) Psychiatrie-Personalverordnung: Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis, 6., aktualisierte und erw. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart. (Hrsg.)
- Lorenz A. (1987) Pflegequalität und Personalbemessung im Krankenhaus, in: Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften der Universität Magdeburg (Hrsg.), Jg. 12 Kapitel 11. S. 109-110, online im Internet, URL: <http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/band-12-1987-mezizin-moral-und-markt/>, Abrufdatum: 31.01.2024
- Lücke S. (2023) Pflegemanagement—VPU kritisiert Verordnung zur Personalbemessung, Online-Portal für professionell Pflegende (Hrsg.).S. 1-3, online im Internet, URL: <https://www.bibliomed-pflege.de/news/vpu-kritisiert-verordnung-zur-personalbemessung>, Abrufdatum: 10.02.2024.
- Medizinischer Dienst (2022) Bericht über die im Jahr 2021 durchgeführten Qualitätskontrollen, Essen. S. 12-14, online im Internet, URL: [https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5368/2022-06-17-MD-Bund-Bericht-2021\\_MD-QK-RL.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5368/2022-06-17-MD-Bund-Bericht-2021_MD-QK-RL.pdf), Abrufdatum: 08.02.2024
- Millich N. (2021) Corona-Krise—9.000 Pflegende 2020 aus Beruf ausgeschieden, Online-Portal für professionell Pflegende (Hrsg.).S. 2-3, online im Internet, URL: <https://www.bibliomed-pflege.de/news/9000-pflegende-2020-aus-beruf-ausgeschieden>, Abrufdatum: 15.02.2024.
- Millich N. (2023) Digitalisierungsstrategie—Das plant Lauterbach für die Pflege, Online-Portal für professionell Pflegende (Hrsg.).S 1-2, online im Internet, URL: <https://www.bibliomed-pflege.de/news/das-plant-lauterbach-fuer-die-pflege>, Abrufdatum: 13.02.2024.
- Mohr F. W. (1988) Morbus Neunzehn, in: Das Krankenhaus, Jg. 10, Nr. 80, S. 254-256.
- Mohr F. W. (1995) Zurück in die Zukunft: Notbremsung II, in: Krankenhaus Umschau, Jg. 64, Nr. 12, S. 976–979.
- Pavolini E., Kuhlmann E. (2016) Health workforce development in the European Union: A matrix for comparing trajectories of change in the professions, in: Health Policy, Jg. 120, Nr. 6, S. 654–664. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.03.002
- Pfeiffer A. (2023) Digitalisierungsstrategie—Lauterbach kündigt Neustart der ePA an, BibliomedManager—Fachwissen für Entscheider im Krankenhaus (Hrsg.). S. 1-3, online im Internet, URL: <https://www.bibliomedmanager.de/news/lauterbach-kuendigt-neustart-fuer-die-epa-an>, Abrufdatum: 13.02.2024.
- PricewaterhouseCoopers (2022) Fachkräftemangel im deutschen Gesundheitswesen 2022, PwC (Hrsg.).S. 1, online im Internet, URL: <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/fachkraeftemangel-im-deutschen-gesundheitswesen-2022.html>, Abrufdatum: 20.09.2023.

Private Krankenversicherung (2024) Krankenversicherung, PKV (Hrsg.).S. 4, online im Internet, URL: <https://www.pkv.de/wissen/private-krankenversicherung/>, Abrufdatum: 07.01.2024.

Pütz R., Kontos M., Larsen C., Rand S., Ruokonen-Engler M.-K. (2019) Betriebliche Integration von Pflegekräften aus dem Ausland Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), Jg. 416. S. 172-189, online im Internet, URL: [https://www.boeckler.de/pdf/p\\_study\\_hbs\\_416.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_416.pdf), Abrufdatum: 11.02.2024

Radtke R. (2024) Fachkräftemangel—Bedarf an Pflegekräften in Deutschland bis 2035, Statista (Hrsg.).S. 2, online im Internet, URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/172651/umfrage/bedarf-an-pflegekraeften-2025/>, Abrufdatum: 05.02.2024.

Schildmann C., Voss D. (2018) Aufwertung von sozialen Dienstleistungen—Warum sie notwendig ist und welche Stolpersteine noch auf dem Weg liegen, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.). S. 19, online im Internet, URL: [https://www.boeckler.de/pdf/p\\_fofoe\\_report\\_004\\_2018.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_report_004_2018.pdf), Abrufdatum: 14.02.2024

Schmedders M., Trewendt C., Egerer J. (2023) Pflegepersonalvorgaben im Krankenhaus, in: Klauber J., Wasem J., Beivers A., Mostert C. (Hrsg.). S. 16-18; 215-227, Krankenhaus-Report 2023, Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S. 213–232. DOI: 10.1007/978-3-662-66881-8\_14, online im Internet, URL: [https://link.springer.com/10.1007/978-3-662-66881-8\\_14](https://link.springer.com/10.1007/978-3-662-66881-8_14), Abrufdatum: 02.02.2024

Schmidt C. (2023) Wieso ausländische Fachkräfte nicht in Deutschland bleiben wollen, FOCUS online (Hrsg.). S. 2, online im Internet, URL: [https://www.focus.de/politik/deutschland/diskriminierung-einsamkeit-und-heimweh-wieso-auslaendische-fachkraefte-nicht-in-deutschland-bleiben-wollen\\_id\\_198473501.html](https://www.focus.de/politik/deutschland/diskriminierung-einsamkeit-und-heimweh-wieso-auslaendische-fachkraefte-nicht-in-deutschland-bleiben-wollen_id_198473501.html), Abrufdatum: 14.02.2024.

Schmucker R. (2020) Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen: Ergebnisse einer Sonderauswertung der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit, in: Jacobs K., Kuhlmeier A., Greß S., Klauber J., Schwinger A. (Hrsg.). S. 50 , Pflege-Report 2019, Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, DOI: 10.1007/978-3-662-58935-9\_3, online im Internet, URL: [http://link.springer.com/10.1007/978-3-662-58935-9\\_3](http://link.springer.com/10.1007/978-3-662-58935-9_3), Abrufdatum: 25.01.2024

Schöllgen I., Schulz A. (2016) Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Emotionsarbeit. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.). S. 10-12, DOI: 10.21934/BAUA:BERICHT20160713/1F, online im Internet, URL: <http://www.baua.de/dok/7930418>, Abrufdatum: 26.01.2024

Simon M. (2000) Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. (Hrsg.). S. 329-337, DOI: 10.1007/978-3-663-10555-8

Simon M. (2007) Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser-Eine Analyse der Entwicklung zwischen 1991 und 2005, in: Veröffentlichungsreihe der Evangelischen Fachhochschule Hannover (Hrsg.), Nr. P07-001. S. 1-26; 45-68, online im Internet, URL: [https://web.archive.org/web/20181103033817id\\_/https://serwiss.bib.hs-hannover.de/frontdoor/deliver/index/docId/60/file/Simon\\_Stellenabbau\\_im\\_Pflegedienst\\_der\\_Krankenhaeuser\\_EFH\\_Paper\\_07\\_001.pdf](https://web.archive.org/web/20181103033817id_/https://serwiss.bib.hs-hannover.de/frontdoor/deliver/index/docId/60/file/Simon_Stellenabbau_im_Pflegedienst_der_Krankenhaeuser_EFH_Paper_07_001.pdf), Abrufdatum: 07.02.2024

Simon M. (2015) Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser -Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten, Hochschule

Hannover, University of Applied Sciences and arts (Hrsg.) S. 12-15, online im Internet, URL: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwihgN63lcmEAXVP9wIH-HUPzCGsQFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.verdi.de%2F%2B%2Bfile%2B%2B55e956fcbdf98d1a020001d%2Fdownload%2FSimon\\_\\_2015\\_\\_Unterbesetzung\\_und\\_Personalmehrbedarf\\_im\\_Pflegedienst.pdf&usg=AOvVaw2Vd-NXQt4CYF\\_w5ZXETOt-&opi=89978449](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwihgN63lcmEAXVP9wIH-HUPzCGsQFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.verdi.de%2F%2B%2Bfile%2B%2B55e956fcbdf98d1a020001d%2Fdownload%2FSimon__2015__Unterbesetzung_und_Personalmehrbedarf_im_Pflegedienst.pdf&usg=AOvVaw2Vd-NXQt4CYF_w5ZXETOt-&opi=89978449), Abrufdatum: 26.02.2024

HUPzCGsQFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.verdi.de%2F%2B%2Bfile%2B%2B55e956fcbdf98d1a020001d%2Fdownload%2FSimon\_\_2015\_\_Unterbesetzung\_und\_Personalmehrbedarf\_im\_Pflegedienst.pdf&usg=AOvVaw2Vd-NXQt4CYF\_w5ZXETOt-&opi=89978449, Abrufdatum: 26.02.2024

Simon M. (2018) Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.). S. 10-29; 108-109, online im Internet, URL: [https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm%3Fsync\\_id=HBS-006992](https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm%3Fsync_id=HBS-006992), Abrufdatum: 29.12.2023.

Simon M. (2020) Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser: Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems. Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.). S. 18-21; 201-204, online im Internet, URL: [https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync\\_id=HBS-007898](https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-007898), Abrufdatum: 22.02.2024

Statistisches Bundesamt (2023) Grunddaten der Krankenhäuser 2022, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.(Hrsg.). S. 1, online im Internet, URL: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiG05vrhJmEAXVWnf0HHf8OwoQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FThemen%2FGesellschaft-Umwelt%2FGesundheit%2FKrankenhaeuser%2FPublikationen%2FDownloads-Krankenhaeuser%2Fstatistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611227005.xlsx%3F\\_\\_blob%3Dpublication-File&usg=AOvVaw2yh6C-o1utu-sX5y1RSFWp&opi=89978449](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiG05vrhJmEAXVWnf0HHf8OwoQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FThemen%2FGesellschaft-Umwelt%2FGesundheit%2FKrankenhaeuser%2FPublikationen%2FDownloads-Krankenhaeuser%2Fstatistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611227005.xlsx%3F__blob%3Dpublication-File&usg=AOvVaw2yh6C-o1utu-sX5y1RSFWp&opi=89978449), Abrufdatum: 07.02.2024

Technikerkrankenkasse (2017) Die Position der TK - Ein Masterplan für die Pflege, Technikerkrankenkasse (Hrsg.). S. 2, online im Internet, URL: <https://www.tk.de/resource/blob/2042726/a52e0cba10fd816e0b772b2a40ab0f38/tk-position---masterplan-fuer-die-pflege-data.pdf>, Abrufdatum: 26.01.2024

Technikerkrankenkasse (2023) Pressemitteilung, Zum Internationalen Tag der Pflegenden: Krankenstand bei Pflegekräften auf Rekordhoch, Technikerkrankenkasse, Hamburg (Hrsg.). S. 2, online im Internet: URL: <https://www.tk.de/presse/themen/pflege/pflegepolitik/krankenstand-bei-pflegekraeften-auf-rekordhoch-2149302> Abrufdatum: 14.02.2024

Tuschen K. H. (1996) Aktuelle Entwicklungen der Krankenhausgesetzgebung, in: Führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 13, Nr. 2, S. 93–100.

Tuschen K. H., Bechtholdt A. (1993) Budgetfortschreibung 1993 bis 1995- Führen und wirtschaften im Krankenhaus.

Ver.di (2023) PPR 2.0: Ver.di nimmt Stellung, PPR 2.0: Ver.di nimmt Stellung (Hrsg.). S. 2-3, online im Internet, URL: <https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/themen/gesundheitspolitik/++co++578bc916-8f5e-11ee-800a-b51c59f2ff0c>, Abrufdatum: 10.02.2024.

Weidner F., Brünnett M., Müller M., Cissarz I. (2016) Reha-Biograf. Langzeiterkrankte Pflegefachpersonen in der beruflichen Rehabilitation – Ursachen, Wege und Erklärungen. BWF-Koblenz (Hrsg.). S. 24-26, online im Internet, URL: [https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/764/file/Reha-Biograf\\_Bericht\\_Druck\\_final.pdf](https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/764/file/Reha-Biograf_Bericht_Druck_final.pdf), Abrufdatum: 25.01.2024



## Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich,

1. Dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als den angegebenen Hilfsmitteln angefertigt habe.
2. Dass ich alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden als solche kenntlich gemacht habe.
3. Dass ich diese Arbeit bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe
4. Dass ich das Thema der Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland einem Prüfer in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Mir ist bekannt, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben kann.

Ulm, den 26.02.2024

-----  
Ort und Datum

Jadine Erhardt

-----  
Unterschrift