

Dr. Jennie Auffenberg

# Pflegepersonal entlasten, halten und gewinnen

## Handlungsbedarfe in der Bremer Krankenpflege aus Beschäftigtensicht

### In aller Kürze:

Der Personalnotstand in der Pflege ist unübersehbar, die Bundesgesundheitspolitik reagiert mit einer Vielzahl an Gesetzen. Seit diesem Jahr sind weitere Pflegepersonaluntergrenzen für einzelne Bereiche in den Krankenhäusern wirksam. Diese sind jedoch nicht geeignet, die Arbeitsbedingungen zu verbessern oder eine gute Versorgung zu garantieren und müssen daher durch eine bedarfsorientierte Personalbemessung abgelöst werden. Die Rückkehr zur auskömmlichen Finanzierung der Pflegepersonalkosten per Selbstkostendeckungsprinzip ab 2020 ist begrüßenswert, wirft jedoch neue Probleme in Hinblick auf die Arbeitsbedingungen aller anderen Krankenhausbeschäftigten und die Finanzierung der Krankenhausinfrastrukturen auf. Pflegepersonal wird durch diese Gesetzesänderungen jedoch nur sehr bedingt zu halten und zu gewinnen sein. Dies wird nur dann nachhaltig gelingen, wenn der Arbeitsdruck verringert, die Bezahlung erhöht und die Rahmenbedingungen attraktiver gestaltet werden. Insbesondere im Pflegedienst der Bremer Krankenhäuser sind Pflegekräfte hoch belastet. Der Personalmangel führt auch hier zu Einschnitten in der medizinischen Versorgung, denen nur mit einer gestaltenden Krankenhausplanung begegnet werden kann. Wirksam wird der Pflegenotstand jedoch nicht ohne eine strukturelle Veränderung der Krankenhausfinanzierung zu lösen sein.

➔ Der Pflegenotstand ist mittlerweile allgegenwärtig. Das Pflegepersonal ist unumstritten stark belastet, dabei jedoch im Branchenvergleich gering entlohnt. Der Fachkräftemangel ist daher wenig überraschend hoch. In der Folge müssen zentrale Versorgungsbereiche ihren Betrieb einschränken. Um in anderen Bereichen die personelle Unterversorgung zu kompensieren, müssen Pflegekräfte noch schneller arbeiten, sie können ihre Pausen nicht nehmen und müssen häufig für ausfallende Kolleginnen und Kollegen einspringen, obwohl sie eigentlich dienstfrei hätten. Diese Entwicklungen machen den Pflegeberuf entsprechend unattraktiv, was die Personalnot und den Pflegenotstand weiter verschärft. Die Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland verspricht hier kaum Abhilfe. Der demografische Wandel verstärkt das Problem zusätzlich.

Die Politik scheint den dringenden Handlungsbedarf zwar erkannt zu haben, was die Vielzahl der von Gesundheitsminister Jens Spahn in den Bundestag eingebrachten Gesetze im vergangenen Jahr gezeigt hat. Deren Wirksamkeit kann noch nicht abschließend beurteilt werden. In vielerlei Hinsicht greifen diese Gesetze jedoch schon in ihrer Anlage zu kurz oder setzen falsche Anreize.



---

„Nur eine bedarfsorientierte Personalbemessung wird es den Beschäftigten ermöglichen, ihren Beruf nach bestem Wissen und Gewissen auszuüben.“

## Pflegepersonaluntergrenzen

Die 2019 zunächst für vier Krankenhausbereiche eingeführten Pflegepersonaluntergrenzen gelten seit Beginn dieses Jahres nun für insgesamt acht sogenannte „pflegesensitive Bereiche“ (Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Herzchirurgie, Neurologie, Schlaganfallereinheit und neurologische Frührehabilitation)<sup>1</sup>. Bezweifelt wurde schon zum Zeitpunkt der erstmaligen Einführung, dass es Bereiche gibt, in denen die Ausstattung mit Pflegepersonal keinen Einfluss auf die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten hat. Weitere Kritik bezieht sich auf die Definition der Untergrenzen. Diese wurden willkürlich auf die sogenannte Quartilsgrenze (*siehe Infobox*) festgelegt und orientieren sich damit nicht am Bedarf. Darüber hinaus gelten die Untergrenzen als wenig anspruchsvoll. Drei Viertel aller deutschen Krankenhäuser lagen schon bei Einführung der Untergrenzen mit ihrer Pflegepersonalausstattung darüber. Gute Arbeitsbedingungen und eine am Bedarf orientierte Versorgung sind mit den Pflegepersonaluntergrenzen somit nicht gesichert. Geeigneter sind daher andere Personalbemessungsinstrumente.

### Pflegepersonaluntergrenzen – was bedeutet die Quartilsgrenze?

Angenommen, es gibt 100 Krankenhäuser in Deutschland. Zur Festlegung der Personaluntergrenze hat man (vereinfacht gesagt) alle 100 Krankenhäuser nach ihrer Personalausstattung in einem Bereich aufgereiht. Platz 1 hat die beste Personalausstattung, Platz 100 die schlechteste. Die Personalausstattung des Krankenhauses, das in dieser Aufreihung auf Platz 75 steht, wird nun zum Vorbild und gibt die Personaluntergrenze vor (das ist die Quartilsgrenze). Die 25 Krankenhäuser mit einer noch schlechteren Personalausstattung müssen ihr Personal in den betroffenen Bereichen nun aufstocken. Die restlichen 75 Krankenhäuser können ihr Personal in den betroffenen Bereichen nun theoretisch reduzieren. Anstelle des Krankenhauses auf Platz 75 hätte man genauso gut das Krankenhaus auf Platz 50 oder 90 als Vorbild für die Untergrenze nehmen können. Mit dem tatsächlich notwendigen Bedarf an Pflegepersonal hätte aber auch das nichts zu tun.

## PPR 2.0 – eine bedarfsorientierte Pflegepersonalregelung

Ein bedarfsorientiertes Personalbemessungsinstrument für die Krankenpflege existiert bereits und war in den 1990er-Jahren im Einsatz: die Pflegepersonalregelung (PPR). Diese wurde jedoch wegen eines für zu teuer befundenen Personalaufwuchses nach wenigen Jahren wieder abgeschafft. Die PPR errechnet anhand der zu behandelnden Patientinnen und Patienten und ihres Pflegebedarfs einen Minutenwert und das entsprechend notwendige Pflegepersonal. Sie wird in den meisten Krankenhäusern noch heute zur Personalplanung eingesetzt – allerdings mit gewaltigen Abschlügen. In sogenannten Entlastungstarifverträgen, die die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di an knapp 20 Kliniken seit 2016 verhandelt hat, erleben diese und andere bedarfsorientierte Personalregelungen derzeit ihr Comeback. Auch ein ungewöhnliches Bündnis aus ver.di, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Pflegerat hat angesichts der Dringlichkeit der Problematik als Alternative zu den Untergrenzen Anfang 2020 eine überarbeitete und aktualisierte Version der Pflegepersonalregelung vorgestellt, die PPR 2.0.<sup>2</sup> Nur eine bedarfsorientierte Personalbemessung wird es den Beschäftigten in der Pflege ermöglichen, ihren Beruf nach bestem Wissen und Gewissen auszuüben, sie vom Ausstieg aus dem Beruf abhalten oder zur Aufstockung ihrer Stundenzahl motivieren.

1 Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) vom 28. Oktober 2019 (BGBl. I S. 1492).

2 Vgl. ver.di (2020).

## Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen

Eine weitreichende rechtliche Neuerung, die mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG)<sup>3</sup> dieses Jahr in Kraft getreten ist, ist die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser aus den Fallpauschalen (auch Diagnosis Related Groups oder DRGs genannt). Diese Fallpauschalen sind pauschale Vergütungen für bestimmte Behandlungsvorgänge. Wie viel die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten das Krankenhaus tatsächlich kostet, ist dabei unerheblich. Mit der Neuregelung werden alle tatsächlich von den Krankenhäusern getätigten Ausgaben für das Pflegepersonal genau mit den Krankenkassen abgerechnet – eine Rückkehr zum sogenannten Selbstkostendeckungsprinzip. Dabei werden alle Pflegepersonalkosten bis zur Höhe der tariflichen Bezahlung refinanziert. Krankenhäuser haben mit dieser Regelung keinen Anreiz und auch keine Möglichkeit mehr, am Pflegepersonal zu sparen. Diese teilweise Abkehr von den Fallpauschalen mit ihren zahlreichen Fehlanreizen ist ausgesprochen begrüßenswert.

Sie birgt jedoch auch ihre Tücken. Wenn auch gesetzeswidrig, so kommen die Länder ihrer Verpflichtung, die Krankenhausinfrastruktur zu finanzieren, regelmäßig nicht in vollem Umfang nach. Um den Investitionsbedarf zu decken, müssten die Länderinvestitionen um mehr als das Doppelte erhöht werden.<sup>4</sup> Daher war es bisher gängige Praxis, dass Krankenhäuser die Investitionskosten für ihre Infrastruktur aus den Personalkosten querfinanziert haben – Personalstellen wurden sozusagen zu Baustellen. Mit der exakten Abrechnung der Pflegepersonalkosten ist dies nur noch eingeschränkt möglich. Dies ist gut und richtig. Wenn aber die Länder weiterhin ihrer Investitionsverpflichtung nur eingeschränkt nachkommen, werden alle anderen Berufsgruppen stark unter Druck geraten, da Investitionskosten nur noch durch Ersparnisse in diesen Beschäftigtengruppen querfinanziert werden können. Die Arbeit im Krankenhaus geht jedoch zwischen den Berufsgruppen Hand in Hand. Daher gilt es aus Beschäftigtensicht, die Ausgliederung

aller Personalkosten aus den DRGs und die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip zu befördern, wie es auch die Bundesärztekammer fordert.<sup>5</sup> Darüber hinaus ist aus den genannten Gründen eine auskömmliche Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder ab sofort unabdingbar.

Trotz der vollständigen Refinanzierung aller Pflegepersonalkosten für die Pflege am Bett ist ein deutlicher Personalaufwuchs bisher noch ausgeblieben. Zum einen sind nur noch wenige Pflegekräfte bereit, unter den beschriebenen Bedingungen im Krankenhaus zu arbeiten. Zum anderen scheinen die Krankenhäuser immer noch zu zögern, Pflegepersonal aufzubauen. Die Pflegepersonalkosten werden erst am Ende des Jahres nach dem Selbstkostendeckungsprinzip exakt abgerechnet. Um liquide zu bleiben und monatlich die Löhne des Pflegepersonals zahlen zu können, erhalten die Krankenhäuser während des Jahres monatlich eine pauschale Summe von den Krankenkassen, die sogenannten Pflegebudgets. Expertinnen und Experten wie der Pflegewissenschaftler Prof. Michael Simon halten es für gut möglich, dass in absehbarer Zeit die exakte Jahresendabrechnung der Pflegepersonalkosten nach dem Selbstkostendeckungsprinzip wieder abgeschafft wird und nur noch die pauschalen Pflegebudgets bezahlt werden. Damit hätte die Pflege ihre eigenen „Pflege-Fallpauschalen“.<sup>6</sup> Die Rückkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip zu einer pauschalen Vergütung des Pflegepersonals wäre erneut mit dem Anreiz verbunden, am Pflegepersonal zu sparen. Eine anspruchsvolle Personalbemessung ließe den Krankenhäusern dafür jedoch keinen Spielraum mehr. Damit würden alle Anreize für die Rückkehr zu einer pauschalen Vergütung im Bereich der Pflege außer Kraft gesetzt. Auch aus diesem Grund ist eine Personalbemessung – nicht nur für die Pflege – aus Beschäftigtensicht sinnvoll.

<sup>3</sup> Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394).

<sup>4</sup> Vgl. Augurzky et al. (2019).

<sup>5</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2018).

<sup>6</sup> Vgl. Simon (2018).

## Woher soll das Personal kommen?

Auf die Forderung nach einer Personalbemessung für die Pflege wird häufig entgegnet, die dafür notwendigen Fachkräfte seien auf dem Arbeitsmarkt nicht vorhanden. Jedoch wird umgekehrt ein Schuh daraus: Erst wenn die Arbeitsbedingungen in der Pflege eine Arbeit nach den Vorstellungen der Beschäftigten erlauben, werden diese in ihrem Beruf bleiben, ihre Stundenzahl ausweiten und Aussteigerinnen und Aussteiger in ihren Beruf zurückkehren. Studien zeigen immer wieder, dass für Pflegebeschäftigte derzeit keine Veränderung dringlicher ist, als den Zeitdruck zu vermindern – noch dringlicher als eine bessere Bezahlung.<sup>7</sup> Von den Pflegekräften, die ihren Beruf bereits verlassen haben, können sich 48 Prozent eine Rückkehr in den Beruf vorstellen. Die geschätzte Anzahl potenzieller Rückkehrerinnen und Rückkehrer liegt bei 120.000 bis 200.000 Pflegekräften. Wichtigste Bedingungen für einen Wiedereinstieg wären für sie allerdings andere Strukturen und Arbeitsbedingungen, mehr Personal und nicht zuletzt eine bessere Bezahlung.<sup>8</sup>

## Über-, Unter-, Fehlversorgung und Krankenhausplanung

Da derzeit nicht ausreichend Pflegepersonal in den Krankenhäusern vorhanden ist, um die beschriebenen Personalvorgaben einzuhalten und das Leistungsgeschehen aufrechtzuerhalten, greifen Krankenhäuser unter anderem auf Bettenschließungen zurück. Dies ist aus Versorgungssicht nicht erstrebenswert, jedoch auch ohne Personalvorgaben an der Tagesordnung. Problematisch ist, dass diese Rationierungen nach wirtschaftlichen Kriterien vorgenommen werden. Das DRG-System hat Anreize für die Krankenhäuser gesetzt, bestimmte Behandlungen, die hohe Erlöse garantieren, vermehrt durchzuführen. Es ist hinlänglich bekannt, dass in vielen durch die DRGs gut vergüteten Bereichen eine deutliche Überversorgung herrscht, wie etwa bei Gelenk- und Herzoperationen oder auch Kaiserschnittgeburten. Die Zahlen für „lukrative“ Behandlungen sind nach Einführung der DRGs sprunghaft angestiegen. Die personalintensive Geburtshilfe oder auch Kindermedizin – nur zwei von vielen Beispielen – sind dagegen strukturell unterversorgt.<sup>9</sup>

Um Bereiche der Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Gesundheitsregion zu identifizieren, wäre es notwendig, den medizinischen Versorgungsbedarf wissenschaftlich zu erheben. Nur auf dieser Grundlage kann eine gestaltende und klagesichere Landeskrankenhausplanung vorgenommen werden. Zudem erscheint eine feingliedrigere Planung nach Leistungsbereichen anstelle der groben Landeskrankenhausplanung nach Betten in Fachabteilungen überlegenswert, wie sie in Nordrhein-Westfalen derzeit diskutiert wird. Das heißt, anstelle von Versorgungsaufträgen für Betten im Bereich Chirurgie, mit denen verschiedenste Leistungen angeboten werden können, würden Versorgungsaufträge zielgerichteter vergeben, beispielsweise für den Leistungsbereich Bauchchirurgie oder den Leistungsbereich Bewegungsapparat (unter anderem Hüft- und Kniegelenkoperationen).<sup>10</sup> Mit einer Bedarfserhebung und entsprechenden genauen Planung wäre ebenfalls gesichert, dass das knappe Pflegepersonal in den für den Versorgungsbedarf relevanten Bereichen eingesetzt wird.

## Bremer Krankenpflegekräfte überdurchschnittlich belastet

Wie sieht es derzeit für die Pflegebeschäftigten in Bremen aus? Ein Blick in die Krankenhausstatistik zeigt, dass Beschäftigte im Pflegedienst der Bremer Krankenhäuser im Bundesvergleich überdurchschnittlich belastet sind. Während bundesweit ab 2007 kontinuierlich Pflegepersonal aufgebaut wurde – ein Aufwuchs von neun Prozentpunkten bis 2017 – haben die Bremer Krankenhäuser ihr Pflegepersonal in derselben Zeit um zehn Prozentpunkte reduziert. Mit einem Rückgang von 14 Prozentpunkten seit 2007 haben die kommunalen Krankenhäuser der Gesundheit Nord gGmbH am stärksten Pflegepersonal abgebaut (siehe Abbildung 1). Wenn die kommunalen Krankenhäuser angeben, wegen Personalmangels Schwierigkeiten bei der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen zu haben, gehören sie damit zu einer Minderheit – bundesweit hielten 90 Prozent der Krankenhäuser diese schon im ersten Quartal 2019 ein.<sup>11</sup> Auch dies ist ein Indiz für eine unterdurchschnittliche Personalausstattung.

<sup>7</sup> Siehe beispielsweise Schroeder (2017).

<sup>8</sup> Vgl. HARTMANN (2018).

<sup>9</sup> Siehe exemplarisch Augurzky et al. (2012).

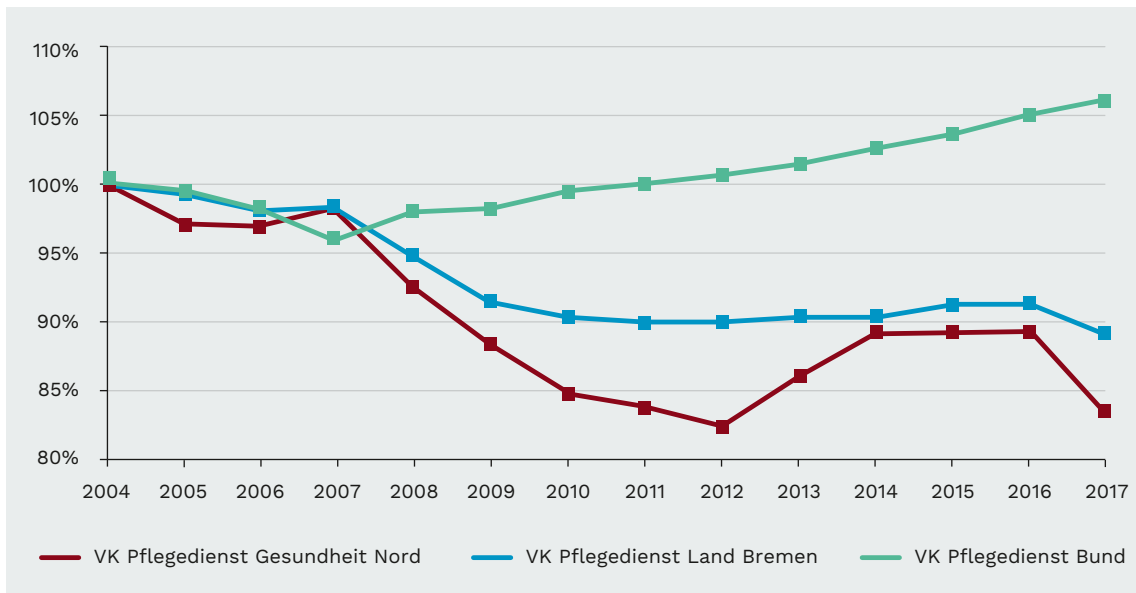
<sup>10</sup> Vgl. PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH (2019).

<sup>11</sup> Schreiben der Deutschen Krankenhausgesellschaft an die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags vom 21. Juni 2019.

Entsprechend hat sich auch die Pflegepersonalbelastung gemessen an der Anzahl der Fälle im Land Bremen überdurchschnittlich erhöht. Dies lässt sich an der Pflegepersonalbelastungszahl ablesen, die das Verhältnis der Anzahl an Pflegevollkräften zur Anzahl der Fälle anzeigt. In Abbildung 2 ist abzulesen, dass in Bremen Personal abgebaut wurde, während die Zahl der Fälle angestiegen ist. Während die Personalbelastung bis 2008 in Bremen noch leicht unter dem Bundesdurchschnitt lag – also verhältnismäßig mehr Pflegekräfte für weniger Fälle zuständig waren – so hat sich dieses Verhältnis

umgekehrt. Heute liegt die Pflegepersonalbelastung in Bremen deutlich über dem Bundesdurchschnitt: Weniger Pflegekräfte sind für mehr Fälle zuständig.<sup>12</sup> Auch das Defizit in den kommunalen Krankenhäusern ist zum größten Teil darauf zurückzuführen, dass Bettenschließungen aufgrund von Personalmangel zu Erlöseinbußen geführt haben. Personal im Bereich der Pflege aufzubauen scheint daher im Land Bremen und insbesondere in den kommunalen Krankenhäusern der Gesundheit Nord noch dringender geboten als bundesweit.

**Abbildung 1:**  
**Pflegepersonalabbau in Bremer Krankenhäusern**  
Vollkräfte (VK) im Pflegedienst 2004 bis 2017

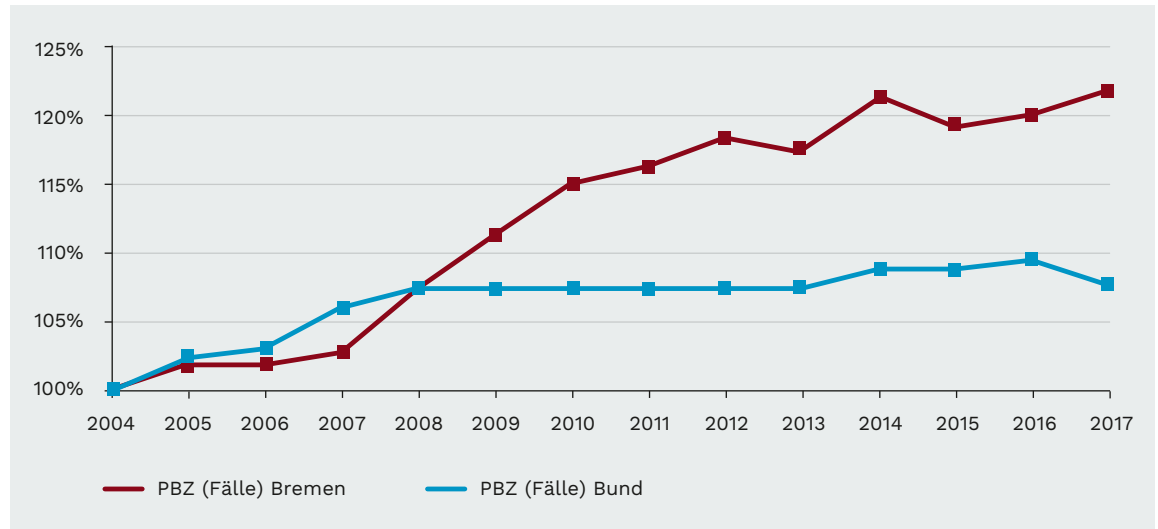


Quelle: Statistisches Landesamt Bremen (inklusive Sonderauswertung); Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen  
© **Arbeiterkammer Bremen**

**12** Auch wenn man das Verhältnis der Anzahl an Pflegekräften zur gesunkenen Anzahl der Belegtage betrachtet, so ist die Pflegepersonalbelastung in Bremen 2017 im Vergleich zu 2004 unverändert hoch geblieben, während sie im Bundesdurchschnitt gesunken ist. Da aber in derselben Zeit die Anzahl der Fälle angestiegen ist, werden heute mehr Patientinnen und Patienten in kürzerer Zeit versorgt – sie sind also kränker und behandlungsintensiver. Daher scheint die Arbeitsbelastung, gemessen an der Zahl der Fälle, als besserer Indikator, als wenn man sie an der Zahl der Belegtage misst.

**Abbildung 2:****Pflegepersonalbelastung in Bremer Krankenhäusern überproportional hoch**

Personalbelastungszahl (PBZ) gemessen an Fällen 2004 bis 2017



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen; Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen  
 © **Arbeitnehmerkammer Bremen**

**Was ist zu tun?**

Aufgrund der überdurchschnittlichen Personalbelastung gilt es insbesondere für die Bremer Krankenhäuser, für Entlastung des Personals und gute Arbeitsbedingungen – nicht nur, aber ganz besonders – in der Pflege zu sorgen. Zweifelsohne ist ein Personalaufwuchs nötig, der es erlaubt, nach bestem Wissen und Gewissen zu pflegen. Um Pflegekräfte im Beruf zu halten und hinzuzugewinnen, bedarf es besserer Arbeitsbedingungen – Arbeitsbedingungen, die in vielen anderen Branchen fast selbstverständlich sind. Zu diesen gehören beschäftigtenfreundliche Arbeitszeitmodelle, ein gutes betriebliches Gesundheitsmanagement, die Verlässlichkeit von Dienstplänen, ein Ende des häufigen Einspringens, die Möglichkeit zur Weiterbildung und zum beruflichen Aufstieg, die Partizipation von Beschäftigten in Neustrukturierungsprozessen und nicht zuletzt eine der großen Verantwortung entsprechende verbesserte und tarifvertraglich geregelte Bezahlung.

Auf politischer Ebene bedarf es ausreichender Investitionen und einer gestaltenden Krankenhausplanung. Der aktuelle Senat hat zwar die Krankenhausinvestitionen im vergangenen Jahr deutlich auf 38 Millionen Euro verdoppelt. Die Krankenhäuser hatten jedoch einen Investitionsbedarf von mehr als 400 Millionen Euro angemeldet. Wenn man die übliche Re-Investitionsquote im Dienstleistungsbereich von acht Prozent des Umsatzes zugrunde legte, dann müsste allein die Gesundheit Nord, gemessen am Umsatz des Jahres 2018, mehr als 50 Millionen Euro an Investitionsfinanzierung erhalten. Der Investitionsstau wäre damit jedoch noch nicht behoben.<sup>13</sup> Eine Querfinanzierung der Investitionskosten aus Pflegepersonalkosten ist nicht mehr

<sup>13</sup> Selbst wenn das Land Bremen auf eine – in der Regel niedrigere – leistungsbezogene Pauschalfinanzierung der Investitionen wie beispielsweise im Land Berlin umstellen würde, läge diese mit etwa 71 Millionen Euro (Bundesinvestitionsbasisfallwert von 2019, Fallzahlen für Bremen von 2017) deutlich über der aktuellen Förderung.

möglich und ein weiterer Personalabbau in anderen Bereichen würde die Attraktivität der Kliniken als Arbeitgeber weiter reduzieren. Der aktuelle Bremer Landeskrankenhausplan wird 2021 auslaufen. Die Vorbereitungen in der Gesundheitsbehörde zur Aufstellung des neuen Plans haben bereits begonnen. Die Gesundheitssenatorin will die Krankenhausplanung auch unter dem Aspekt der sich massiv verändernden Bedingungen aktiv nutzen, um eine Verbesserung der Versorgungs- als auch der Beschäftigungssituation in den Krankenhäusern zu realisieren. Aus Sicht der Arbeitnehmerkammer muss die Krankenhausplanung auf Grundlage eines wissenschaftlich ermittelten Bedarfs Versorgungsaufträge so vergeben, dass das knappe Personal dort eingesetzt wird, wo es am nötigsten gebraucht wird und nicht dort, wo die größten Erlöse erzielt werden. Der Senat muss weitere ihm zur Verfügung stehende Möglichkeiten nutzen, um eine gute Versorgung zu gewährleisten.

Perspektivisch wird aber nur eine Änderung der Rahmenbedingungen, das heißt, eine grundsätzliche Abkehr von der Krankenhausfinanzierung nach Fallpauschalen und eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip, gute Arbeitsbedingungen und eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten können. Der Veränderungsdruck ist gewaltig. Gute Arbeitsbedingungen und eine ausreichende Personalausstattung sind der Schlüssel zu einer guten Versorgung in den Bremer Krankenhäusern. Der demografische Wandel ist nicht aufzuhalten, aber die hausgemachten Probleme in der Pflege sollten nun umgehend und entschlossen mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln beseitigt werden.

## Literatur

---

**Augurzky, Boris et al. (2012):** Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen, Endbericht – Mai 2012. Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, RWI Projektbericht.

**Augurzky, B. / Krolop, S. / Mensen, A. / Pilny, A. / Schmidt, C.M. / Wuckel, C. (2019):** Krankenhaus Rating Report 2019 – Das Ende des Wachstums?

**Deutscher Bundestag (2018):** Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) (BT-Drs. 19/4453). Anhörung im Deutschen Bundestag am 10. Oktober 2018, Berlin, 02.10.2018 [https://www.bundestag.de/resource/blob/571818/582c7e03ee3932ef4504fd893bf036a0/19\\_14\\_0036-4-\\_BAeK\\_PpSG-data.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/571818/582c7e03ee3932ef4504fd893bf036a0/19_14_0036-4-_BAeK_PpSG-data.pdf) (Zugriff: 27. Januar 2020).

**HARTMANN (2018):** #PflegeComeBack Studie: Hintergründe zu Ausstieg und Rückkehr in den Pflegeberuf, 26. November 2018 <https://www.hartmann.info/de-de/wissen-und-news/2/2/pflegecomeback> (Zugriff: 27. Januar 2020).

**PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH (2019):** Gutachten Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, September 2019 <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mags/gutachten-krankenhauslandschaft-nordrhein-westfalen/3041> (Zugriff: 27. Januar 2020).

**Schroeder, Wolfgang (2017):** Kollektives Beschäftigtenhandeln in der Altenpflege. Study der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 373, Dezember 2017.

**Simon, Michael (2018):** Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Working Paper Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 96, Oktober 2018.

**ver.di (2020):** DKG, DPR und ver.di verständigen sich auf Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument – Neue Vorgaben sollen bedarfsgerechte Pflege sichern. Pressemitteilung vom 14.01.2020 <https://www.verdi.de/presse/pressemitteilungen/++co++83affd32-36b1-11ea-a602-525400b665de> (Zugriff: 27. Januar 2020).