Alfred Lorenz

Pflegequalität und Personalbemessung im Krankenhaus

1. Das Problem: Personalbemessung im Krankenhaus

Die Beantwortung der Frage, wieviel Personal bei der Untersuchung und Behandlung der Patienten in einem Krankenhaus erforderlich ist, entscheidet über den wesentlichen Bestandteil der Kosten der Krankenhausbehandlung. Die Ermittlung des Personalbedarfs im Krankenpflegedienst ist Gegenstand von Verhandlungen zwischen Krankenhausleitungen (bzw. Krankenhausträgern) und Krankenkassen (bzw. deren Verbänden). Bei einem Anteil des Krankenpflegepersonals an der Beschäftigtenzahl eines Krankenhauses von ca. 50 % und unter Berücksichtigung der Tatsache, daß 70 % aller Krankenhauskosten Personalkosten sind, geht es bei der Feststellung über die Personalausstattung im Pflegedienst um den größten Einzelposten im Budget eines Krankenhauses. Wenn wir uns im folgenden schwerpunktmäßig mit dem Problem der Personalbesetzung von Krankenstationen mit Krankenpflegepersonal befassen, so ist die hier vorgetragene Argumentation unter Berücksichtigung entsprechend anderer Verhältnisse auch für das Personal in den Funktionsbereichen und für das ärztliche Personal anwendbar.

Bei Pflegesatzverhandlungen sind Belegungszahlen die entscheidende Bezugsgröße für die Personalbemessung. Die Anzahl von Arbeitsplätzen im Pflegedienst ist abhängig von der Anzahl der Patienten, die versorgt werden müssen. Um die Patientenzahlen bzw. den Auslastungsgrad des Krankenhauses und die Anzahl der Arbeitsplätze im Pflegedienst in eine Relation zu bringen, werden sogenannte Anhaltszahlen oder Anhaltswerte verwendet.

Die Ermittlung des Personalbedarfs im Bereich des Pflegedienstes ist ständig Gegenstand von Auseinandersetzungen zwischen der Krankenhausleitung und dem Krankenpflegepersonal bzw. der Personalvertretung und den gewerkschaftlichen Betriebsgruppen in den Krankenhäusern. Dabei argumentieren Krankenhausleitungen gegenüber der Belegschaft durchweg mit Hinweisen auf die Ergebnisse der Verhandlungen mit den Krankenkassen. Sie beziehen sich dabei auf die Anhaltszahlen und die Schwankungen der Belegungszahlen. Wenn sich auch viele Beschäftigte diesen Schuh anziehen (»wir müssen auf unsere Belegung achten«), reden doch beide Seiten von ganz verschiedenen Sachverhalten. Dabei argumentieren die Krankenhausleitungen insofern durchweg

irrational, als sie mit ihren Antworten auf Personalforderungen nicht die tatsächlichen betrieblichen Gegebenheiten zur Grundlage nehmen, sondern ursprünglich in Pflegesatzverhandlungen ermittelte Pauschalzahlen.

2. *Der tatsächliche Personaleinsatz im Krankenpflegedienst*

Die Entscheidung darüber, wieviel Personal in einem bestimmten Krankenhaus und in einem bestimmten Arbeitsbereich (hier: einer Krankenstation) eingesetzt wird, hat nur zwei Faktoren zu berücksichtigen:

1. was muß mit den Patienten und für den Betriebsablauf der Station insgesamt getan werden;
2. welche tarifvertraglichen, gesetzlichen usw. Regelungen bezüglich Arbeitszeit und Arbeitseinsatz müssen beachtet werden.

In den ersten Faktor gehen nun alle Aspekte des Niveaus der Krankenbehandlung, der Pflegebedürftigkeit der Patienten, des Ausmaßes der Überwachungsnotwendigkeit für die Patienten, der Intensität von Diagnostik usw. ein. Fragen der gesundheitspolitischen Zielsetzung des Krankenhausträgers, auch der Anspruch auf eine humanitäre Krankenversorgung wären hier zu berücksichtigen. Praktisch ist jedoch zunächst nicht notwendig, diese Fragen zu beantworten, um zu wissen, wie die Krankenhausleitung die Frage nach dem notwendigen Personaleinsatz beantwortet: Die Personaleinsatzplanung geschieht nämlich durchweg auf sehr schlüssige Weise.

Instrument der Personaleinsatzplanung ist der Dienstplan einer Station. Dienstpläne für das Krankenpflegepersonal einer Station werden zumeist für den Zeitraum eines Monats erstellt, in der Regel werden sie vor Beginn des Dienstplanzeitraumes fertiggestellt, die Stationsleitungen legen diese Pläne den Pflegedirektionen vor. Die Pflegedirektionen heißen die Dienstpläne gut. Diese Dienstpläne sind dienst- und arbeitsrechtlich relevante Dokumente, ihre Gültigkeit entsprechend (auch bei allen laufenden Änderungen) nicht umstritten. Mit der Anerkennung der Dienstplanung einer Station erkennt die Krankenhausleitung die dabei gemachte Personaleinsatzplanung an.

Es wird in der Regel eine bestimmte Anzahl von Pflegepersonen für die jeweiligen Dienste eingeteilt. Nehmen wir das Beispiel einer somatischen Station mit 35 Betten, von denen im Schnitt 30 belegt sind. Der Dienstplanrahmen sieht vor, welche Schichtzeiten es gibt. Nehmen wir an, es gibt eine Frühschicht mit der Dauer von 8 Stunden, eine Spätschicht mit der Dauer von 8 Stunden und eine Nachtschicht mit der Dauer von 10 Stunden. Mit Erstellung des Dienstplans wird nun durch-

weg entschieden, wieviel Krankenpflegepersonen in eine jeweilige Schicht eingeteilt werden. Für den Fall einer normalen medizinischen Station dürften dies 4 Personen in der Frühschicht, 3 Personen in der Spätschicht und 2 Personen in der Nachtschicht sein. Das ist die Mindestbesetzung. Diese Personalplanung könnte durch folgende Bedingungen modifiziert werden:

— Monitorüberwachung auf der allgemeinen Station führt dazu, daß in jeder Schicht eine Arbeitskraft zusätzlich eingesetzt werden muß;
— geringere diagnostische Tätigkeit am Wochenende ermöglicht eine geringere Besetzung der Früh- und Spätschicht um jeweils eine Person am Sonnabend und am Sonntag;
— bauliche Besonderheiten der Station führen dazu, daß man auch in der Spätschicht mindestens 4 Arbeitskräfte braucht;
— ein hoher Rationalisierungsgrad des Krankenhauses erleichtert die Tätigkeit in der Frühschicht derart, daß nur drei Pflegekräfte eingesetzt werden;
— der Einsatz von schlechtbezahlten oder nichtausgebildeten Hilfskräften (Zivildienstleistende, Praktikanten, Hospitanten usw.) würde an diesem Grundzug nichts ändern. Diesen Teil des Geldsparens durch Einsatz nicht- oder unzureichend bezahlter und ausgebildeter Personen im Pflegedienst lassen wir im folgenden außer acht;
— ein Übergang von Funktionspflege zur Gruppenpflege führt zu anderen Personaleinteilungen und Schichtplänen und würde den Bedarf erhöhen.

Bei all diesen Besonderheiten ist wichtig festzuhalten, daß der Personaleinsatz in den jeweiligen Schichten immer in der Größenordnung von plus oder minus einer Arbeitskraft oder mehrerer Arbeitskräfte erfolgt. Reichen drei Personen in der Frühschicht nicht aus, dann werden dienstplanmäßig 4 Personen eingesetzt. Die einzige Möglichkeit, aus diesem Einsatz immer mit einer *ganzen* Arbeitskraft mehr oder weniger herauszukommen, besteht für die Krankenhausleitungen häufig darin, andere als reguläre Schichtarbeitszeiten anzusetzen. Dies ist häufig die Praxis der sogenannten kapazitätsorientierten flexiblen Arbeitszeit (KAPOFAZ). Auch diesen Aspekt lassen wir hier zunächst einmal außer acht. Berechnen wir nun entsprechend der obengenannten Vorgabe das notwendige Personal der genannten Station.

Der tatsächliche Personaleinsatz auf einer internen 35-Betten-Station. Vorgaben: Frühschicht und Spätschicht dauern jeweils 8,5 Std. (durch Anrechnung einer Pause von einer halben Stunde: Netto-Arbeitszeit 8 Std.), die Nachtschicht dauert 9 Stunden (eine Pause kann nicht genommen werden). Dadurch ergeben sich die knappen, aber

durchaus üblichen Übergabezeiten von insgesamt 2 Std. täglich, bzw. täglich abzudeckende Arbeitsstunden in der Größenordnung von 26 Stunden. Es werden in der Frühschicht unter der Woche 4, in der Spätschicht 3 Krankenpflegekräfte eingesetzt, an Wochenenden sind es 3 bzw. 2, nachts immer 2 Krankenpflegekräfte.

Berechnung der pro Woche abzudeckenden Arbeitsstunden

	Tage	x	Anzahl Krankenpflegepersonen	x	Stunden	
Montag—Freitag						
Frühschicht	5	x	4	x	8	= 160 Stunden
Spätschicht	5	x	3	x	8	= 120 Stunden
Nachtschicht	5	x	2	x	9	= 90 Stunden
Samstag—Sonntag						
Frühschicht	2	x	3	x	8	= 48 Stunden
Spätschicht	2	x	2	x	8	= 32 Stunden
Nachtschicht	2	x	2	x	9	= 36 Stunden
Summe aller Arbeitsstunden pro Woche						486 Stunden

(Bei diesem Rechenbeispiel muß berücksichtigt werden, daß damit wirklich nicht mehr als eine Mindestbesetzung der Station realisiert werden kann, der Aspekt einer menschlichen Krankenversorgung mit Zuwendung dem Patienten gegenüber ist außer acht gelassen.)

Die Ermittlung des Personalbedarfs geschieht dadurch, daß die wöchentliche Arbeitszeit einer Krankenpflegekraft als Teiler genommen wird: Wir haben die 40-Std.-Woche, bei einer durchschnittlichen Ausfallszeit von 20 % der Arbeitszeit durch Urlaub, Krankheit, Bildungsurlaub, Mutterschutzfristen, Kuren usw. bleibt eine effektive durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 32 Std.:

$$\frac{\text{486 Arbeitsstunden pro Woche auf der Station}}{\text{32 effektive Wochenarbeitsstunden pro Person}} = 15{,}2$$

Die Station benötigt also mindestens 15 Krankenpflegekräfte, um einen Dienstplan nach o.g. Vorgaben realisieren zu können. Als Unsicherheitsfaktor bleibt die pauschal unter Bezugnahme auf den Durchschnitt berücksichtigte Ausfallzeit, die sich konkret natürlich ganz anders gestalten kann.

Beispielhaft sei berechnet, welcher Personalmehrbedarf sich konkret ergibt, wenn etwa durch Monitorüberwachung auf der allgemeinen Station der Tagdienst immer mit einer Krankenpflegekraft zusätzlich besetzt sein muß:

$$\frac{\text{7 Tage x 1 Person x (8 Stunden Früh + 8 Stunden Spät)}}{\text{32 Stunden effektive Wochenarbeitszeit}} = 3{,}5$$

Zusätzlich wären in diesem Fall 3 Krankenpflegekräfte mit ganzer und eine mit halber tariflicher Arbeitszeit einzusetzen.

Obwohl die Krankenhausleitungen Personal in diesem Umfang durch Gegenzeichnung der entsprechenden Dienstpläne praktisch selbst einsetzen, stellen sie den Stationen dieses Personal in der Regel nicht zur Verfügung. Als Folge davon entstehen laufend Überstunden, Dienstplanänderungen, Einsatz von Extrawachen, vermehrtes Heranziehen von Auszubildenden und Zivildienstleistenden sowie Praktikantinnen und Praktikanten, die die Lücken in den Dienstplänen ausfüllen. Entsprechend führen die Mißverhältnisse zwischen der tatsächlichen Personaleinsatzplanung gemäß dem Dokument »Dienstplan der Station« und der tatsächlichen Unterbesetzung einer Station bzw. Auffüllung des Dienstplans durch nichtausgebildetes Personal zu den bekannten, häufig katastrophalen, Krankenbehandlungssituationen auf den Stationen deutscher Krankenhäuser.

3. Personalbemessungen nach Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Krankenhäusern als Mittel der Findung der von Krankenhausträgern und Krankenkassen gemeinsam zu vereinbarenden Pflegesätze bzw. Krankenhausbudgets gibt es schon seit längerer Zeit. Die neue Bundespflegesatzverordnung (BPflV) schreibt regelmäßige Wirtschaftlichkeitsprüfungen sogar vor. Wirtschaftlichkeitsprüfungen verursachen enorme Kosten (die Überprüfung der kommunalen Kliniken Bremens kostete rund 2 Mio. DM, die Überprüfung der Krankenhausbetriebe Hamburgs wird zwischen 7 und 10 Mio. DM kosten). Auch bei den Berechnungen von Wirtschaftsprüfungsgesellschaften steht die Ermittlung des Personalbedarfs der Krankenstationen logischerweise im Mittelpunkt der Argumentationen und der Entscheidungen. Wirtschaftsprüfungsgesellschaften beziehen sich bei diesen Entscheidungen durchweg auf sogenannte Anhaltszahlen. Hierzu ein Beispiel des somatischen Bereichs in einem Bremer Krankenhaus, wie sie von der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst & Whinney GmbH dargestellt wurde.

Personalbedarfsberechnung bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Firma Ernst & Whinney GmbH in Bremen, somatischer Bereich des Zentralkrankenhauses Bremen-Ost. Berechnet wurde insgesamt der somatische Bereich (Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie) mit insgesamt 12 Stationen, zuzüglich einer interdisziplinären Intensivstation mit 20 Betten. Grundlage der Berechnung: »Aufgrund der baulichen Konzeption und der vorhandenen zentralen Einrichtungen (Patientenrufan-

lage, Transportanlagen, Bettenzentrale u.a.) haben wir zur Ermittlung des Personalbedarfs die Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) 1969 bei zentralisierter pflegerischer Versorgung von 1 Kraft: 3,27 belegte Betten angewandt.« Es werden dann sog. »Mehrbedarfe« erwogen, zugestanden, verworfen, je nach Gusto. Beispiele: »Aufgrund dieser Patientenstruktur (keine gynäkologisch-geburtshilfliche Klinik mit weniger, dafür die große Neurologie mit mehr Pflegeaufwand, d.Verf.) kommen wir zu dem Ergebnis, daß der o.g. Personalbedarf von insgesamt 3,9 Vollkräften für die Bedienung der Transportanlagen und für Krankentransporte als *Mehr*bedarf berücksichtigt werden kann.«

»Ferner haben wir berücksichtigt, daß in der Medizinischen Klinik zusätzlich zur interdisziplinären Intensivstation Intensivüberwachungsbetten eingerichtet waren« ... »Nach den uns vorgelegten Unterlagen kann für vier durchschnittlich belegte Betten der Medizinischen Klinik die durchschnittliche Anhaltszahl für Intensivüberwachung zugrunde gelegt werden.« Bei dem angegebenen Schlüssel von 1:1 führt das zur Anerkennung eines Mehrbedarf von 4 Vollkräften für die 4 Stationen der Medizinischen Klinik.

Besonders beeindruckend ist diese Argumentation: Das Krankenhaus macht einen Mehrbedarf aufgrund der Einführung des Schichtsdienstes geltend. Die Wirtschaftsprüfer souverän: »Es besteht jedoch die Möglichkeit, durch Veränderungen in der Besetzung einzelner Schichten und Gestaltung der Schichtdauer auftretende Leerzeiten zu minimieren. Hier ist auf die mögliche Beschäftigung von Teilzeitkräften oder den stationsübergreifenden Einsatz eines Teils der Mitarbeiter hinzuweisen. Einen Mehrbedarf, der sich lediglich aufgrund des Schichtdienstes, d.h. einer Berücksichtigung von vermeidbaren Leerlaufzeiten im Personalbedarf ergibt, halten wir für wirtschaftlich nicht vertretbar.«

Der Nachtwachenbedarf wird mit 1 Nachwache auf jeder der 12 Stationen für 8 Stunden anerkannt, was zu 20,6 Vollkräften führt. Die Gesamtrechnung:

	belegte Betten	Anhaltszahl	Vollkräfte
Allgemeine Krankenpflege	361,2	1:3,27	110,5
Mehrbedarf für Querschnittgelähmte			3,4
Mehrbedarf für Transportanlagen			3,9
Übergabezeiten			2,6
Intensivüberwachung Med. Klinik	4,0	1:1,0	4,0
Intensivüberwachung Intensivstation (70 %)	10,4	1:1,0	10,4
Intensivtherapie Intensivstation (30 %)	4,9	1:0,43	11,4
Nachtwachen			20,6
			166,8

Die Berücksichtigung von Ausfallzeiten führt dann zur Anerkennung eines Personalbedarfs von insgesamt 183,1 Vollkräften. Vernachlässigen wir die 0,1 Vollkraft (wie sieht eine 10 %-Krankenschwester aus?) und berücksichtigen, daß tatsächlich immer rund 40 Krankenpflegepersonen auf der interdisziplinären Intensivstation gebraucht werden, dann bleiben für die 12 Stationen insgesamt nur 143 Krankenpflegekräfte — 12 pro Station. Tatsächlich haben die Stationen der medizinischen Klinik des Krankenhauses bei 35 Betten zwischen 11,5 und 12,5 Krankenpflegepersonen als Stammpersonal.

4. Personalbemessung nach den neuen Anhaltswerten der Deutschen Krankenhausgesellschaft:

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft legte Ende 1985 ein neues System sogenannter Anhaltswerte vor, nach denen das Personal im Krankenpflegebereich berechnet werden soll. Die Grundlage dieser Anhaltswerte ist die fiktive Festlegung eines Zeitquantums, das jedem Patienten pro Tag durch das Pflegepersonal zugute kommen soll. Es wird davon ausgegangen, daß täglich 108 Pflegeminuten notwendig seien. Auch die DKG nimmt nun Anpassungen an bestimmte Bedingungen vor und will diese Zeit von 108 Pflegeminuten dann erhöhen, wenn das Krankenhaus weniger durchrationalisiert ist. Insbesondere soll die Zahl der zugebilligten Pflegeminuten dann erhöht werden, wenn das Krankenhaus eine kürzere Verweildauer nachweisen kann. Berechnen wir nun anhand der DKG-Anhaltszahlen von Ende 1985 unser obiges Beispiel noch einmal:

Personalberechnung nach den Anhaltswerten der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom Dezember 1985. Ausgangswerte: Pro Patient und Tag werden vom Pflegepersonal die erwähnten 108 Minuten aufgewandt. Die Belegung der Station ist zu berücksichtigen; in unserem Beispiel einer 35-Betten-Station wären bei der üblicherweise zugrunde gelegten 85 %igen Belegung 30 belegte Betten anzusetzen. Ein »Wochentagefaktor« soll berücksichtigen, daß am Wochenende weniger Pflegepersonal gebraucht wird als in der Woche: anstatt 7 Tage hat die Woche dann nur 6,3 Tage. Da die Rechnung hier in Minuten erfolgt, müssen wir die effektive wöchentliche Arbeitszeit von 32 Std. hier auch in Minuten zählen: 1.920 Minuten. Und dies ist die Formel:

$$\frac{\text{108 Minuten pro Patient x 30 belegte Betten x 6,3 Tage}}{\text{1.920 Minuten effektive Wochenarbeitszeit}} = 10{,}6$$

Die Nachwachen sollen nach der auch den realen Einsätzen entsprechenden Mindestbesetzungs-Berechnung zugeteilt werden, wobei wir

im Beispiel annehmen, daß es bei der Zahl 2 Krankenpflegekräfte pro Nacht bleibt:

$$\frac{\text{2 Nachtwachen x 9 Stunden Nachtwache x 7 Tage}}{\text{32 Stunden effektive Wochenarbeitszeit}} = 3{,}9$$

Danach würden der Station 14,5 Pflegekräfte mindestens zugeteilt, eine weniger als tatsächlich laut Dienstplan eingesetzt werden, aber immerhin 2,5 mehr als den Wirtschaftsprüfern recht ist.

Im Gegensatz zur tatsächlichen Personaleinsatzplanung mit dem Mittel eines Dienstplans ist die Personalbemessung nach Anhaltswerten erheblich abhängig von der Belegung einer Station. Für das Gesamt der Arbeitsabläufe einer Schicht ist es bekanntlich nicht sonderlich erheblich, ob durch das vorhandene Pflegepersonal 30 oder 33 Patienten versorgt werden müssen. Eine solche Differenz aber ist bei der Personalbemessung nach Anhaltswerten von erheblicher Bedeutung. Da Anhaltswerte sich auf Durchschnittsbelegungen, berechnet auf ein ganzes Jahr, beziehen, sind sie nicht in der Lage, Spitzenauslastungszeiten korrekt zu beurteilen. Ergibt sich die durchschnittliche Belegung einer Station, wie in unserem Beispiel mit 30 Betten, daraus, daß die Station zur Hälfte der Tage eines Jahres mit 35 und zur anderen Hälfte der Tage des Jahres mit 25 Patienten belegt wäre, so ist es zwar richtig, daß an den Tagen, an welchen nur 25 Patienten zu versorgen sind, mit weniger Personal gearbeitet werden könnte. Die Personaleinsatzplanung muß sich aber danach richten, daß die Station immer in vollem Umfange einsatzbereit ist. Um die Willkürlichkeit der Berechnungen mit Anhaltszahlen zu belegen, erfolgt hier noch einmal die Personalbedarfsberechnung für jeweils unterschiedliche Belegungssituationen.

Der Einfluß der Belegungszahlen. Bei 25 belegten Betten sieht die Rechnung so aus:

$$\frac{\text{108 Minuten x 25 belegte Betten x 6,3 Tage}}{\text{1.920 Minuten effektive Arbeitszeit}} = 8{,}9 + 3{,}9 \text{ Nachtwachen} = 12{,}8$$

Bei 35 belegten Betten, was ja nicht selten vorkommt, wäre der Personalbedarf nach dieser Rechnung ganz anders:

$$\frac{\text{108 Minuten x 35 belegte Betten x 6,3 Tage}}{\text{1.920 Minuten effektive Arbeitszeit}} = 12{,}4 + 3{,}9 \text{ Nachtwachen} = 16{,}3$$

Zwischen knapp 13 und gut 16 Krankenpflegekräften schwankt die Berechnung. Krankenhausleitungen neigen unter den Bedingungen der neuen Bundespflegesatzverordnung dazu, Personalanpassungen bei Minderbelegung (also: Personalabzug) möglichst im laufenden Budgetzeitraum durchzuführen. Daß bei Überbelegung einer Station mehr Stammpersonal eingesetzt wird, ist kaum zu verzeichnen.

5. Anhaltszahlen und Anhaltswerte sind zur Personalbemessung grundsätzlich nicht geeignet

Die Gewerkschaft ÖTV hat auf dem 10. Gewerkschaftstag 1984 ihre Ablehnung der Anhaltszahlen der DKG oder sonstiger Richtgrößen bekräftigt. »Diese Richtgrößen wirken sich in der Praxis nicht als Instrument zur Erfassung des tatsächlichen Personalbedarfs aus, sondern wirken, gerade nach der erfolgten Umstellung der Krankenhäuser auf die kaufmännische Buchführung, ausschließlich als Mittel der Personalreduzierung.« Die Gewerkschaft ÖTV schlägt dann vor, den Personalbedarf im Krankenhaus aufgrund betrieblicher Gegebenheiten vorzunehmen: Grad der Pflegebedürftigkeit der Patienten, Pflegestandard des Krankenhauses, Qualifikation der Beschäftigten, tarif- und arbeitsrechtliche Vorgaben usw. Anhaltszahlen und Anhaltswerte als Grundlage der Personalbemessung sind dagegen willkürliche Setzungen. Die Willkürlichkeit läßt sich anhand einiger Argumente aufzeigen.

Alle bisherigen Versuche einer ergonomischen und arbeitswissenschaftlichen Berechnung der Arbeitsabläufe in der Tätigkeit des Krankenpflegepersonals sind gescheitert. Kenner der Materie erinnern sich noch an die durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung geförderten Untersuchungen »Personalbedarfsermittlungsverfahren« und »Personalbedarfsberechnungsverfahren« (PBEV und PBBV). Multimomentaufnahmen, Selbstaufschreibungen, Aufschreibungen von Arbeitsabläufen mit der Stoppuhr usw. haben nie dazu geführt, daß eine begründbare Aussage darüber ermöglicht wurde, wieviel Zeit das Pflegepersonal auf welche Tätigkeit verwenden muß. Das einfache Beispiel: Hat die Pflegekraft Zeit, kann sie beim Bettenmachen mit dem Patienten sprechen, hat sie keine Zeit, wird sie auch keine Zeit für ein Gespräch haben. Das Dilemma ist von allen Wirtschaftsprüfungsgesellschaften lange erkannt: Das Produktionsergebnis des Krankenhauses läßt sich nicht in Zahlen ausdrücken. Daher sind auch alle Berechnungen nicht auf ein ökonomisch zu erwirtschaftendes Produktionsergebnis zu beziehen. Wir wissen, daß der Patient mit seiner Entlassung aus dem Krankenhaus oft nicht gesund ist. Wir wissen, daß er häufig vorzeitig entlassen wird, und wir kennen auch das Argument, daß Patienten willkürlich länger im Krankenhaus behalten werden.

Anhaltszahlen werden häufig durch Anhaltszahlen begründet. So teilt die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft in ihrem Prüfungsbericht mit, sie habe sich bei der Berechnung des Personals für diese oder jene medizinische Sondereinheit auf Anhaltszahlen gestützt, die in Baden-Württemberg Verwendung fänden. Oder es wird auf die Literatur verwiesen,

in der Anhaltszahlen angegeben werden. Interessanterweise ist es sogar so, daß führende Mitarbeiter von Wirtschaftlichkeitsprüfungsunternehmen (z.B. Herr Kracht von der Firma Ernst & Whinney GmbH), in Krankenhauspublikationen über Anhaltszahlen wissenschaftliche Beiträge veröffentlichen, die dann selbst als Begründung für eigene Anhaltszahlensetzungen herangezogen werden können. Man darf nicht vergessen: Hinter jeder Anhaltszahl steckt letztlich eine willkürliche Setzung wie die 108 Pflegeminuten pro Patient und Tag. Alle konkreten Anhaltswerte, mit denen angegeben wird, auf wieviel belegte Betten je eine Pflegekraft zu kommen habe, gehen von dieser Grundannahme aus, modifizieren sie nach betrieblichen und medizinischen Gegebenheiten. Durch das Anführen von Zu- und Abschlägen nach Verweildauer und anderen Spezifitäten einer Disziplin des Krankenhauses entstehen monströse Formelgebilde mit komplizierten mathematischen Berechnungsmodalitäten. Man darf sich jedoch davon nicht täuschen lassen, denn die Logik dieser gesamten Berechnungen basiert auf einer Setzung, wie etwa die obengenannten 108 Pflegeminuten.

Wird das Pflegepersonal einer Station nach den tatsächlich notwendigen Dienstplänen berechnet, so kommt man zunächst zum Prinzip der sogenannten Mindestbesetzung. Die Mindestbesetzung geht davon aus, daß Anhaltszahlen, etwa bei sehr kleinen Stationen, nicht mehr dazu führen, soviel Personal zu errechnen, daß arbeits- und tarifrechtlich korrekte Dienstpläne zustandekommen (Arbeitszeit, Pausen, Überstundenregelungen usw.). Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft schlägt in ihren neuen Richtlinien vor, für besondere Bereiche diese Mindestbedarfsberechnung vorzunehmen: Nachtwachenberechnung, OP-Dienste und Anästhesiedienste sowie die Berechnung des Personals auf Intensivstationen soll nach Vorschlag der DKG nach Mindestbedarfsberechnung vorgenommen werden. Dies kann man als einen Schritt in die richtige Richtung bezeichnen. Es werden hier doch die tatsächlichen Verhältnisse in dem Personaleinsatz berücksichtigt.

6. Das Paradoxon von Anhaltszahlen

Paradoxerweise führen Anhaltswerte und Anhaltszahlen sogar dazu, daß sinnlose Personalvermehrungen möglich sind: Um Personal zu erhalten (d.h. die Notwendigkeit der Einrichtung von Arbeitsplätzen im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen nachzuweisen), müssen möglichst viele Berechnungstage (eine hohe Belegung) und möglichst viele Leistungen im medizinischen Funktionsdienst nachgewiesen werden. Das Halten von Patienten — also eine Vermehrung von Berechnungs-

tagen — und die Erhaltung einer hohen Belegung einer Station, würde dazu führen, daß rechnerisch mehr Personal notwendig ist. Von einer solchen Logik waren jahrelang und sind noch heute Pflegedienstleitungen und ärztliche Leitungen von Krankenhäusern beherrscht. In der Regel wurde diese Logik gegen das Personal gewendet, indem Personalabzug mit Belegungsrückgängen begründet wurde.

Hier scheinen sich durch die neue Bundespflegesatzverordnung Veränderungen anzubahnen: die Bundespflegesatzverordnung von 1985 geht zwar davon aus, daß das Prinzip der Selbstkostenerstattung im Grundsatz erhalten bleibt. Wurde jedoch früher über den Pflegesatz pauschal abgegolten, was das Krankenhaus in der Vergangenheit berechtigterweise (wirtschaftlich und leistungsfähig) ausgegeben hatte, so wird nach der neuen Bundespflegesatzverordnung mit der Budgetierung der Belegungsgrad vorausgeschätzt. Eigentlich wäre das Personal nach der neuen Bundespflegesatzverordnung und nach der Logik der Anhaltszahlen auf folgende Weise zu ermitteln: Es wird eine Prognose der Belegung des Krankenhauses erstellt. Aufgrund der Prognose der Belegung wird das Personal berechnet. Das durchschnittliche Einkommen des Personals wird in DM umgerechnet; die Summe aller Gehälter ist dann der Personalkostenanteil des Budgets des Krankenhauses. Es zeigt sich, daß bei den Pflegesatzverhandlungen offensichtlich von einem festen Personalbestand ausgegangen wird. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorgenommen worden sind. Bei neuen Pflegesatzverhandlungen wird zumeist nur noch der Personalbestand fortgeschrieben. Der Personalkostenanteil im Budget unterliegt dann nur den Veränderungen durch Einkommenssteigerung. Eine Änderung in der Zahl der Beschäftigten, die mit dem personalbezogenen Teil des Budgets ausgedrückt wird, ist Gegenstand der Verhandlung über die Einrichtung völlig neuer Stellen oder kommt durch Veränderungen in der Arbeitszeit des Personals zustande. Bei diesen Kalkulationen hat dann der Belegungsgrad des Krankenhauses, d.h. die vorauskalkulierten Berechnungstage, nur noch Bedeutung für die Höhe der Abschlagszahlung Pflegesatz. Die gegenseitige Deckungsfähigkeit von Personal- und Sachmittelhaushalt führt derzeit oft genug zu Abstrichen beim Personal, wenn die Direktion Mehrausgaben im Sachmittelbereich ohne Budgetüberschreitung (Verluste) kompensieren will. Personalbedarfsberechnungen spielen dann (vorübergehend) keine Rolle.

7. Ausblick

Alle Kosten im Krankenhaus entstehen ja durch die tatsächlich ablaufenden medizinischen Dienstleistungen. Hintergrund für entstehende Kosten — soweit sie patientenbezogen dokumentiert werden — (und diese Art der Dokumentation ist die Grundlage der gesamten Krankenhausbetriebsführung) entstehen also durch medizinisch begründete Entscheidungen der Krankenhausärzte. Diese kostenverursachenden Entscheidungen werden bestenfalls durch übergeordnete leitende Ärzte kontrolliert. Diese entscheiden in der Regel nicht unbedingt nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Krankenhausbetriebsleitungen (Verwaltungsdirektoren) greifen nur dann ein, wenn sich bestimmte Budgetanteile für sie unkontrollierbar entwickeln. Sie haben aber nach der Bundespflegesatzverordnung dann immer noch die Möglichkeit, Mehrkosten, die im Bereich medizinischer Sachleistungen entstehen, durch Einsparungen im Personalbereich auszugleichen (s.o.). Insgesamt ist es der jeweiligen Krankenhausleitung wirtschaftlich auch egal, welche Kosten durch medizinische Entscheidungen verursacht werden, weil gerade hier ungefragt erstattet wird. Die Krankenkassen sind in der Regel nicht in der Lage, ärztliche Entscheidungen zu überprüfen — wollen sie sich nicht in die Gefahr begeben, als administrative Einschränker einer durch die Ärzte als notwendig erachteten Behandlung zu gelten.

Der Personaleinsatz auf den Krankenstationen ist ein ständiger Konfliktpunkt zwischen den Krankenhausleitungen und dem Personal selbst bzw. der Personalvertretung. Personalräte und gewerkschaftliche Betriebsgruppen stellen ständig die Forderung nach mehr und ausreichendem Personal auf den Stationen. Krankenhausleitungen argumentieren dagegen durchweg mit zur Verfügung stehendem Personal aufgrund von Pflegesatzverhandlungen, rechnerisch berufen sie sich in der Regel auf Belegungsgrade. Das Personal und seine Personalvertretung argumentieren jedoch zu Recht mit dem realen Betriebsablauf. Der reale Betriebsablauf entscheidet, anders als die Berechnungen aufgrund von Anhaltszahlen in Relation zu Belegungszahlen, über die Qualität der Krankenversorgung. In der gesamten gesundheitspolitischen Landschaft ist derzeit niemand auszumachen, der ein Interesse hätte, hier sinnvolle Setzungen vorzunehmen.

Nachdem in der Konzertierten Aktion bis Ende 1986 Krankenhausgesellschaft und Verbände der Krankenkassen nicht zu einer gemeinsamen Richtlinie für die Personalbedarfsberechnung in Krankenhäusern gekommen sind, ist es nach der Bundespflegesatzverordnung nun Auf-

gabe des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, eine Vorgabe zu machen.

Wie aus dem ganzen Beitrag hervorgeht, kann diese Vorgabe letztendlich nichts anderes darstellen, als ein Anhaltszahlensystem. Geschieht dies jedoch, so kann davon ausgegangen werden, daß der Personalbedarf in Krankenhäusern im Bereich des Krankenpflegedienstes künftig überhaupt nicht mehr nach den tatsächlichen Arbeitsabläufen, d.h. also nach den Notwendigkeiten der Behandlung der Patienten geschieht.

Zusammenfassend kann man feststellen, daß gesundheitspolitische Entscheidungen durch die »Mathematisierung« ersetzt worden sind. Sachzwänge, auch wenn sie nur auf einem minimalen Quentchen von inhaltlicher Setzung basieren, werden zum Vorwand, eine nach vorne blickende Gesundheitspolitik aufzugeben.

In dieser Situation ist es zunächst Aufgabe von Personalvertretungen und gewerkschaftlichen Betriebsgruppen, eine größtmögliche Transparenz in das Unternehmen Pflegesatzverhandlungen und dabei insbesondere in den Aspekt »Budget Krankenhauspersonal« zu bringen. Diese größtmögliche Transparenz muß für die Beschäftigten des Krankenhauses gelten, sie muß für die Patienten, d.h. für die interessierte Öffentlichkeit und auch für die Krankenkassen und insbesondere die gewerkschaftlichen Selbstverwalter in den Krankenkassen möglich gemacht werden.