

**Stellungnahme  
zum  
Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen  
der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009  
(Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)  
BR-Drucksache 696/08**

vorgelegt zur öffentlichen Anhörung des  
Bundestagsausschusses für Gesundheit  
am 24.11.2008

**Prof. Dr. Michael Simon**  
Fachhochschule Hannover  
Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales  
Abt. Pflege und Gesundheit

## **Vorbemerkungen**

Die nachfolgende Stellungnahme beschränkt sich auf eine Reihe zentraler Elemente des vorliegenden Gesetzentwurfes. Soweit es zur besseren Nachvollziehbarkeit einzelner Punkte sinnvoll erschien, wurden auch weitergehende Erläuterungen zu Problembereichen in die Stellungnahme aufgenommen.

### **1. Weiterentwicklung des DRG-Systems**

Die nachfolgenden Ausführungen zur Weiterführung des DRG-Systems gehen nicht auf Detailregelungen ein, die der technischen Weiterentwicklung des DRG-Systems dienen sollen. Es werden vielmehr grundsätzliche Fragen angesprochen, da die vorliegende Stellungnahme zu diesem Teil des Gesetzentwurfes auf einer kritischen Haltung zum DRG-Fallpauschalensystem basiert. Angesichts der bisherigen Entwicklungen und grundlegenden Probleme eines Fallpauschalensystems wäre es nach Auffassung des Autors Zeit für ein Überdenken des eingeschlagenen Weges.

#### **1.1. Fortsetzung ohne umfassende Bestandsaufnahme**

Im Zentrum des vorliegenden Gesetzentwurfes steht die Entscheidung, das deutsche DRG-System nach einer insgesamt fünfjährigen Einführungsphase weiterzuführen.<sup>1</sup> Begründet wird dies im Wesentlichen mit den bisherigen, als positiv bewerteten Entwicklungen in der Einführungsphase sowie insbesondere mit den Ergebnissen einer Umfrage des BMG unter den maßgeblichen Verbänden des Krankenhausbereichs, die im Frühjahr 2007 durchgeführt wurde. Diese Umfrage kann jedoch eine gründliche, interessenunabhängige und umfassende Bestandsaufnahme der Auswirkungen des DRG-Systems nicht ersetzen. Das Ministerium selbst stellt in seiner Auswertung der Umfrage fest, dass die Antworten „keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben können“ und „eher als Stimmungsbilder einzelner Institutionen und Personen einzustufen“ sind (BMG 2007: 1).

Die Bundesregierung fasst die Ergebnisse dieser Umfrage dahingehend zusammen, dass eine große grundsätzliche Akzeptanz des neuen DRG-Systems sichtbar“ (BR-Drs. 969/08: 33) geworden sei. Die vom BMG veröffentlichte Zusammenfassung der Antworten enthält allerdings zahlreiche Hinweise auf Problembereiche und problematische Auswirkungen des DRG-Systems (BMG 2007). Die Antworten fielen offenbar

---

<sup>1</sup> budgetneutraler Einstieg in den Jahren 2003 und 2004, Konvergenzphase 2005-2008

keineswegs so durchgängig positiv aus, wie es auf Grund der Begründung des vorliegenden Gesetzentwurfes den Eindruck haben kann.

Bedauerlicherweise liegen jedoch bislang keine Ergebnisse einer umfassenden unabhängigen wissenschaftlichen Begleitforschung vor, wie sie vom Gesetzgeber im Rahmen der Beschlussfassung über das Fallpauschalengesetz 2002 gefordert wurde. Mit dem Fallpauschalengesetz 2002 wurde in das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) der § 17b Abs. 8 eingefügt, durch den die Vertragsparteien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene aufgefordert wurden, Aufträge für eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des DRG-Systems auszuschreiben, die insbesondere die Auswirkungen des DRG-Systems auf die Versorgungsstrukturen und die Qualität der Patientenversorgung untersucht. Erste Ergebnisse sollten im Jahr 2005 veröffentlicht werden. Dieser sehr eindeutige Gesetzesauftrag wurde nicht erfüllt.

In ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage mehrerer Abgeordneter zu den Auswirkungen des DRG-Systems auf die Versorgungsqualität äußerte sich die Bundesregierung am 1.08.2007 kritisch dazu, dass die Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung den Gesetzesauftrag zur Vergabe von Forschungsaufträgen für eine Begleitforschung bis dahin noch nicht erfüllt hatten, und konstatiert, dass auf Grund dessen leider keine gesicherten Erkenntnisse zu den Auswirkungen des DRG-Systems vorliegen (BT-Drs. 16/6184).

Zwar hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) auf seiner Internetseite unter der Überschrift „Begleitforschung gem. § 17b Abs. 8 KHG“ Datenauswertungen auf Grundlage der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) für die Jahre 2005 und 2006 veröffentlicht, dies kann aber die Durchführung einer unabhängigen wissenschaftlichen Begleitforschung nicht ersetzen, sondern nur ergänzen, da der Kern des Gesetzesauftrages nach einer multidisziplinären Versorgungsforschung verlangt, die im Sinne einer Methoden-Triangulation mehrere forschungsmethodische Ansätze parallel anwendet und sich nicht auf eine rein ökonomisch ausgerichtete Sekundäranalyse von Kosten- und Leistungsdaten der Krankenhäuser beschränkt. Im Mai 2008 ist mittlerweile eine öffentliche Ausschreibung durch das InEK erfolgt, die ersten Ergebnisse einer Analyse der Jahre 2004-2006 (1. Untersuchungszyklus) dürften frühestens Ende 2009 zu erwarten sein.

Vor diesem Hintergrund eines insgesamt sehr unbefriedigenden fundierten Wissens über die Auswirkungen des DRG-Systems erscheint es problematisch, das DRG-System ohne gründliche Prüfung der bisherigen Auswirkungen lediglich mit einigen ‚technischen‘ Anpassungen weiterzuführen. Dies umso mehr, als es sehr wohl Forschungsprojekte zu den Auswirkungen des DRG-Systems gab und gibt, die Hinweise auf problematische Entwicklungen erbracht haben (vgl. u.a. Braun/Kühn/Rosenbrock 2006; Buhr/Klinke 2006a, 2006b; Klinke/Kühn 2006; Manzeschke/Pelz 2007; Vogd 2006). Darüber hinaus ist auch auf zahlreiche Medienberichte hinzuweisen, die ins-

besondere über die gestiegene Arbeitsbelastung im Pflegedienst und deren Auswirkungen berichteten.

Auf eine dieser Auswirkungen, einen forcierten Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser, wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf auch bereits reagiert. Von den zwischen Anfang 1996 und Ende 2006 insgesamt abgebauten ca. 51.250 Vollzeitstellen in Krankenhäusern wurden allein ca. 24.950 in den Jahren 2002, 2003 und 2004 und somit unmittelbar vor und bei Einführung des DRG-Systems abgebaut (Simon 2008a, 2008b). Die Aussicht auf die Einführung von landesweit einheitlichen Preisen veranlasste offensichtlich zahlreiche Kliniken mit überdurchschnittlichem Basisfallwert bereits vor Scharfschaltung des DRG-Systems im Jahr 2005 zur Streichung von Stellen insbesondere im Pflegedienst.

## **1.2. Bundeskonvergenz**

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht die schrittweise Angleichung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte an einen bundesweit einheitlichen Basisfallwert vor. Zunächst soll diese Angleichung in der Zeit von 2010 bis Ende 2014 an einen Korridor von +2,5 % und -1,5 % um den bundeseinheitlichen Basisfallwert erfolgen. Vor dem Hintergrund der krankenhauspolitischen Diskussionen der letzten Jahre ist davon auszugehen, dass dies nur eine erste Phase auf dem Weg zu einem bundesweit einheitlichen Basisfallwert sein soll. Die Entscheidung für einen bundesweit einheitlichen Basisfallwertkorridor impliziert somit die Vorentscheidung für einen ‚punktgenauen‘ bundesweit einheitlichen Basisfallwert. Ohne ein solches langfristiges Ziel ergibt die Einführung eines Konvergenzkorridors keinen Sinn. Der Korridor ist offensichtlich lediglich eine Kompromissformel vor dem Hintergrund der Notwendigkeit einer Einigung mit der Bundesratsmehrheit.

Die Diskussion sollte darum auch nicht primär über den Sinn oder Unsinn eines Basisfallwertkorridors geführt werden, sondern über die Frage, ob ein bundesweit einheitlicher Basisfallwert anzustreben ist.

Zunächst einmal ist dabei auf eine m. E. nur schwer vermittelbare Absurdität hinzuweisen. Aufgrund der Landeskonvergenz in den Jahren 2005-2008 wurde das Budget eines erheblichen Teils der Krankenhäuser in Bundesländern mit einem relativ zum Bundesgebiet unterdurchschnittlichen Landesbasisfallwert abgesenkt, die nun ab 2010 wieder mit Erhöhungen rechnen können. Sie wurden durch die Landeskonvergenz zunächst zu ‚Verliererkrankenhäusern‘ und mussten teilweise massiv Kosten reduzieren und das hieß unter anderem auch in erheblichem Umfang Personal abbauen. Auf Grund der Einführung eines Bundesbasisfallwertes würden sie nun zukünftig zu ‚Gewinnern‘ der Bundeskonvergenz und ihre Budgets würden schrittweise wieder erhöht. Dies wirft die Frage auf, warum ihre Budgets zuvor überhaupt abgesenkt wurden.

Für die gegenwärtigen ‚Gewinner-Länder‘ (aus Sicht der Krankenhäuser) stellt sich die Problematik spiegelbildlich entgegengesetzt dar. Dort erhielt ein wesentlicher Teil der Krankenhäuser durch die Landeskonvergenz jährliche Budgeterhöhungen ohne jegliche Mehrleistungen, allein durch die gesetzlich vorgeschriebene Anpassung an den Landesbasisfallwert. Diese Erhöhungen müssen nun zukünftig wieder gestrichen und ihre Budgets schrittweise auf einen Bundesdurchschnitt gekürzt werden. Hier stellt sich die Frage, warum ihnen überhaupt höhere Vergütungen gezahlt und ihre Budgets erhöht wurden, wenn ihnen dies nach ein paar Jahren wieder genommen wird und sie langfristig zu Verlierern werden. Ein solches Vorgehen dürfte sachlich-logisch nicht zu begründen und zu rechtfertigen sein.

Die Angleichung aller Landesbasisfallwerte an einen bundesweit einheitlichen Basisfallwert würde noch einmal erhebliche Verunsicherung im Krankenhausbereich und teilweise deutliche Verschlechterungen der wirtschaftlichen Situation zahlreicher Kliniken verursachen, die unter Umständen auch landespolitisch von besonderer Bedeutung werden könnten. Während die Angleichung der krankenhausspezifischen Basisfallwerte an Landesbasisfallwerte in den Bundesländern dazu führte, dass es in jedem Bundesland und auch auf regionaler Ebene sowohl Verlierer als auch Gewinner gab, wird die Angleichung an einen Bundesdurchschnitt dazu führen, dass alle Krankenhäuser eines Bundeslandes zu Gewinnern oder Verlierern werden. Ein geschätzter bundeseinheitlicher Basisfallwert für 2008 in Höhe von ca. 2.800 Euro würde gegenwärtig dazu führen, dass in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland *alle* Krankenhäuser des betreffenden Bundeslandes zu ‚Verlierer-Krankenhäusern‘ werden und Budgetkürzungen hinnehmen müssen.

So wie auf Seiten der Krankenhäuser wird eine Bundeskonvergenz auch auf Seiten der Krankenkassen ‚Gewinner‘ und ‚Verlierer‘ produzieren. Die Verteilung folgt dem Grundsatz: Dort wo die Krankenhäuser ‚gewinnen‘, ‚verlieren‘ die Kassen, dort wo die Kassen ‚gewinnen‘, ‚verlieren‘ die Krankenhäuser. Wie in einem vor kurzem im Auftrag der AOK Schleswig-Holstein – einer bereits absehbaren ‚Verlierer‘-Kasse – erstellten Gutachten herausgearbeitet, dürften sich die Mehr- und Minderzahlungen bei den bundessweit tätigen Kassen zwischen den verschiedenen Bundesländern weitgehend ausgleichen, während landesweit tätige Kassen je nach Landesbasisfallwert in das Lager der ‚Gewinner‘ oder ‚Verlierer‘-Kassen gleiten (IfG 2008).

Im vorliegenden Gesetzentwurf wird die Bundeskonvergenz letztlich damit begründet, dass es kaum zu erklären sei, warum die Landesbasisfallwerte unterschiedlich hoch seien und die bisherigen Begründungsversuche nicht überzeugt hätten. Abgesehen davon, dass die Frage zu stellen ist, wer darüber entscheidet, ob ein Begründungsversuch ‚überzeugt‘ oder nicht, und in dieser Frage die Auffassungen insbesondere zwischen BMG und zumindest einem Teil der zuständigen Länderressorts auseinander gehen, kann ein solcher Begründungsansatz noch weniger überzeugen.

Wenn man die Ursachen der Unterschiede nicht kennt, heißt dies eben nur, dass man die Gründe nicht kennt, nicht aber, dass es keine überzeugenden Gründe gibt oder geben kann.

### **1.2.1. Weiterführung oder Abkehr vom Einheitspreissystem**

Sicherlich kann für eine Bundeskonvergenz angeführt werden, dass sie die konsequente Weiterführung des mit der Einführung landesweit einheitlicher Preise eingeschlagenen Weges ist. Will man ein umfassendes System einheitlicher Preise für Krankenhausleistungen, so ist das ab 2009 geltende System von 16 je nach Bundesland unterschiedlichen Preisniveaus inkonsequent. Es scheint jedoch an der Zeit, den eingeschlagenen Weg einer umfassenden Pauschalierung grundsätzlich zu überdenken. Betrachtet man die krankenhauspolitischen Diskussionsbeiträge der neueren Zeit, so mehren sich die Stimmen, die eine Abkehr vom Pauschalpreissystem und Rückkehr zu krankenspezifischen Vergütungshöhen fordern.

Jüngstes Beispiel ist das im Auftrag der AOK Schleswig-Holstein erstellte und am 8.10.2008 vorgelegte Gutachten des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG 2008). Kernaussage des Gutachtens ist die Feststellung, dass Krankenhausleistungen „hochgradig individualisiert“ sind und ein Bundesbasisfallwert Gegebenheiten vereinheitlichen würde, die „de facto ungleich sind“ (IfG 2008: 8).<sup>2</sup> Mit der Festsetzung von Einheitspreisen würden „ungleiche Leistungen gleich vergütet“ (ebd.: 14). Konsequenterweise erweitert das IfG seine Ablehnung denn auch auf die Einführung landesweit einheitlicher Preise (ebd.: 23) und spricht sich somit im Grunde gegen jede Form von Einheitspreisen für Krankenhausleistungen aus.

In der Tat werden im gegenwärtigen DRG-Fallpauschalensystem ungleiche Leistungen mit identischen Fallpauschalen vergütet. Der Anspruch, das deutsche DRG-System sei ein ‚leistungsgerechtes‘ Vergütungssystem, verkennt die Leistungsfähigkeit des Fallpauschalensystems in mehrfacher Hinsicht:

- Bereits ein aufmerksamer Blick in die Fallpauschalenkataloge der letzten Jahre zeigt eine Vielzahl von DRG-Fallpauschalen, mit denen sehr unterschiedliche Arten von Leistungen vergütet werden. Der zentrale Anspruch an ein Fallpauschalensystem ist die ‚Kostenhomogenität‘. Die Fallgruppen des Patientenklassifikationssystems sollen ökonomisch homogen sein, nicht medizinisch. Folglich können in einer Fallgruppe durchaus höchst unterschiedliche Diagnosen und Leistungen zusammengefasst werden, sofern sie nur einen ungefähr gleich hohen (homogenen) Kostenaufwand verursachen. Dass man bei der Konstruktion von Fallgruppen dennoch bestrebt ist, den Eindruck der medizinischen Homogenität zu vermitteln, ist letztlich dem Umstand geschuldet, dass ein Fallpauschalensystem die

---

<sup>2</sup> Bemerkenswert an diesem Gutachten ist, dass es von einem Institut erstellt wurde, das von einem langjährigen krankenhauspolitischen Berater der Bundesregierung geleitet wird, der sich in der Vergangenheit nachdrücklich für die Einführung eines umfassenden Fallpauschalensystems eingesetzt hat.

Akzeptanz der Krankenhausärzte braucht, die die Handlungslogik ihrer Disziplin darin wieder erkennen sollen.

- Vor allem aber berücksichtigt das DRG-Fallpauschalensystem in keiner Weise die Unterschiede in der Qualität der Patientenversorgung. Dass zwischen den verschiedenen Krankenhäusern und auch innerhalb der Abteilungen eines Krankenhauses Qualitätsunterschiede bestehen, dürfte wohl kaum ernsthaft bestritten werden. Nicht nur dass es die Alltagserfahrung lehrt, auch der Gesetzgeber ging und geht von Qualitätsunterschieden aus. Wie sonst wäre es zu begründen, dass in den letzten Jahren die gesetzlichen Vorschriften zur externen Qualitätssicherung und zum internen Qualitätsmanagement zunehmend ausgeweitet und verbindlicher gestaltet wurden und alle Krankenhäuser verpflichtet wurden, in regelmäßigen Abständen einen Qualitätsbericht vorzulegen. Wenn aber ein Vergütungssystem Unterschiede in der Leistungsqualität nicht auch unterschiedlich vergütet, verdient es wohl kaum das Prädikat ‚leistungsgerecht‘.

Das deutsche DRG-System verwirklicht folglich keineswegs den Grundsatz ‚gleicher Preis für gleiche Leistung‘, ein Anspruch der aber auch grundsätzlich von Einheitspreissystemen nicht einzulösen ist. Wollte man diesen Grundsatz einlösen, bräuchte man ein Vergütungssystem, das auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses die Möglichkeit eröffnet, unterschiedliche Leistungen und vor allem Leistungsqualitäten auch unterschiedlich zu vergüten.

Die im Vorfeld der anstehenden Reform geführte Debatte über die Eröffnung von Möglichkeiten des ‚selektives Kontrahierens‘ und die Forderungen nach Umstellung des DRG-Systems auf ein Höchstpreis- oder Richtpreissystem zielen im Grunde genau in diese Richtung. Im Kern ist die Forderung nach Möglichkeiten des selektiven Kontrahierens die Forderung nach einer Abkehr vom Einheitspreissystem und Rückkehr zu krankenhausindividuellen Vergütungsverhandlungen. Diese Perspektive findet sich interessanterweise auch in Statements der GKV-Verbände, wenn ausdrücklich die Möglichkeit krankenhauspezifisch vereinbarter Entgelthöhen in die Zukunftsvisionen einbezogen werden. Gleich ob für die Zukunft ein Höchstpreis-, Mindestpreis- oder Richtpreissystem gefordert wird, in jedem Fall ist darin die Abkehr vom Einheitspreissystem enthalten, zumindest implizit, in einigen Statements der GKV aber auch explizit.<sup>3</sup>

Der Hinweis auf die Diskussionen der vergangenen 1-2 Jahre erscheint insofern notwendig, als in diesen Diskussionen bei einflussreichen Akteuren der Krankenhauspolitik bereits die Abkehr von einem Einheitspreissystem erkennbar wurde. Vor dem Hintergrund der angesprochenen Probleme, den Grundsatz ‚gleiche Vergütungen für Leistungen‘ in einem Einheitspreissystem zu verwirklichen, und der neueren Diskussionen, erscheint es sehr fragwürdig, den eingeschlagenen Weg eines umfas-

---

<sup>3</sup> So sprachen sich bspw. die AOK-Vertreter für eine „Abkehr vom Einheitspreis“ aus (Leber/Malzahn/Wolff 2007: 13), der BKK-Bundesverband forderte „Staatliche Preisvorgaben werden ausgeschlossen“ (BKK 2007: 11) und die TK plädierte für „freie Preisvereinbarungen“ (TK 2007: 6).

senden einheitlichen Fallpauschalensystems weiter zu verfolgen, indem die Vereinheitlichung noch weiter getrieben wird.

Statt einer Nivellierung aller Krankenhausvergütungen auf der Ebene des Bundesdurchschnitts sollte das Vergütungssystem stärker als bislang für krankenhausesindividuelle Vergütungsverhandlungen geöffnet werden, um darüber die Besonderheiten sowohl auf Seiten der Krankenhäuser als auch der Krankenkassen berücksichtigen zu können. Damit ist – um dies klarzustellen – nicht die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip gemeint. Die Stärkung des Individualprinzips in den Vergütungsverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen ist nicht gleichzusetzen mit der Wiedereinführung eines gesetzlichen Anspruchs auf Deckung entstandener Kosten. Die Öffnung des Vergütungssystems für ein Mehr an wirklicher Leistungsgerechtigkeit, ist nicht über eine noch weiter gehende Nivellierung der Vergütungen zu erreichen, sondern nur durch eine an den tatsächlichen Leistungen und Qualitätsniveaus orientierte Preisgestaltung. Und der diesen Unterschieden angemessene Preis ist nicht auf der Landes- oder Bundesebene für alle Krankenhäuser einheitlich zu finden, sondern nur auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses.

Das geltende Krankenhausfinanzierungsrecht enthält auch bereits zahlreiche Einzelbestimmungen, die die Grundlogik eines umfassenden Fallpauschalensystems brechen und – um offensichtliche Ungerechtigkeiten zu vermeiden oder zu lindern – Abweichungen von der Pauschalierung zulassen oder den Kliniken sogar einen Anspruch auf Finanzierung entstehender Kosten einräumen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang beispielsweise der Sicherstellungszuschlag, die Refinanzierung von Kosten der Umwandlung von AiP-Stellen in Arztstellen und der Umsetzung des neuen Arbeitszeitrechts, und auch das geplante Sonderprogramm zur Förderung von 21.000 zusätzlichen Stellen im Pflegedienst der Krankenhäuser. Es sieht vor, dass auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses die tatsächlich entstehenden Kosten über individuelle Zuschläge auf die DRG-Fallpauschalen dieses Krankenhauses finanziert werden.

### **1.3. Anteilige Finanzierung der Tarifierhöhungen**

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht eine anteilige Finanzierung der Tarifierhöhungen vor und reagiert damit auf die zum Teil erheblichen wirtschaftlichen Probleme zahlreicher Krankenhäuser. Insofern ist diese Maßnahme sicherlich insbesondere auch aus Sicht der Krankenhausbeschäftigten sehr zu begrüßen. Die in der ersten Phase der Budgetdeckelung in den Jahren 1993 bis 1995 noch relativ weit gehende Refinanzierung von Tarifierhöhungen wurde ab 1996 deutlich restriktiver gefasst und dies trug in erheblichem Maße dazu bei, dass in den letzten 12 Jahren ca. 100.000 Vollzeitstellen in Krankenhäusern abgebaut wurden. Die Finanzierung eines Anteils von 50 % des Unterschieds zwischen der Veränderungsrate und der Tarifraterate kann den

ökonomischen Druck auf Krankenhäuser in Richtung auf weiteren Personalabbau allerdings nur mildern, nicht jedoch beseitigen.

Letztlich konterkariert diese Beschränkung auch das geplante Sonderprogramm zur Förderung von zusätzlichen Stellen im Pflegedienst. Kliniken, die zusätzliches Pflegepersonal im Rahmen des Sonderprogramms einstellen, müssen dadurch auch für dieses zusätzliche Personal die verbleibende Lücke zwischen Veränderungsrate und Tarifraten anteilig tragen.

### **1.3.1. Einheitliche Tarifraten und fragmentierte Tarifvertragslandschaft**

Aber auch eine hundertprozentige Finanzierung im Rahmen des geplanten Systems würde nur einem Teil der Krankenhäuser Entlastung in der angestrebten Höhe bringen. Auf Grund der seit 16 Jahren andauernden und zunehmend restriktiver gefassten Budgetdeckelung und der Verschärfung des wirtschaftlichen Drucks durch die Einführung des DRG-Systems gleicht die Tariflandschaft im Krankenhausbereich mittlerweile eher einem unübersichtlichen Flickenteppich als einem transparenten und überschaubaren Gesamtsystem. Neben die traditionellen Tarifsysteme der öffentlichen und kirchlichen Krankenhäuser sind nicht nur in wachsendem Maße gesonderte Tarifsysteme der verschiedenen privaten Krankenhausketten getreten, sondern auch verschiedene Tarifsysteme für den ärztlichen Bereich und eine unüberschaubare Vielzahl zum Teil sehr spezieller Haus- und Notlagentarifverträge, sowie in zunehmendem Umfang auch Einzelarbeitsverträge außerhalb jeder Tarifbindung.<sup>4</sup> Wird für ein solches hochgradig fragmentiertes Gesamtsystem unterschiedlicher Tarifverträge für unterschiedliche Träger und unterschiedliche Berufsgruppen eine einheitliche Tarifraten vereinbart, so führt dies mit hoher Wahrscheinlichkeit zu zahlreichen Ungleichbehandlungen und setzt hoch problematische Anreize.

Zunächst einmal dürfte es aber eine ausgesprochen schwierige Aufgabe sein, eine einheitliche Erhöhungsraten über alle Tarifvertragsarten hinweg auf dem Niveau des arithmetischen Mittelwertes aller nach Bedeutung gewichteten Tarifvertragsarten zu berechnen. Wird eine solche Tarifraten auf dem Niveau eines Mittelwertes aller Arten von Tarifverträgen vereinbart (sofern dies überhaupt möglich ist), setzt dies problematische Anreize. Kliniken, die unterdurchschnittliche Tarifierhöhungen bzw. Löhne und Gehälter zahlen, werden bei einer am Durchschnitt orientierten Tarifraten mit Extrazahlungen belohnt. Die ohnehin bereits durch das DRG-System bewirkten Kostenvorteile dieser Kliniken würden weiter verstärkt.

Da damit zu rechnen ist, dass für einen nennenswerten Teil der Kliniken Tarifverträge mit Steigerungsraten unter dem Niveau des TVöD oder AVR gelten werden, wür-

---

<sup>4</sup> Laut des kürzlich veröffentlichten DKI Krankenhaus-Barometers gilt gegenwärtig in 9,3 % der Krankenhäuser ein Notlagentarifvertrag und weitere 3,2 % planen den Abschluss eines solchen Vertrages.

de eine am arithmetischen Mittelwert ausgerichtete Tarifraten voraussichtlich unterhalb dieser Leittarifverträge des nichtärztlichen Bereichs liegen. Krankenhäuser, die nach TVöD oder AVR vergütet, würde somit noch nicht einmal die angestrebte fünfzigprozentige Finanzierung der Tarifierhöhung erhalten.

Darüber hinaus ist die dem Gesetzentwurf unterlegte Grundannahme, dass der Personalkostenanteil der Krankenhäuser im Bundesdurchschnitt bei 67 % liege, veraltet und mittlerweile zu hoch gegriffen. Im Jahr 2006 entsprachen die Gesamtpersonalkosten nur noch 62,3 % der Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser (StBA 2007).

Eine Orientierung an diesem Durchschnittswert würde aber zu den angedeuteten problematischen Ungleichbehandlungen führen, denn der Personalkostenanteil variiert in Abhängigkeit von der Trägerschaft und der Art des Krankenhauses. Während der Personalkostenanteil in öffentlichen Krankenhäusern 2006 insgesamt bei 63,1 % lag, waren es bei freigemeinnützigen Krankenhäusern 62,2 % und in privaten Kliniken lediglich 58,8 %. Private Krankenhäuser mit unter 100 Betten wiesen sogar nur einen Personalkostenanteil von 55,8 % auf.<sup>5</sup> Eine Tarifraten in Höhe eines über alle Krankenhausarten und Trägergruppen hinweg errechneten Durchschnitts würde somit öffentliche Krankenhäuser systematisch benachteiligen und privaten Kliniken ungerechtfertigte Vorteile verschaffen.

Auch im Fall der anteiligen Finanzierung von Tarifierhöhungen zeigt sich somit die bereits an früherer Stelle angesprochene Problematik von Pauschalierungen, die sich an Durchschnittswerten orientieren. Nivelliert man Vergütungen oder Vergütungsanteile auf einem Durchschnittsniveau, führt dies zu Ungerechtigkeiten und gewährleistet gerade nicht eine leistungsgerechte Vergütung.

Soll die Intention des Gesetzentwurfes erreicht werden, so dürfte dies auch im Falle der Tarifierhöhungen letztlich nur auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses im Rahmen von krankenhausesindividuellen Vereinbarungen mit den Kostenträgern möglich sein.

Schließlich ist auch die Frage zu beantworten, warum lediglich 50 % des Unterschiedsbetrages zwischen Tarifierhöhung und Veränderungsrate nach § 71 SGB V finanziert werden soll. Wenn anerkannt wird, dass zahlreiche Krankenhäuser auf Grund der restriktiven Budgetdeckelung in ernste wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten sind und notwendiges Personal abbauen mussten und eine Verbesserung dieser Situation angestrebt wird, dann legt dies eine hundertprozentige Finanzierung nahe.

---

<sup>5</sup> Auch der angenommene durchschnittliche Personalkostenanteil der psychiatrischen Einrichtungen in Höhe von 80 % (BR-Drs. 696/08: 70) entspricht nicht den neueren Entwicklungen. Psychiatrische Krankenhäuser insgesamt hatten 2006 einen Personalkostenanteil von 74,9 %.

#### **1.4. Kostenorientierter Veränderungswert**

Die Umstellung der Budgetdeckung von der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder auf einen vom Statistischen Bundesamt auf Grundlage der Kostenentwicklung ermittelten „Orientierungswert“ ist insofern zu begrüßen, als sie anders die bisherige Veränderungsrate nach § 71 SGB V eher mit der Normenhierarchie des Krankenhausrechts in Einklang zu bringen und besser geeignet ist, eine ausreichende Krankenhausversorgung zu gewährleisten. Allerdings gelten die zuvor dargelegten Einwände gegen Pauschalierungen auf dem Niveau von Durchschnittswerten ebenso für einen vom Statistischen Bundesamt auf Grundlage der durchschnittlichen Kostenentwicklung ermittelten „Orientierungswert“. Wenn er auf Grundlage der durchschnittlichen Kostenentwicklung aller Krankenhäuser berechnet wird, führt er zu den gleichen Ungerechtigkeiten, wie sie an früherer Stelle aufgezeigt wurden.

Kliniken, die ohne Rücksicht auf die Versorgungsqualität Kosten gesenkt haben oder zukünftig senken, würden bei Anwendung eines solchen Orientierungswertes nicht notwendige Zusatzeinnahmen erhalten und für radikale Kosteneinsparungen, beispielsweise auch auf Grund eines überproportionalen Personalabbaus, belohnt. Dementsprechend würden von einem derartigen Orientierungswert deutliche Anreize für weiteren Personalabbau zum Zweck der Erzielung von Kostenvorteilen ausgehen. Ein an der durchschnittlichen Kostenentwicklung über alle Krankenhäuser hinweg orientierter Veränderungswert wäre das Gegenteil einer leistungsgerechten Vergütung, beispielsweise auch deshalb, weil eine überdurchschnittliche Strukturqualität auf Grund der Vorhaltung einer überdurchschnittlichen quantitativen und qualitativen Personalbesetzung mit Verlustrisiken bestraft würde.

#### **1.5. Pauschalisiertes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen**

Die Umstellung der Finanzierung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen soll offenbar in wesentlichen Punkten dem selben Muster folgen wie der Einstieg in das DRG-System für allgemeine Krankenhäuser. Allerdings soll es sich beim zukünftigen Vergütungssystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nicht um ein fallbezogen pauschalierendes Vergütungssystem handeln, sondern um ein System von Tagespauschalen. Zwar wird in der Begründung des Gesetzentwurfes betont, dass ein Fallbezug für die Psychiatrie und Psychosomatik „grundsätzlich nicht geeignet“ sei (BR-Drs. 696/08: 44). Eine Seite zuvor findet sich allerdings der Hinweis, dass die pauschalisierten Entgelte nur „zunächst“ tagesbezogen sein sollen. Und in der Tat, wenn langfristig – wie in der Gesetzesbegründung erwähnt – eine sektorübergreifende Vergütung angestrebt werden sollte, wäre dies mit einem verweildauertagesbezogenen System schwer denkbar. Insofern stellt sich die Frage, ob

bereits jetzt geplant ist, in absehbarer Zeit auch für die psychiatrische Versorgung ein fallbezogen pauschaliertes Entgeltsystem einzuführen.

Da dies im Bereich der Psychiatrie durchaus auch kritisch gesehen wird, erscheint es sinnvoll, im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses abzuklären, ob das Ministerium derartige Pläne verfolgt und ob dies mit den Beteiligten aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik abgesprochen ist.

Als weitere Abweichung vom Muster der Einführung des DRG-Systems für Allgemeinkrankenhäuser sieht der vorliegende Gesetzentwurf keine Landeskonvergenz vor. Zwar sollen die Einzelfragen noch in einem gesonderten, in ein bis zwei Jahren vorzulegenden Gesetz geregelt werden, die im jetzigen Gesetzentwurf enthaltenen Vorgaben deuten aber bereits darauf hin, dass von Beginn an ein bundeseinheitliches Vergütungssystem mit einer Bundeskonvergenz für alle Einrichtungen geschaffen werden soll.

Die zuvor bereits dargelegten Einwände gegen pauschalierende Entgeltsysteme sind auch auf dieses Vorhaben übertragbar und sollen an dieser Stellen nicht noch einmal erläutert werden. Auch ein tagesbezogen pauschaliertes Entgeltsystem nivelliert Unterschiede und führt zu Ungerechtigkeiten durch gleiche Vergütung ungleicher Leistungen.

Es sei an dieser Stelle nur auf die Ergebnisse der für das Jahr 2004 durchgeführten Befragung zur Umsetzung (Erfüllungsgrad) der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) hingewiesen (APK 2007). Die Befragung der Einrichtungen ergab, dass im Durchschnitt aller Einrichtungen nur ca. 90 % der Personalausstattung vorgehalten wurde, die nach Psych-PV notwendig gewesen wäre. ‚Hinter‘ diesem Mittelwert zeigte sich allerdings eine hohe Varianz zwischen den verschiedenen Einrichtungen und Bereichen. In der Erwachsenen-Psychiatrie und -Psychotherapie wurden 13,2 % der Planbetten mit weniger als 80 % des nach Psych-PV notwendigen Personals und nur 17,6 % der Betten mit mehr als 95 % des erforderlichen Personals versorgt. In der Kinder- und Jugend-Psychiatrie wurden sogar 23,1 % der Planbetten mit weniger als 80 % des notwendigen Personals versorgt und nur 10,8 % mit mehr als 95 %.

Vor diesem Hintergrund ist es zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf eine Verpflichtung der Vertragsparteien der Budgetverhandlungen vorsieht, ab dem 1.01.2009 dort, wo die Psych-PV bis zum 31.12.2008 nicht vollständig umgesetzt wurde, wenigstens eine Umsetzung zu 90 % zu vereinbaren (Art. 4 KHRG Nr. 2). Es muss allerdings sehr deutlich darauf hingewiesen werden, dass weder die Psych-PV noch die im vorliegenden Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen eine Verpflichtung der Einrichtungen zur Vorhaltung einer bestimmten Personalzahl enthalten. Insofern ist davon auszugehen, dass es auch zukünftig Varianzen geben wird. Ein pauschalierendes Entgeltsystem wird vor diesem Hintergrund dazu führen, dass Einrichtungen mit einer unterdurchschnittlichen Personalbesetzung dafür mit einer Kostenüberdeckung ‚belohnt‘ und Einrichtungen mit einer überdurchschnittlichen Besetzung mit Kostenunterdeckungen ‚bestraft‘ würden.

### **1.5.1. Gesetzliche Aufforderung zur Vereinbarung eines Erfüllungsgrades der Psychiatrie-Personalverordnung in Höhe von 90 %**

Der Gesetzentwurf enthält die Aufforderung an die Vertragsparteien vor Ort, eine Umsetzung der Psych-PV in Höhe von 90 % zu vereinbaren (Art. 4, Nr. 2a). Intention der Regelung ist es vermutlich, zu erreichen, dass in allen psychiatrischen Einrichtungen mindestens 90 % der Stellen besetzt sind, die auf Grund der Psych-PV als notwendig ermittelt wurden. Dies ist vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Evaluation der Psych-PV zu begrüßen, da im Jahr 2004 ein Teil der Einrichtungen einen niedrigeren Erfüllungsgrad aufwies, und dieser Anteil auf Grund der niedrigen Veränderungsraten der letzten Jahre in der Zwischenzeit wahrscheinlich noch zugenommen hat.

Um Missverständnisse und Auseinandersetzungen zwischen den Vertragsparteien zu vermeiden erscheint es allerdings sinnvoll, in den Gesetzentwurf einzufügen, dass Ziel der Neuregelung eine Umsetzung in Höhe von „mindestens“ 90 % ist. Ansonsten könnte der Gesetzestext unter Umständen so gedeutet werden, dass alle Einrichtungen eine neunzigprozentige Erfüllung der Psych-PV vereinbaren sollen, was zu Stellenkürzungen in den Einrichtungen führen würde, die einen Erfüllungsgrad von mehr als 90 % aufweisen.

So sehr die gesetzliche Verpflichtung der Vertragsparteien zu einer Anhebung des Erfüllungsgrades der Psych-PV auch zu begrüßen ist, bleibt doch die Frage, warum es nur 90 % sein sollen. Mit einer solchen Regelung würde der Bundesgesetzgeber die ausdrücklichen Ziele und Vorgaben einer geltenden Verordnung des Bundes konterkarieren. Die Psych-PV ist nicht nur mit dem Ziel ihrer vollständigen Erfüllung erlassen worden, sie erhebt zudem auch den Anspruch, dass die auf ihrer Grundlage ermittelte Zahl der Planstellen die für eine „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche stationäre und teilstationäre Behandlung der Patienten“ (§ 1 Abs. 1 Psych-PV) notwendige Personalbesetzung ist.

Entweder wird der Anspruch der Psych-PV aufrecht erhalten, dann verlangt dies nach einer hundertprozentigen Erfüllung, oder der Gesetzgeber erklärt eine neunzigprozentige Erfüllung für ausreichend, dann widerspricht er ausdrücklich einer geltenden Rechtsverordnung. Bei der Psych-PV handelt es sich um die „Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie“, sie setzt folglich die Maßstäbe für eine ausreichende stationäre und teilstationäre psychiatrische Versorgung. Beschließt der Gesetzgeber, dass es zulässig sei, von diesen Maßstäben nach unten abzuweichen, wirft dies die Frage auf, in wie weit damit gegen den Grundsatz verstoßen wird, dass alle Versicherten der GKV einen gesetzlichen Anspruch auf eine ausreichende und zweckmäßige Behandlung haben (§ 11 SGB V). Dieser allgemeine Grundsatz findet in der Psych-PV seine Konkretisierung.

Soll eine lediglich neunzigprozentige Erfüllung der Psych-PV zur ‚ausreichenden‘ Versorgung erklärt werden, wäre die Frage zu klären ob dies nicht eine Änderung oder gar die Aufhebung der Psych-PV erfordert. Damit soll nicht für die Aufhebung der Psych-PV plädiert werden, sondern nur auf sich abzeichnende Widersprüche. Eine widerspruchsfreie Gesamregelung wäre sicherlich am ehesten mit der verbindlichen Vorgabe einer hundertprozentigen Erfüllung der Psych-PV zu erreichen.

Sollte wie vorgesehen die Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen stationären Einrichtungen auf ein pauschaliertes Entgeltsystem umgestellt werden, gewinnt die Frage nach dem Erfüllungsgrad der Psych-PV zum Zeitpunkt des Einstiegs in das neue Entgeltsystem zudem eine weit in die Zukunft reichende Bedeutung. Wird der Erfüllungsgrad auf mindestens 90 % angehoben, so würde der über alle Einrichtungen ermittelte durchschnittliche Erfüllungsgrad auf über 90 % steigen (Annahme im Folgenden: 95 %). Geht dieser Erfüllungsgrad in die Kalkulation der bundesweit einheitlichen Tagespauschalen ein, so werden damit alle Einrichtungen, die einen höheren Erfüllungsgrad vorhalten als beispielsweise 95 % wirtschaftlich bestraft, da die über 95 % hinausgehenden Kosten nicht über die pauschalierten Entgelte finanziert werden.

Damit würde der Bundesgesetzgeber letztlich die Befolgung und Umsetzung einer Verordnung des Bundes durch Regelungen in anderen Rechtsvorschriften des Bundes ökonomisch bestrafen. Die Auswirkungen sind bereits heute absehbar. Einrichtungen mit einer überdurchschnittlichen Personalausstattung werden Personal abbauen. Dadurch sinkt wiederum der Durchschnittswert in der folgenden Kalkulationsrunde. Dies erhöht den ökonomischen Druck auf weitere Einrichtungen, die zuvor noch im Rahmen des finanzierten Personalkostenvolumens lagen. In der Folge werden auch sie Personal abbauen. Diese Abwärtsspirale ist in der Logik jedes pauschalierenden Entgeltsystems angelegt. Ihre Auswirkungen sind am G-DRG-System und den Daten der amtlichen Krankenhausstatistik für die letzten Jahre ablesbar.

## **2. Programm zur Förderung von Neueinstellungen im Pflegedienst der Krankenhäuser**

Im Pflegedienst der Krankenhäuser in Deutschland wurden zwischen 1996 und 2006 – dem letzten Jahr, für das die entsprechenden Daten der Krankenhausstatistik vorliegen – insgesamt mehr als 51.000 Vollzeitstellen abgebaut. Dies entspricht knapp 15 % des Stellenbestandes von 1995. Von den 51.000 abgebauten Vollzeitstellen entfielen ca. 45.200 auf den allgemeinen Pflegedienst einschließlich der Intensivstationen und ca. 5.900 auf die psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen. Da der Personalabbau nach vorliegenden Meldungen auch in den Jahren 2007 und 2008

fortgesetzt wurde, dürfte die Zahl der abgebauten Stellen mittlerweile bei ca. 55-60.000 liegen.

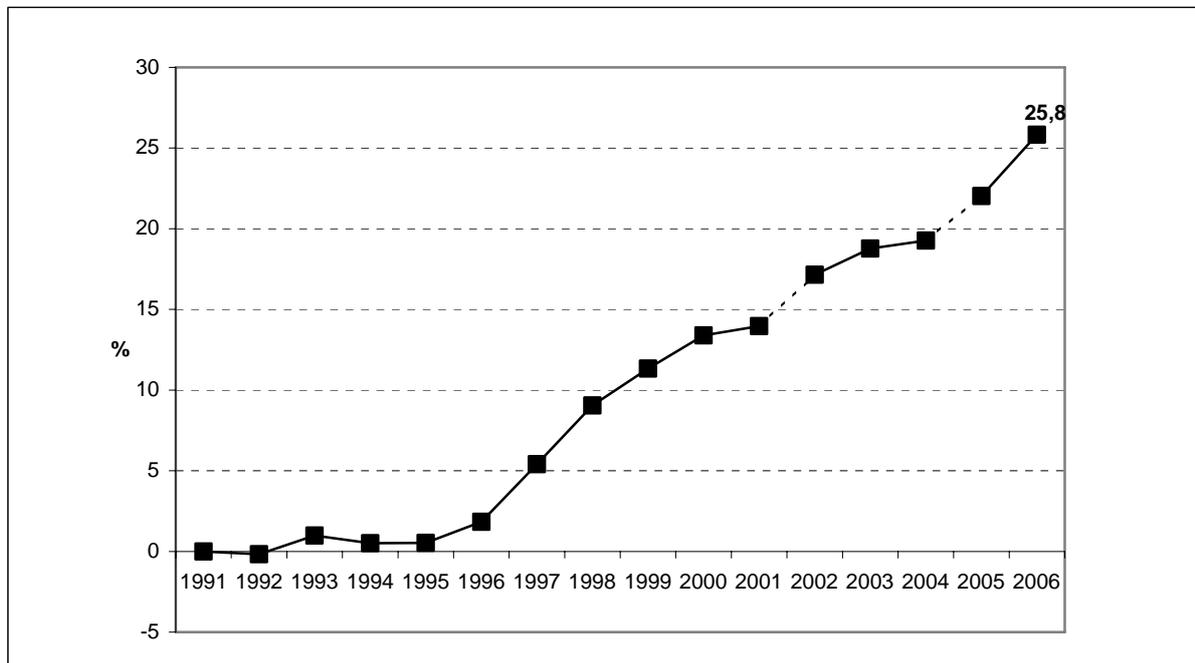
## **2.1. Zur Notwendigkeit eines Sonderprogramms**

Der vorliegende Gesetzentwurf reagiert auf diese Entwicklung mit einem Sonderprogramm zur Förderung von Neueinstellungen im Pflegedienst der Krankenhäuser. Sowohl aus Sicht der Pflege als vor allem auch aus Sicht der gegenwärtigen und zukünftigen Krankenhauspatienten ist dies sehr zu begrüßen. Angesichts des seit Jahren anhaltenden Stellenabbaus im Pflegedienst der Krankenhäuser und der zahlreichen Medienberichte über die erheblich gestiegene Arbeitsbelastung in weiten Bereichen der Pflege im Krankenhaus muss davon ausgegangen werden, dass der Stellenabbau bereits seit längerem negative Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung hat. Wie zahlreiche internationale Studien belegen, steigt mit zunehmend niedrigerer quantitativer und qualitativer Personalbesetzung der Pflege im Krankenhaus das Risiko für Patienten, eine schwerwiegende Komplikation zu erleiden und daran unter Umständen auch zu versterben (zum Überblick über die Ergebnisse der internationalen Forschung vgl. Simon 2008a).

Die Auswirkungen steigender Arbeitsbelastung in der Pflege lediglich auf einen zunehmenden Mangel an menschlicher Zuwendung zu reduzieren, wie dies in den letzten Monaten teilweise in krankenhauspolitischen Diskussionsbeiträgen geschehen ist, wird darum der Komplexität und Bedeutung der Pflege in Krankenhäusern nicht gerecht. So ist der Befund, dass es einen Zusammenhang zwischen niedriger Personalbesetzung im Pflegedienst und einem erhöhten Risiko für schwere Komplikationen oder sogar erhöhte Sterblichkeit bei Krankenhauspatienten gibt, nicht mit einem Mangel an menschlicher Zuwendung zu erklären. Er findet seine Erklärung vielmehr darin, dass eine der wesentlichen Aufgaben des Pflegepersonals in Krankenhäusern die Krankenbeobachtung ist. Wenn ein Patient auf Normal- oder Intensivstationen eine schwere Komplikation entwickelt, so sind es in erster Linie Pflegekräfte, die dies auf Grund des direkten und häufigen Patientenkontaktes als erste erkennen, einen Arzt benachrichtigen und – wenn sie entsprechend qualifiziert sind – auch erste Gegenmaßnahmen ergreifen.

Einwände gegen das geplante Sonderprogramm, es bestehe kein Handlungsbedarf, weil die Arbeitsbelastung im Pflegedienst der Krankenhäuser keineswegs gestiegen, sondern im Gegenteil sogar gesunken sei, was an der Zahl der Pflegetage erkennbar wäre (GKV-Spitzenverband 2008), verkennen die Dramatik der Situation und scheinen zudem auf mangelnder Kenntnis der Aussagekraft einzelner Kennzahlen der Krankenhausstatistik zu beruhen. Die Zahl der Pflegetage ist keine aussagekräftige Kennzahl zur Entwicklung der Arbeitsbelastung, da sie weder die Leistungsverdich-

tung durch Fallzahlsteigerung noch die Leistungszunahme durch Veränderungen der Patientenstruktur (v. a. Altersstruktur, demographische Entwicklung) berücksichtigt.



**Abbildung 1:** Fälle (einschl. Stundenfälle) je Vollzeitkraft im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser. Veränderung gegenüber 1991

*Anmerkung:* Durch die Krankenhaus-Statistikverordnung wurde die Abgrenzung zwischen Allgemeinkrankenhäusern und sonstigen Krankenhäusern im Betrachtungszeitraum zweimal geändert. Auf Grund dessen sind die Zeiträume bis 2002, 2003-2004 und ab 2005 nicht uneingeschränkt mit einander vergleichbar. Ab 2005 wurde zu der bis 2002 geltenden Abgrenzung zurückgekehrt, so dass die Zeiträume bis 2002 und ab 2005 mit einander vergleichbar sind.

Eine der üblicherweise zur Beurteilung der Belastungsentwicklung – auch vom Statistischen Bundesamt – verwendete Kennzahl ist die ‚Belastungsziffer‘. Sie gibt an, wie viele Fälle pro Jahr durchschnittlich von einer Vollzeitkraft versorgt wurden. Für den Pflegedienst zeigt die Belastungsziffer einen Anstieg zwischen 1995 und 2006 um ca. 25 % (Abb. 1). Darin nicht enthalten ist die in den letzten Jahren zu beobachtende erhebliche Zunahme der vor-, teil- und nachstationären Behandlungen sowie der ambulanten Operationen. Die Zahl der vier genannten nicht-vollstationären Behandlungsformen zusammengenommen ist allein in den Jahren 2002-2006 um fast 80 % gestiegen.

## 2.2. Vorbemerkungen zur Zielzahl von 21.000 zusätzlichen Stellen

So sehr das geplante Sonderprogramm aus den genannten Gründen auch zu begrüßen ist, es weist doch eine Reihe von Mängeln auf. Zunächst einmal ist festzustellen, dass die Zielzahl von bis zu 21.000 zusätzlichen Stellen angesichts eines Stellenabbaus gegenüber 1995 von mittlerweile vermutlich ca. 55.000-60.000 Vollzeitstellen

nicht ausreichen kann, um den Versorgungsstandard von Mitte der 1990er Jahre wieder herzustellen. Der Stand der Personalbesetzung in den Jahren 1995 bzw. 1996 ist für die gegenwärtige Diskussion nicht nur von besonderer Bedeutung, weil er den Beginn des Stellenabbaus im Pflegedienst markiert. Vor dem Hintergrund einer breiten gesellschaftlichen Diskussion über einen ‚Pflegetotstand‘ in Krankenhäusern Anfang der 1990er Jahre wurde im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 die Pflege-Personalregelung (PPR) beschlossen, die – analog zur Psych-PV – die Maßstäbe und Grundsätze der Personalbemessung im allgemeinen Pflegedienst bestimmte. Sie wurde in den Jahren 1993-1995 in mehreren Jahresstufen umgesetzt, 1996 zunächst ausgesetzt und 1997 vollständig aufgehoben.

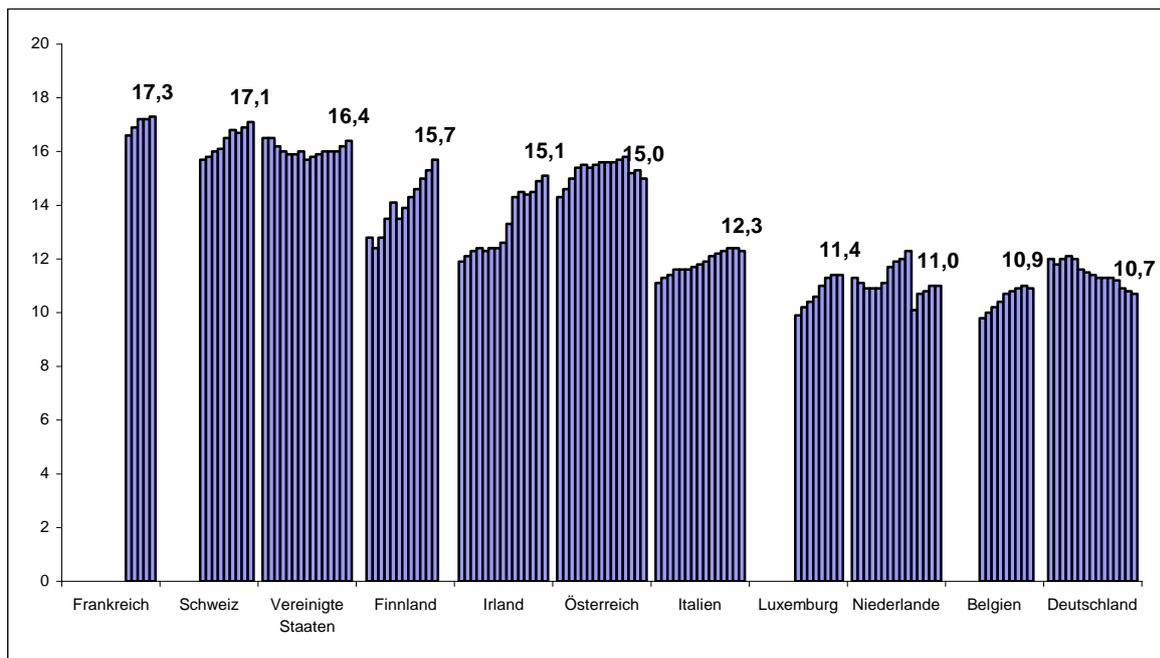
Auch wenn die PPR nur unvollständig umgesetzt wurde, so stellt der Personalbestand der Jahre 1995/1996 doch annähernd eine Personalbesetzung dar, die nach den vom Bundesgesetzgeber festgesetzten Grundsätzen als ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu gelten hat. Es sei noch darauf hingewiesen, dass die PPR nicht auf Grund inhaltlicher Mängel aufgehoben wurde, sondern allein aus fiskalischen Gründen.

Berücksichtigt man die Unvollständigkeit der PPR-Umsetzung (es fehlten bei Aussetzung der PPR ca. 5.000 Stellen zur Erreichung der angestrebten Zielzahl) und die seit Mitte der 1990er Jahre zu verzeichnende Leistungszunahme, so ist davon auszugehen, dass die gegenwärtige Besetzung des allgemeinen Pflegedienstes einschließlich der Intensivstationen (ohne Psychiatrie) um ca. 65.000 Vollzeitkräfte höher sein müsste, um den Versorgungsstandard der Jahre 1995/1996 wieder zu erreichen. Da die im Auftrag des BMG durchgeführte Evaluation der Psych-PV für das Jahr 2004 einen Personalfehlbestand von ca. 4.700 Vollzeitkräften ergab,<sup>6</sup> wäre für die Wiederherstellung des Versorgungsstandards von Mitte der 1990er Jahre im allgemeinen Pflegedienst und im Pflegedienst der Psychiatrie (100 % Erfüllungsgrad der Psych-PV) zusammen die Schaffung von insgesamt ca. 70.000 zusätzlichen Vollzeitstellen im Pflegedienst der Krankenhäuser erforderlich.

Sofern diese Zahl überhöht und unrealistisch erscheint, sei auf die entsprechenden Daten anderer Länder verwiesen (Abb. 2). Nicht nur, dass Frankreich, die Schweiz, USA, Finnland, Irland und Österreich über eine um 50-60 % höhere Personalausstattung ihrer Krankenhäuser verfügen, mit Ausnahme von Österreich haben alle anderen in den Vergleich einbezogenen EU-Länder die Zahl der Vollzeitkräfte in Krankenhäusern in den letzten ca. 15 Jahren zum Teil deutlich erhöht.

---

<sup>6</sup> Die Befragung ergab einen durchschnittlichen Erfüllungsgrad der Psych-PV im Pflegedienst psychiatrischer Einrichtungen in Höhe von 89 %. Daraus lässt sich bei einem Personalbestand des Pflegedienstes psychiatrischer Einrichtungen im Jahr 2004 in Höhe von 38.319 Vollzeitkräften ein Fehlbestand von 4.736 Vollzeitkräften errechnen.



**Abbildung 2:** Krankenhauspersonal je 1.000 Einwohner (1992-2006). Angaben in Vollzeitäquivalenten. Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2008 (Okt. 2008).

*Anmerkung:* In den Vergleich wurden alle EU-Länder (EU-15) einbezogen, für die entsprechende Daten der OECD vorliegen, sowie die Schweiz und die USA. Der Unterschied in der Datenreihe für die Niederlande ist laut OECD durch einen Bruch in der Zeitreihe verursacht, nicht durch plötzliche reale Veränderungen in den Krankenhäusern.

Aus der genannten Zahl von 70.000 zusätzlichen Vollzeitkräften ergibt sich allerdings nicht zugleich auch die Schlussfolgerung, dass das Volumen des Sonderprogramms entsprechend erhöht werden müsste. Der Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser kann nur zum Teil mit der Budgetdeckelung und Einführung des DRG-Systems erklärt werden. Er war offenbar zu einem erheblichen Teil auch Ergebnis interner Umverteilungsprozesse zu Lasten der Pflege (Simon 2008a). So wurde beispielsweise über dem gesamten Zeitraum 1996-2006 bei gleichzeitigem Stellenabbau im Pflegedienst und anderen Diensten die Zahl der Vollzeitkräfte im ärztlichen Dienst um mehr als 20 % erhöht.

### 2.3. Förderung von 70 % der Personalkosten

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht lediglich die ‚Förderung‘ zusätzlicher Personalkosten in den Jahren 2009 bis 2011 vor, nicht deren hundertprozentige Finanzierung. Zudem soll für das einzelne Krankenhaus eine Obergrenze in Höhe von 0,48 % des mit den Kostenträgern zu vereinbarenden Gesamtbetrages vorgegeben werden (Art. 2 Nr. 4a). Die Bundesregierung geht davon aus, dass mit dem sich daraus ergebenden finanziellen Volumen bis Ende 2011 bis zu 21.000 zusätzliche Vollzeitstellen geschaffen werden können.

Die nur teilweise Finanzierung der offenbar auch von der Bundesregierung für notwendig erachteten zusätzlichen Stellen wird im Gesetzentwurf damit begründet, dass dadurch „Mitnahmeeffekten“ vorgebeugt werden solle (BR-Drs. 696/08: 51). Die „Eigenbeteiligung“ der Krankenhäuser in Höhe von 30 % der Kosten sei erforderlich, „um sicherzustellen, dass nur wirklich benötigte Stellen zusätzlich finanziert werden“ (ebd.).

Die zu Grunde liegende Überlegung ist zwar nachvollziehbar, der gewählte Ansatz zur Lösung des Problems erscheint jedoch aus den nachfolgend aufgeführten Gründen als ungeeignet.

Ziel des Sonderprogramms ist es offenbar, zusätzliche Finanzmittel dort zur Verfügung zu stellen, wo auf Grund gravierender Unterbesetzung der dringendste Bedarf an zusätzlichem Personal besteht. Dieses Ziel ist jedoch nicht dadurch zu erreichen, dass Krankenhäuser eine „Eigenbeteiligung“ in Höhe von 30 % der durch Neueinstellungen entstehenden Personalkosten zu tragen haben. Es muss davon ausgegangen werden, dass der Personalabbau im Pflegedienst am stärksten in den so genannten ‚Verlierer-Krankenhäusern‘ erfolgte, den Krankenhäusern, die durch die Absenkung ihres Basisfallwertes in den letzten Jahren Budgetabsenkungen hinnehmen mussten. Gerade diese Kliniken, werden aber am wenigsten in der Lage sein, die erforderlichen 30 % selbst zu tragen. Während auf der anderen Seite ‚Gewinner-Krankenhäuser‘ – Krankenhäuser, deren Basisfallwert erhöht wurde und die auf Grund dessen ohne zusätzliche Leistungen Mehreinnahmen erzielten – über das erforderliche Geld verfügen, aber den relativ geringsten tatsächlichen Bedarf an zusätzlichen Stellen haben dürften. Sie mussten in den letzten Jahren auf Grund der relativ günstigen wirtschaftlichen Lage entweder keine oder nur in unterdurchschnittlichem Umfang Stellen abbauen und dürften auch wenig Anlass sehen, allein weil sie eine siebzigprozentige Finanzierung zusätzlicher Stellen erhalten könnten, ihren Überschuss für aus ihrer Sicht nicht notwendiges Personal zu verwenden. Die entsprechende Mittel werden sie sicherlich eher interessiert sein, beispielsweise für notwendige Investitionen auszugeben.

Die eher zögerliche Haltung von Krankenhäusern dürfte auch noch dadurch verstärkt werden, dass die anteilige Finanzierung Ende 2011 auslaufen wird, und der Gesetzentwurf vorsieht, die Mehrkosten dann insgesamt in die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen einfließen zu lassen. Das bedeutet aber, dass die zusätzlichen Mittel dann allen Krankenhäusern zufließen, unabhängig davon, ob sie bis Ende 2011 zusätzliches Pflegepersonal eingestellt haben oder nicht. Es wäre folglich einzelwirtschaftlich rationaler, kein zusätzliches Personal einzustellen, und somit auch keine eigenen Mittel hierfür zu binden, und dennoch ab 2012 Mehrerlöse durch die entsprechende Höherbewertung von DRG-Fallpauschalen zu erhalten.

Die hier aufgezeigte mögliche strategische Überlegung zeigt auch eine weitere Schwäche des geplanten Sonderprogramms in seiner jetzigen Form: Es sichert nicht wirklich die Nachhaltigkeit der gewünschten Wirkung. Auch wenn Krankenhäuser für

die Jahre 2009, 2010 und 2011 die Mittel des Förderprogramms in Anspruch nehmen und mit Eigenbeteiligung zusätzliche Stellen schaffen, so sind sie nicht verpflichtet, diese Stellen nach dem 31.12.2011 weiter vorzuhalten.

Für Kliniken, die im Rahmen des Sonderprogramms zusätzliches Pflegepersonal einstellen, ist es nach der bisherigen Konstruktion des Sonderprogramms einzelwirtschaftlich rational, alle neu geschaffenen Stellen zum 31.12.2011 auslaufen zu lassen, zumal sie diese Stellen danach zu 100 % selbst finanzieren müssen. Beschäftigen sie das zusätzlich eingestellte Pflegepersonal weiter, erhalten sie durch die Einbeziehung dieser zusätzlichen Kosten in die DRG-Kalkulation nur einen geringen oder sehr geringen Teil davon auf dem Weg der Höherbewertung einzelner besonders pflegeintensiver DRGs vergütet. Diese höhere Vergütung würden sie aber auch dann erhalten, wenn sie keine einzige zusätzliche Stelle nach dem 31.12.2011 weiterführen.

Äußerungen aus dem Bereich des Krankenhausmanagements deuten auch bereits darauf hin, dass auf Grund dieser Finanzierungsmodalitäten das Förderprogramm insgesamt weitgehend ins Leere laufen könnte, weil das verfügbare Volumen von Krankenhäusern nicht abgerufen wird.

Durch die vorhergehenden Ausführungen dürfte auch deutlich geworden sein, dass die zeitliche Befristung des Sonderprogramms einen sehr starken Anreiz setzt, Neueinstellungen nur in Form befristeter Beschäftigungsverhältnisse vorzunehmen. Diese ohnehin bereits in den letzten Jahren im Pflegedienst der Krankenhäuser zur Normalität gewordene Beschäftigungspraxis verstärkt die Arbeitsplatzunsicherheit des Pflegepersonals und trägt nicht zu der angestrebten nachhaltigen „Verbesserung der Situation des Pflegepersonals“ (BR-Drs. 696/08: 2) bei.

#### **2.4. Kriterien für die Verteilung der zusätzlichen Mittel**

Eine „Eigenbeteiligung“ in Höhe von 30 % der Personalkosten von Neueinstellungen ist als Verteilungskriterium vor allem aber aus einem anderen Grund verfehlt. Wenn die vorgesehenen Mittel zielgenau und bedarfsgerecht dort eingesetzt werden sollen, wo auf Grund von Unterbesetzung der dringendste Bedarf an Pflegepersonal besteht, dann braucht das Programm Kriterien, anhand derer dieser Bedarf erhoben und eingeschätzt werden kann. Eine zielgerichtete und bedarfsgerechte Verteilung der zusätzlichen Mittel braucht ein Verfahren der Personalbedarfsermittlung. Ein solches kann und muss nicht neu erfunden werden, da Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus in Deutschland eine lange Tradition hat und es zahlreiche Ansätze gibt, die – auch wenn sie noch so defizitär und kritikwürdig aus Sicht der verschiedenen Beteiligten sein sollten – allemal bessere Kriterien liefern, als es die Fähigkeit und Bereitschaft der Krankenhäuser zu einer „Eigenbeteiligung“ an den Kosten ist.

Auch wenn sie selbst innerhalb der Pflege durchaus umstritten ist, als erstes ist in diesem Zusammenhang die Pflege-Personalregelung zu nennen. Sie wurde – wie

bereits erwähnt – 1993 in Kraft gesetzt, ihre Anwendung 1996 ausgesetzt und ab 1997 ist sie nicht mehr Grundlage der Budgetverhandlungen. Sie wird allerdings in zahlreichen Krankenhäusern, vermutlich der überwiegenden Mehrzahl, seitdem weiterhin für interne Zwecke der Personalbedarfsermittlung und Personaleinsatzplanung genutzt. Die PPR wäre vermutlich mit relativ geringem Aufwand und sehr kurzfristig reaktivierbar und nutzbar, um festzustellen, in welchen Krankenhäusern der größte Bedarf an Neueinstellungen im Pflegedienst besteht. Berichte aus Krankenhäusern lassen vermuten, dass der ‚Erfüllungsgrad‘ der PPR mittlerweile im Bundesdurchschnitt bei ca. 80 % liegt. Ähnlich wie bei der Psych-PV wird es auch im Anwendungsbereich der PPR eine hohe Varianz geben.

Ein kurzfristig wirkendes Sonderprogramm zur Einstellung von 21.000 Vollzeitkräften könnte die PPR beispielsweise in der Art nutzen, dass in einem ersten Schritt (2009) zunächst alle Kliniken und Abteilungen mit einem PPR-Erfüllungsgrad von weniger als 70 % oder 75 % Anspruch auf Finanzmittel des Sonderprogramms erhalten. In einem zweiten und dritten Schritt könnte diese Grenze stufenweise angehoben werden, bis das zur Verfügung stehende Volumen verteilt ist. Auf diesem Weg könnten die stärksten Personalengpässe zuerst behoben werden und zugleich würde auch der befürchtete „Mitnahmeeffekt“ vermieden. Anspruch auf Mittel aus dem Sonderprogramm hätten in diesem Modell nur Krankenhäuser mit einem durch PPR-Daten nachgewiesenen tatsächlichen dringenden Personalmehrbedarf.<sup>7</sup>

Um ein solches, auf Bedarfskriterien gestütztes Vorgehen nicht zu beeinträchtigen, sollte die geplante krankenhausesindividuelle Obergrenze von 0,48 % des Budgets entweder entfallen oder es sollte zumindest eine Öffnungsklausel aufgenommen werden.

Die übrigen in § 4 Abs. 10 KHEntG vorgesehenen Regelungen zur Absicherung einer zweckentsprechenden Verwendung der Mittel des Sonderprogramms erscheinen sinnvoll und hilfreich, um innerhalb der Laufzeit des Programms sicherzustellen, dass die zusätzlichen Mittel auch tatsächlich für zusätzliches Pflegepersonal eingesetzt werden.

## **2.5. Zur Frage der Nachhaltigkeit einer Verbesserung der Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser**

Will der Gesetzgeber die Situation der Pflege in Krankenhäusern nachhaltig verbessern, so wird auch die Frage zu erörtern sein, wie zusätzlich geschaffene und finanzierte Stellen in der Pflege vor zukünftigen internen Umverteilungen geschützt wer-

---

<sup>7</sup> Es bleibt noch zu ergänzen, dass die PPR-Einstufungen der Patienten natürlich auf Grundlage der notwendigen Pflegeleistungen erfolgen müssten, nicht auf Grund der tatsächlich erbrachten. Denn mit einer Personalbedarfsermittlung auf Grundlage der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen schreibt eine unzureichende Personalbesetzung in die Zukunft hinein fort, da – bedingt durch Personalmangel – notwendige Leistungen nicht erbracht und somit auch nicht in die Stellenplanberechnung einbezogen werden können (vgl. hierzu Schöning/Luithlen/Scheinert 1995: 76 f.).

den können. Allein die Berücksichtigung der bis Ende 2011 zusätzlich geschaffenen Stellen im DRG-System wird dies nicht gewährleisten können, da die interne Verwendung der DRG-Erlöse nach geltendem Recht Angelegenheit des jeweiligen Krankenhauses ist. Da die Frage der Besetzung des Pflegedienstes der Krankenhäuser von hoher Bedeutung für die Struktur- und Ergebnisqualität der Krankenhausversorgung ist und somit von hohem öffentlichen Interesse, wäre zu prüfen, ob von der in § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V angelegten Möglichkeit Gebrauch gemacht werden sollte, Krankenhäusern die Einhaltung von Mindestanforderungen an die Personalbesetzung im Pflegedienst verbindlich vorzugeben, so wie dies in ersten Ansätzen bereits für einige Behandlungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen wurde (G-BA 2006a, 2006b, 2006c).

Die Entwicklung der letzten Jahre sowie die Ergebnisse der internationalen Forschung zum Zusammenhang von Personalbesetzung im Pflegedienst und Patientengesundheit belegen m. E. die Notwendigkeit eines solchen Schritts.

### 3. Literatur

- APK, Aktion Psychisch Kranke e.V. (2007): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Online verfügbar unter: [http://psychiatrie.de/data/pdf/43/05/00/Publikation\\_PschPV.pdf](http://psychiatrie.de/data/pdf/43/05/00/Publikation_PschPV.pdf) (21.07.2008).
- BKK, Bundesverband der Betriebskrankenkassen (2007): Ordnungspolitischer Rahmen ab 2009 im Krankenhausbereich. Das Modell des BKK-Systems. 26. September 2007. Online verfügbar unter: <http://www.bkk.de/bkk/powerslave.id,1266,nodeid,1266.html> (24.10.2007).
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2007): Auswertung des BMG-Fragenkatalogs zu den Erfahrungen mit der DRG-Einführung. Online verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/clin\\_040/nn\\_605054/DE/Themenschwerpunkte/Gesundheit/Krankenhaeuser/drg-langfassung.html](http://www.bmg.bund.de/clin_040/nn_605054/DE/Themenschwerpunkte/Gesundheit/Krankenhaeuser/drg-langfassung.html) (30.08.2007).
- Braun, Bernard; Kühn, Hagen; Rosenbrock, Rolf (2006): Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System (WAMP). Zwischenergebnisse. Online verfügbar unter: [http://www.boeckler.de/pdf\\_fof/S-2004-642-4-2.pdf](http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2004-642-4-2.pdf) (12.03.2008).
- Buhr, Petra; Klinke, Sebastian (2006a): Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin, SP I 2006-311. Berlin.
- Buhr, Petra; Klinke, Sebastian (2006b): Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik Universität Bremen.
- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2006a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen der Qualitätssicherung bei autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk. (Online).
- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2006b): Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen der Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen, vom 20. September 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, S. 15684, in Kraft getreten am 1. Januar 2006, zuletzt geändert am 17. Oktober 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006, S. 7050, in Kraft getreten am 25. November 2006. Online verfügbar unter: <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-82/Vb-NICU-2006-10-17.pdf> (15.08.2008).
- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2006c): Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V für nach § 108 SGBV zugelassene Krankenhäuser (Vereinbarung zur Kinderonkologie). Online verfügbar unter: <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-248/VB-QS-Bauchaortenaneurysma-2008-03-13.pdf> (15.08.2008).
- GKV-Spitzenverband (2008): Pressegespräch vom 23. Juli 2008 zur Weiterentwicklung der stationären Versorgung. Online verfügbar unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de/Presse.gkvnet> (5.08.2008).
- IfG, Institut für Gesundheitsökonomik (2008): Bundeseinheitlicher Basisfallwert für Krankenhausleistungen und seine Konsequenzen: ein falscher Weg aus ordnungspolitischer Sicht. Online verfügbar unter: [http://ifg-muenchen.com/Expertise\\_Einheitspreise\\_1909081.pdf](http://ifg-muenchen.com/Expertise_Einheitspreise_1909081.pdf) (10.11.2008).
- Klinke, Sebastian; Kühn, Hagen (2006): Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Zusammenfassung der Ergebnisse und Dokumentation der Daten einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Leber, Wulf-Dietrich; Malzahn, Jürgen; Wolff, Johannes (2007): Elektiv wird selektiv. Ein Vorschlag für einen nach Krankenhausleistungen differenzierenden Ordnungsrahmen ab 2009. Online verfügbar

- bar unter: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/publikationen/artikel/> (24.10.2007).
- Manzeschke, Arne; Pelz, Thomas (2007): Diakonie und Ökonomie: Die Auswirkungen von DRG und fallpauschalierendem Medizin- und Qualitätsmanagement auf das Handeln in Krankenhäusern. Forschungsprojekt am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth. Online verfügbar unter: [http://www.ethik.uni-bayreuth.de/diakonie\\_oekonomie.html](http://www.ethik.uni-bayreuth.de/diakonie_oekonomie.html) (22.09.2008).
- Schöning, Brigitte; Luithlen, Eberhard; Scheinert, Hanns (1995): Pflege-Personalregelung. Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Simon, Michael (2008a): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe - Ursachen - Auswirkungen. Bern: Hans Huber.
- Simon, Michael (2008b): Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Online verfügbar unter: [http://www.boeckler.de/show\\_project\\_fofoe.html?projectfile=S-2008-116-4.xml](http://www.boeckler.de/show_project_fofoe.html?projectfile=S-2008-116-4.xml) (10.09.2008).
- StBA, Statistisches Bundesamt (2007): Fachserie 12 Reihe 6.3: Kostennachweis der Krankenhäuser 2006. Online verfügbar unter: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1021347> (10.11.2008).
- TK, Techniker Krankenkasse (2007): Zukunft der Krankenhausversorgung. Eckpunkte der Techniker Krankenkasse für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung nach Beendigung der Konvergenzphase 2009. Online verfügbar unter: [http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/m02\\_landesvertretungen/0850/04\\_gesundheitspolitik/01\\_praevention/tk\\_eckpunkte\\_pdf.property=Data.pdf](http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/m02_landesvertretungen/0850/04_gesundheitspolitik/01_praevention/tk_eckpunkte_pdf.property=Data.pdf) (24.10.2007).
- Vogd, Werner (2006): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Bern: Hans Huber.