



Deutsche Gesellschaft für  
Krankenhaushygiene /  
German Society of Hospital Hygiene

Joachimstaler Straße 10  
10719 Berlin, Germany  
Tel: +49 30 8855 1615  
Fax: +49 30 88551616  
E-Mail: [info@krankenhaushygiene.de](mailto:info@krankenhaushygiene.de)  
Internet:  
[www.krankenhaushygiene.de](http://www.krankenhaushygiene.de)

#### Sektion „Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation“:

Barbara Nußbaum (Sektionsvorsitzende), Zuzenhausen; Alexander Jurreit, Frankfurt/Main; Dr. Martin Thieves, Darmstadt; Barbara Loczenski (Koordinatorin HFks/Hygienebeauftragte), Berlin; Sonja Bauer, Radolfzell; Dr. Karin Bitterwolf, Gelnhausen; Andrea Birk-Hansen, Ludwigsburg; Ingrid Bobrich, Gernsbach; Dr. Oswinde Bock-Hensley, Heidelberg; Sebiha Dogru-Wiegand, Konstanz; Dr. Hans Gerber, München; Elisabeth Greef (Stv. Sektionsvorsitzende), Murnau; Ursula Häupler, Weinsberg; Dörte Jonas, Berlin; Joachim Knoche, Minden; Florian Kühner-Feldes, Rottweil; Dr. Rosmarie Poldrack, Greifswald; Vittoria La Rocca, Nottwil (CH); Roland Schmidt (Schriftführer), Offenbach; Prof. Dr. W. Steuer, Stuttgart.

Kooperatives Mitglied:  
Solange Vogel, Sarreguemines (F)

**Stellungnahme der DGKH-Sektion „Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation“ im Konsens mit dem DGKH-Vorstand**

## Personalmangel in der Pflege in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

Das Gesundheitswesen befindet sich seit Jahren in einer tiefgreifenden Veränderung der Versorgungsaufträge und der Versorgungslage (z. B. verkürzte Liegezeiten, vermehrt „blutige“ Entlassungen, zunehmend Nachweise multiresistenter Erreger (MRE), sehr hohes, sehr niedriges Alter), d. h. begrenzte finanzielle Ressourcen stehen einer verstärkten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gegenüber. Die demographische Entwicklung und der medizinische Fortschritt bedingen u. a. eine Kostenexplosion und ein zunehmend nur auf Wirtschaftlichkeit und Kosteneffizienz ausgerichtetes Handeln. Insbesondere bei der personellen Besetzung der Pflege wird das Sparpotenzial zu weit ausgereizt.

Schubert und Mitautoren äußern sich in ihrem Artikel „Auswirkungen von Kosteneinsparungsstrategien und Stellenbesetzung auf die Ereignisse von Patienten und Pflegefachpersonal“ in folgender Weise: „Internationale Forschungsergebnisse zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer knappen Stellenbesetzung und mangelnder Fachkompetenz in Pflegeteams, einer schlechteren Arbeitsumgebungsqualität und höherer Komplikations-, Fehler- und Mortalitätsrate bei Patienten, sowie einer geringeren Arbeitszufriedenheit, höheren Fluktuations-, Burnout- und arbeitsbedingten Verletzungsraten beim Personal.“

So wurden durch den zunehmenden Abbau von Pflegekräften innerhalb der letzten Jahre laut Deutschem Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) über 50.000 Vollzeitstellen in den deutschen Krankenhäusern gestrichen. Dadurch wurden u. a. Hygienestrukturen und -maßnahmen reduziert bzw. die Umsetzung z. B. von Hygienemaßnahmen konnte nicht mehr sichergestellt werden. Aus der Sicht der Pflege ist die heutige Finanzierung über die DRG's ein Problem, da diese den Pflegebedarf nicht explizit berücksichtigen (Mittelwerte

sind einkalkuliert). Der PKM-Score (PflegeKomplexMaßnahmen-Score) im DRG-System ermöglicht zwar die Erzielung von Zusatzentgelten, erfordert aber einen extrem hohen Dokumentationsaufwand.

Ebenso tragen bauliche Mängel, wie z. B. lange Wege bei Stationszusammenlegungen, enge Räumlichkeiten, veraltete Stationsausstattungen und Mangel an PC-Plätzen, zur Personalbelastung bei.

Es ist schwierig, eine genaue Quote „Personal zu Patienten“ anzugeben, da hier das jeweilige Patientenkontext und der Pflegeaufwand zu berücksichtigen sind. Aber orientiert an anderen vergleichbaren Ländern bzw. durch Studien belegt, lassen sich durchaus praxismgerechte Zahlen benennen. Bemerkenswert ist, dass Länder mit einer guten Personalausstattung eine geringere Rate an MRE haben.

In der Internationalen Pflegestudie RN4Cast (Deutsche Ergebnisse; 2011) beträgt der Personalschlüssel in den ausgewerteten deutschen RN4Cast-Krankenhäusern durchschnittlich 10:1 (10 Patienten auf eine Pflegekraft). Damit schneidet Deutschland zusammen mit Spanien (ebenfalls 10:1) im internationalen Vergleich am schlechtesten ab. Im deutlichen Kontrast dazu müssen sich in Norwegen nur durchschnittlich 4, in den Niederlanden 5 Patienten eine Pflegekraft teilen. Zwischen den einzelnen Krankenhäusern in Deutschland lässt sich eine relativ große Spannweite bezüglich des Personalschlüssels feststellen. Der Personalschlüssel rangiert von 6 Patienten pro Pflegekraft bis hin zu 15 Patienten.

Auf Basis verschiedener Forderungen wäre folgende Pflegepersonalausstattung notwendig:

– Intensivstationen mindestens 1 Pflegekraft auf 2 Patienten (in allen Schichten) – u. U. 1:1-Betreuung z.B. bei Schwerbrandverletzten, ECMO-Therapie, hoher Anteil Beatmung und Dialyse, zusätzliche Aufgaben

wie Reanimationsteam für das Krankenhaus (Forderung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), siehe unten)

- Intermediate-Care-Stationen 1 Pflegekraft auf 4 Patienten (Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA), siehe unten)
- Klinisch-geriatrische Reha-Einrichtungen 1 Pflegekraft auf 1,4 bis 1,8 Patienten (Berufsverband Geriatrie (BV Geriatrie), siehe unten)

In einem ersten Schritt wäre generell in Deutschland eine Anhebung der Personalzahlen auf den Durchschnitt in Europa sinnvoll, nämlich 1 Pflegekraft versorgt 7 statt 10 Patienten im Tagdienst. Im Nachtdienst mindestens eine examinierte Pflegekraft für maximal 25 Patienten (derzeit häufig bis zu 60 Patienten). Um dies auch umzusetzen, muss eine gesetzliche Vorgabe von Patienten-Personal-Relationen vorhanden sein, da Empfehlungen nicht ausreichend sind.

Ebenso wichtig ist ein Qualifikationsmix, der auch unter ökonomischen Bedingungen sinnvoll ist. Es muss neben „PflegehelferInnen“ mit Basisqualifikation oder 1-jähriger Grundausbildung und angelerntem Personal (z. B. Service-AssistentInnen) unbedingt mehr ausgebildetes Personal vorhanden sein, d. h. dreijährig examiniertes Kranken-/Altenpflegepersonal ggf. auch mit pflegewissenschaftlichem Hintergrund als Bachelor-/Masterdiplom; auch dies reduziert sowohl Komplikationen als auch Hygiene- und Pflegefehler. Trotz der Akademisierung sollte eine praktische Pflegeausbildung weiterhin vorhanden sein, da u. a. Hygienemaßnahmen im Pflegealltag besser erlernt und umgesetzt werden können. Für die Pflege/das Pflegepersonal stehen messbare Erfolge trotz mancher politischer Aktionen und diverser Veröffentlichungen/ Studien/etc. aus, also z. T. weiterhin Stellenabbau, Qualifikationsabsenkungen, problematische Arbeitsbedingungen und unzureichende Vergütung.

Um den Pflegepersonal-mangel im Krankenhaus, Pflegeeinrichtung oder ambulanter Pflege und somit auch die damit verbundenen Arbeitsbelastungen/Komplikationen/Hygienemängel zu reduzieren, gilt es, ein Maßnahmenbündel umzusetzen. Dies beinhaltet nicht nur die oben genannte Personalausstattung und Modifikationen der DRG's, sondern auch die Verbesserung der Ausbildungs- und Arbeitsbedingun-

gen. Außerdem ist die soziale und politische Aufwertung der Pflege notwendig, damit auch weiterhin Menschen in diesen Beruf gehen bzw. im Beruf verbleiben. Deutschland muss sicherstellen, dass in unserer Gesellschaft ausreichend Pflegepersonal ausgebildet wird und dass attraktive Bedingungen geschaffen werden.

## Quellenangaben

- > Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA)/ Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI): 1 Pflegekraft auf 4–6 Patienten auf IMC
- > Berufsverband Geriatrie (BV Geriatrie) empfiehlt für klinisch-geriatrische Reha-Einrichtungen: 1 Pflegekraft auf 1,4–1,8 Patienten
- > Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI): Mindestens 1 Pflegekraft auf 2 Patienten auf Intensivstationen (Seite 14, Abschnitt C, 1. Satz). Bei speziellen Situationen (z. B. schwere Verbrennungen, extrakorporale Lungenersatzverfahren), einem hohen Anteil (> 60 %) an Patienten mit Organersatzverfahren (z. B. Beatmung, Nierenersatzverfahren) oder zusätzlichen Aufgaben (z. B. Stellung des Reanimationsteam für das Krankenhaus, Begleitung der Transporte der Intensivpatienten) soll eine erhöhte Präsenz von Pflegepersonal bis zu einer Pflegekraft pro Bettenplatz pro Schicht eingesetzt werden (bis hin zu 1:1 Betreuung).
- > Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) empfiehlt für Palliativstationen: 1,4 Pflegekräfte pro Patientenbett bei 80 % Auslastung der Stationsbetten. Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zur Personalbesetzung auf Palliativstationen (Stand: 23.2.2007) [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de) (Letzter Abruf 10.05.2015)

## Literatur

- > Gerste, Ronald D. Patientensicherheit: Stationäre Mortalität und Personalschlüssel korrelieren. *Deutsches Ärzteblatt* 2014;111(26): A-1211 / B-1046 / C-988. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/160860/Patientensicherheit-Stationaere-Mortalitaet-und-Personalschluesel-korrelieren> (Letzter Abruf 10.05.2015)
- > Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Studie Pflege-Thermometer 2014. [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer\\_2014.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf) (Letzter Abruf 8.5.15)
- > Pankin HT. Aus Mangel an Belegschaft, hängen Personalschlüssel und Komplikationsrate zusammen? *Die Schwester/der Pfleger* 2005;44:628–631 (Letzter Abruf 10.05.2015)
- > Deutscher Pflegerat. Interview Prof. Dr. Frank Weidner. Wer beim Pflegepersonal kürzt, nimmt Risiken in Kauf. *DPR-Newsletter* 1/2007.
- > Hessisches Sozialministerium Wiesbaden. Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern. Bremen/Fulda 2014. <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Hessen-Gutachten-final-1.pdf> (Letzter Abruf 10.05.2015)

- > Dominik Thomas D, Reifferscheid A, Pomorin N, Wasem J. Instrumente zur Personalbemessung und –finanzierung in der Krankenpflege in Deutschland. *IBES Diskussionsbeitrag Nr. 204*. Hochschule Hannover, September 2014. <https://www.wiwi.uni-due.de/forschung/publikationen/ibes-diskussionsbeitraege/> (Letzter Abruf 10.05.2015)
- > Simon M. Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser: Zum Stand der Diskussion und möglichen Ansätzen für eine staatliche Regulierung. Ein Diskussionsbeitrag. Hochschule Hannover, September 2014. [http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon\\_michael/Simon\\_-\\_Paper\\_Personalbesetzungsstandards.pdf](http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_-_Paper_Personalbesetzungsstandards.pdf) (Letzter Abruf 10.05.2015)
- > Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W; RN4CAST Consortium. Nurses reports of working condition and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud*. 2013;50:143–53 (Letzter Abruf 10.05.2015)
- > Isfort M. Einfluss der Personalausstattung auf pflege und Patientenversorgung in deutschen Intensivstationen. Deskriptive Studie zu Aspekten der Patientensicherheit und Belastungsindikatoren der Pflege. *Med Klin Intensivmed Notmed* 2013;108:71–77 (Letzter Abruf 10.05.2015)
- > Personalbemessung in der stationären Altenhilfe, DBFK-Position 2011-10-06
- > Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI). Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. *Bundesgesundheitsblatt* 2009;52:951–962. [http://edoc.rki.de/documents/rki\\_ab/reNAjm2Z2qm82/PDF/27ZtlaS9s0sxU.pdf](http://edoc.rki.de/documents/rki_ab/reNAjm2Z2qm82/PDF/27ZtlaS9s0sxU.pdf) (Letzter Abruf 10.05.2015)
- > Schubert M, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Auswirkungen von Kosteneinsparungsstrategien und Stellenbesetzung auf die Ereignisse von Patienten und Pflegefachpersonal. Eine Literaturübersicht. *Pflege* 2005;18:320–328.
- > Haley et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol*. 1985;121(2):182–205.
- > Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene. Stellungnahme der DGKH-Sektion Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation. Situation der Hygienefachkräften in Krankenhäusern. *HygMed* 2007;32:446–447.
- > van den Broek PJ, Kluytmans JA, Ummels LC, Voss A, Vandenbroucke-Grauls CM. How many infections control staff do we need in hospitals? *J Hosp Infect* 2007;65:108–11.
- > Deutscher Berufsverband für Pflegekräfte (DBfK). Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus?-Fakten zum Pflegekollaps, Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage 2008/09. [http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus\\_2009.pdf](http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus_2009.pdf) (Letzter Abruf 10.05.2015)
- > Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene. Walger P, Popp W, Exner M. Stellungnahme der DGKH zu Prävalenz, Letalität und Präventionspotential nosokomialer Infektionen in Deutschland 2013. *Hyg Med* 2013;38:329–338.

- > bda Berufsverband Deutscher Anästhesisten. Intermediate Care: Entwicklung, Definition, Ausstattung, Organisation und mögliche Lösungen <http://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/602-intermediate-care-entwicklung-definition-ausstattung-organisation-und-moegliche-loesungen/file.html> (Letzter Abruf 10.05.2015)
- > Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. Empfehlungen für die Klinisch-Geriatriische Behandlung. <http://www.bv-geriatrie.de/Dokumente/BroschuerEmpfehlungenFuerDieKGB.pdf> (Letzter Abruf 10.05.2015)
- > Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen. [http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Strukturempfehlungen/2011\\_StrukturempfehlungLangversion.pdf](http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Strukturempfehlungen/2011_StrukturempfehlungLangversion.pdf) (Letzter Abruf 10.05.2015)
- > Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) DGP unterstützt Forderung nach einer angemessenen Personalausstattung und fairen Bezahlung in den Pflegeberufen. Pressemitteilung vom 28.1.2015. [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20150128\\_DGP\\_Stellungnahme\\_Palliativpflege.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20150128_DGP_Stellungnahme_Palliativpflege.pdf) (Letzter Abruf 10.05.2015)

German Society of Hospital Hygiene (DGKH)  
European Network to promote infection prevention  
for patient safety (EUNETIPS)



EUNETIPS

European network to promote infection prevention for patient safety

Berlin  
Friday 26. June 2015

International Symposium

## DIFFERENCES AND SIMILARITIES IN INFECTION PREVENTION IN EUROPEAN COUNTRIES

Program and information: [www.krankenhaushygiene.de](http://www.krankenhaushygiene.de)