

Trotz „Personaluntergrenzen“ und „Pflegepersonal-Stärkungsgesetz“: Das Volksbegehren bleibt unverzichtbar gegen den Pflegenotstand!

Wir, die Beauftragten des Volksbegehrens „Stoppt den Pflegenotstand an Bayerns Krankenhäusern“, möchten in diesem Text erläutern, was die von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn verordneten Personaluntergrenzen und das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz für die Krankenhäuser tatsächlich bewirken werden – und was nicht. Dadurch wird deutlich, warum unser Volksbegehren nach wie vor zwingend erforderlich ist, um gute Pflege und gute Arbeitsbedingungen in den bayerischen Krankenhäusern durchzusetzen.

„Aber der Spahn macht doch jetzt was!“, haben uns viele Menschen entgegengehalten, als wir sie im vergangenen Sommer um ihre Unterschrift zur Unterstützung gebeten haben. „Warum braucht es da noch ein Volksbegehren?“

Mit dem Volksbegehren für mehr Pflegepersonal soll per Gesetz eine Wende erzwungen werden, um endlich vernünftige Arbeitsbedingungen an den Krankenhäusern zu verwirklichen und dem Pflegenotstand in Bayern über kurz oder lang abzuwenden.

Der dynamische Gesundheitsminister hatte auch zur gleichen Zeit beteuert: "Wir haben verstanden", und ein Pflege-Sofortprogramm und eine großangelegte Werbekampagne zum Thema gestartet.

Unsere wichtigsten Kritikpunkte am Spahn'schen Gesetz sind:

1. Nur mit spürbarer Entlastung wird der Pflegeberuf wieder attraktiv. Ohne Entlastung der Überlasteten, ohne eine Chance auf gute und befriedigende Berufsausübung in der Pflege, werden in Zukunft immer weniger Menschen diesen Beruf ergreifen – und immer mehr werden ihn verlassen. Die Regierung hat wiederholt versprochen, die katastrophalen Arbeitsbedingungen zu verbessern und eine Personalbemessung für alle Bereiche einzuführen. Aber die Bundesregierung hat ihre Versprechungen wieder nicht eingelöst.
2. Personaluntergrenzen sind ein Bluff. Sie gelten bisher nur für Pflegepersonal in vier Fachbereichen. Und sie schreiben nur ein absolutes Minimum vor. Gute Pflege ist auf diesem Niveau ausgeschlossen. Obendrein sind Tricksereien erlaubt, indem u.a. Personal zum Frisieren der Zahlen hin- und hergeschoben werden darf. Eine solche Regelung missachtet das Wohl von Patientinnen und Patienten sowie der Pflegenden.
3. Wie bisher wird der tatsächliche Pflegebedarf von Patientinnen und Patienten weiterhin an keiner Stelle

erfasst und berücksichtigt. Es fehlt somit die objektive Grundlage. Stattdessen wurden die Vorgaben für das Verhältnis von Personal zu Patientinnen und Patienten willkürlich und auf Basis der jetzigen alltäglichen Unterversorgung festgelegt. Damit wird der Pflegenotstand nicht behoben, sondern von staatlicher Seite festgeschrieben.

Im Folgenden gehen wir auf diese Kritikpunkte genauer ein.

1. Personaluntergrenzen für die Krankenpflege

Vorgeschichte

Der Gesundheitswissenschaftler Prof. Schreyögg legte Ende 2016 im Auftrag des damaligen Gesundheitsministers Gröhe eine Untersuchung zu der Frage vor, in welchen Fachgebieten pflegerische Unterbesetzung nachweislich mehr Komplikationen verursacht. Die Studie beschrieb einen statistischen Zusammenhang für 15 medizinische Fachgebiete. Von zahlreichen Pflegewissenschaftler*innen wurde die Studie allerdings als methodisch mangelhaft kritisiert.

Statt der Frage nach messbaren Komplikationen in einzelnen Fachgebieten halten wir eine Frage für sehr viel wichtiger: Genügt die durchschnittliche Besetzung mit Pflegekräften dem tatsächlichen Bedarf der Patient*innen an Pflegeleistungen? Diese Fragestellung wurde aber nicht untersucht. Das InEK (*Institut für das Entgeltwesen im Krankenhaus*) schreibt dazu: „Der Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegetlast-Katalog) geht von der Annahme aus, dass der Patient während seines stationären Aufenthaltes eine pflegerische Betreuung erhalten hat, die sich an seinem individuellen Pflegebedarf orientiert und diesem weitgehend entsprochen hat.“ In Zeiten des Pflegenotstands eine reichlich zynische Annahme.

Das Konzept

Der Gesetzgeber gab daraufhin den Spitzenverbänden von Krankenkassen (GKV-SV) und Krankenhäusern (DKG) den Auftrag, für diese Bereiche Untergrenzen für Pflegepersonal festzulegen. Diese Bereiche wurden irreführend "pflegesensitiv" genannt – als wären nicht alle Patient*innen in einem Krankenhaus "pflegesensitiv". Die Verbände vereinbarten allerdings nur für sechs medizinische Fachgebiete Untergrenzen. Dort sollte demjenigen Viertel der Krankenhäuser mit dem schlechtesten Personalschlüssel Verbesserungen abgefordert werden. Es geht also nur darum, in Zukunft in einzelnen Fachgebieten einen Anstieg von Komplikationen in extrem unterbesetzten Abteilungen zu verhindern. Damit hatte man sich von dem Versprechen aus dem Koalitionsvertrag, Untergrenzen für das gesamte Krankenhaus einzuführen, weit entfernt. Umgekehrt können Krankenhäuser mit vergleichsweise besserer Besetzung aus dieser Datensammlung sogar herauslesen, wo sie noch Personal abbauen können, ohne Sanktionen befürchten zu müssen.

Die Krankenhausgesellschaft verweigert sogar das unterste Limit

Am Ende unterzeichnete die Krankenhausgesellschaft DKG nicht einmal diese Minilösung. Das dafür notwendige Pflegepersonal sei auf dem Arbeitsmarkt nicht verfügbar. Das Funktionieren der Krankenhäuser sei gefährdet. Damit waren die Verhandlungen geplatzt.

Die Personaluntergrenzen von Minister Spahn

Da die Selbstverwaltung zu keiner Übereinkunft gekommen war, musste das Bundesgesundheitsministerium (BMG) im Oktober 2018 Personaluntergrenzen für die Pflege festlegen. Das BMG hat dafür kein eigenes Konzept erarbeitet, sondern hat das Verhandlungsergebnis der Selbstverwaltung weitgehend übernommen – inkl. aller Fehler und Defizite. Am Ende blieben sogar nur vier von ursprünglich 15 Fachgebieten übrig.

Die Personaluntergrenze in der Intensivmedizin wurde für 2019 mit einem Verhältnis von 1:2,5 (ab 2020 1:2) bestimmt. Auf geriatrischen und unfallchi-

urgischen Stationen "darf" eine Pflegeperson tagsüber zehn, auf kardiologischen Stationen bis zu zwölf Patient*innen versorgen, nachts sogar doppelt so viele. Ein Teil der Pflegefachkräfte darf von Hilfskräften ersetzt werden, bis hin zu einem 40 %-Anteil nachts in der Geriatrie.

Um die Untergrenzen in den genannten vier Fachgebieten zu erreichen dürfen die Krankenhäuser Personal von anderen Bereichen abziehen, für die keine Untergrenzen bestimmt sind. Während die Versorgung für eine Gruppe von Kranken also besser wird, wird sie für andere schlechter.

Bei genauer Betrachtung ist die Untergrenze keine: Sie muss nicht in jeder Schicht eingehalten werden, sondern lediglich im monatlichen Durchschnitt. Da haben diejenigen Patient*innen eben Pech, die zum falschen Zeitpunkt stationär liegen, scheint sich das Gesundheitsministerium gedacht zu haben.

Sanktionsmöglichkeiten

Wenn ein Krankenhaus die Personaluntergrenzen nicht einhält, folgen Sanktionen. Der Bundesgesetzgeber lässt der Selbstverwaltung die Wahl zwischen finanziellen Abschlägen oder Bettensperrung. Sinnvoll ist jedoch nur das Sperren von Betten, weil sich damit das Verhältnis zwischen Personal und Patient*innen verbessert. Für 2020 hat er die Verbände zudem verpflichtet, Pflegepersonaluntergrenzen auch für die Bereiche Neurologie und Herzchirurgie zu vereinbaren.

Auch der Bundesrat kritisiert dieses Konzept:

„Die Personalschlüssel müssen (...) umfassend gelten. Des Weiteren ist auszuschließen, dass der Personalschlüssel auf anderem Wege – etwa durch zeitliche Beschränkungen oder die Erfüllung des Personalschlüssels durch Auszubildende oder Hilfskräfte – ausgehebelt wird. Insbesondere ist darüber hinaus wichtig, dass der Personalschlüssel ausreichend hoch ist für eine bedarfsgerechte Versorgung. Denn die Personalschlüssel sollen nicht nur Untergrenzen sein, sondern eine bedarfs-gerechte medizinische Versorgung ermöglichen. Hierfür ist wichtig, dass er die Relation Pflegepersonal zu Patientinnen und Patienten ausreichend abbildet.“¹

¹ Beschluss des Bundesrates vom 23.03.2018: „Die Situation der Pflege durch Pflegepersonaluntergrenzen spürbar verbessern.“ Bundesrats-Drucksache 48/18.

Die Zukunft: Bedarfsgerechte oder betriebswirtschaftliche Steuerung der Pflege

Im Koalitionsvertrag waren Pflegepersonaluntergrenzen ursprünglich für alle Fachbereiche der Krankenhäuser angekündigt. Stattdessen soll zukünftig eine statistische Maßzahl, genannt "Pflegepersonalquotient", eingeführt werden. Sie soll für das jeweilige Haus das vorhandene Fachpflegepersonal in Relation setzen zum in den DRGs kalkulierten Pflegeaufwand. Zur Kalkulation dieses durchschnittlichen Pflegeaufwands innerhalb einer DRG erfassen alle Kalkulationshäuser des DRG-Systems ihren jeweiligen eigenen Pflegeaufwand. Dieser wird dann an das InEK gemeldet, zur Berechnung des Durchschnitts und des Gesamt-Behandlungsaufwandes für die jeweilige DRG.

Bei dieser Kalkulation bleibt nach wie vor die Frage offen, ob die Pflege angemessen und ausreichend ist oder ungenügend. Jede nicht mit einer Fachkraft besetzbare Stelle, jede Stelle, die aus Profitgier gestrichen wurde, drückt die rechnerischen Durchschnittskosten für Pflege nach unten – losgelöst vom Pflegebedarf.

Bei der Berechnung des Pflegepersonalquotienten werden obendrein all die unterschiedlichen medizinischen Fachbereiche in einen Topf geworfen ("Ganzhausansatz") und daraus eine einzige Zahl errechnet.

An dieser einen Zahl soll erkennbar sein, ob ein Haus üppig oder ungenügend mit Pflegekräften ausgestattet ist.

Wie aussagekräftig eine solche Zahl ist, bleibt Spekulation. Sicher aber ist: Eine Zahl erweckt immer den Eindruck unbestechlicher Präzision. Damit lassen sich politische Entscheidungen als vermeintlich "objektiv", "sachgerecht" und "notwendig" verklären.

Worauf wir uns einstellen sollten

Wir sollten uns darauf vorbereiten, dass in nicht allzu ferner Zukunft versucht wird, personell (laut Pflegepersonalquotient) vergleichsweise gut ausgestatteten Krankenhäusern das Budget zu kürzen. Bei rechnerisch schlechter Ausstattung mit qualifiziertem Personal wäre auch der Versuch denkbar, Krankenhäuser zu schließen ohne weitere Diskussion darüber, wie notwendig sie für die Sicherstellung der Versorgung sind.

Damit wäre man, statt bei einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung, auf leisen Sohlen bei einer

betriebswirtschaftlichen Steuerung des Pflegebereiches anhand von Benchmarks angelangt. Pflegepau-schalen, bzw. "Nurse related groups" (NRGs), unterstützen dann, vergleichbar mit den DRGs, eine Pauschalierung von Entgelten, die man beliebig nach oben oder nach unten manipulieren kann, weil ihnen die einzig objektive Grundlage fehlt: der pflegerische Versorgungsbedarf der betroffenen Menschen.

2. Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)

Vorgeschichte

Mit zwei Pflegestellen-Förderprogrammen sollte bereits seit 2009 die Situation in der Pflege verbessert werden. Die Voraussetzungen waren kompliziert, die Antragstellung bürokratisch, der Eigenanteil der Krankenhäuser von zehn Prozent für viele noch zu hoch. Laut Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen wurden 2016/2017 von den zur Verfügung gestellten 330 Mio. Euro nur 157 Mio. Euro abgerufen. Die Wirkung war also gering.

Das aktuelle Förderprogramm

Dem Förderprogramm geht eine kräftige Kürzung voraus: Als erstes wurden die Budgets der Krankenhäuser 2019 um 300 Mio. Euro gekürzt (Kürzung des sogenannten Pflegezuschlags).

Dafür wird laut Gesetz in 2019 jede zusätzliche oder aufgestockte Pflegestelle – sofern die Tätigkeit überwiegend am Bett stattfindet – in vollem Umfang von den Kassen refinanziert. Außerdem werden Gehalts- bzw. Tarifierhöhungen jetzt endlich vollständig refinanziert. Die Gelder sind zweckgebunden. Für neue Stellen muss die Verwendung nachgewiesen oder zurückgezahlt werden.

Diese Regelung gilt für ausgebildetes Krankenpflegepersonal im Stationsdienst (ausgenommen Funktionsdienst, Hilfskräfte und Altenpfleger*innen). Sie gilt nicht (!) für die anderen Berufsgruppen, die am Patient*innenbett tätig sind.

Bei neuen Pflegestellen entfallen Wirtschaftlichkeitsprüfung und Obergrenzen. Die Häuser brauchen nicht mehr den zehnprozentigen Eigenanteil zu bezahlen. Allerdings bedarf es einer Betriebsvereinbarung mit der betrieblichen Interessensvertretung der Beschäftigten, um die zusätzlichen Gelder zu bekommen.

Jede Stelle wird bezahlt – der Einzug ins Schlaraffenland?

Falls nicht mit Betriebsvereinbarungen gezielt und konkret Entlastung geplant wird, steht leider zu befürchten, dass zusätzliche Pflegekräfte überwiegend eingesetzt werden, um zuvor gesperrte Betten wieder zu öffnen und die wirtschaftliche Tätigkeit des Krankenhauses auszuweiten. Das Zahlenverhältnis Pflegekräfte pro Patient*innen wird so aber nicht verbessert. Eine solche Unternehmensstrategie entlastet nicht Pflegekräfte bei der Arbeit und steigert nicht die Attraktivität des Pflegeberufs.

Kostendeckende Pflegebudgets

2020 werden im Rahmen einer grundlegenden Systemveränderung die Pflegekosten komplett aus dem DRG-System herausgenommen und kostendeckend außerhalb des Fallpauschalensystems vergütet. Die 2019 erweiterten Stellenpläne gelten als Sockel für die Verhandlungen über Pflegebudgets des Folgejahrs für die einzelnen Häuser.

Mit dem Volksbegehren bedarfsgerechte Versorgung durchsetzen!

Mit unserem Volksbegehren nehmen wir stattdessen den tatsächlich feststellbaren Pflegebedarf der konkreten Patient*innen als Bemessungsgrundlage. Erst damit kann, auf Basis der Pflegepersonalregelung (PPR), eine auskömmliche personelle Besetzung sichergestellt werden. So werden gute pflegerische

Versorgung und befriedigende Tätigkeit in der Pflege wieder ermöglicht.

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz stellt die Finanzierung der dafür notwendigen Stellen sicher. Das Volksbegehren erzwingt sowohl die überfällige Personalbedarfsermittlung als auch die angemessene pflegerische Besetzung in allen Krankenhausbereichen.

Mit dem Volksbegehren wollen wir umsteuern und dem Pflegenotstand an bayerischen Krankenhäusern abhelfen. Dafür muss vor allem anderen der Pflegeberuf wieder attraktiv gemacht werden - mit einem guten Gehalt und mit Arbeitsbedingungen, die eine sinnstiftende Tätigkeit in der Pflege wieder ermöglichen. Entlastung ist für die Pflege nicht zu erreichen ohne eine gesetzlich vorgeschriebene Personalrelation von Pflegepersonal zu Patienten. Kernpunkt unseres Volksbegehrens ist also die gesetzliche Verpflichtung der Krankenhäuser auf ausreichend Pflegepersonal auf den Krankenstationen.

Nur mit der Kombination von Pflegepersonalstärkungsgesetz und bayerischem Volksbegehren lässt sich das Versprechen einer Verbesserung der Arbeitssituation in der Pflege und einer besseren Pflege für die Patient*innen wirklich einlösen.

Dass das Volksbegehren gegen das Bienensterben es geschafft hat, die nötige Anzahl an Unterschriften zu erreichen, stimmt uns zuversichtlich, dass auch wir es schaffen werden.



**Volksbegehren
STOPPT DEN
PFLEGENOTSTAND
an Bayerns
Krankenhäusern**