



Pflegepersonalstärkung und Pflegepersonaluntergrenzen

Eine kritische Betrachtung

Von Dirk Hohmann

Das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) und die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) stellen laut Bundesgesundheitsminister Jens Spahn einen Paradigmenwechsel dar und sollen deutlich spürbar eine Verbesserung des Berufsalltags aller Pflegekräfte herbeiführen. Die stationäre Pflege einem Reformprozess zu unterziehen, ist keine neue Idee. Der Pflegenotstand zieht sich schon über Jahrzehnte hin. Man erinnere sich hier nur an die Gesundheitsreform von Ulla Schmidt, explizit das Förderprogramm Pflege aus 2009, welches 17.000 Pflegepersonalstellen innerhalb von drei Jahren aufbauen und finanzieren sollte. Nebenprodukt dieser Entwicklung war die Implementierung des Pflegekomplexmaßnahmenscores. Allerdings scheinen die Maßnahmen verpufft, denn der Pflegenotstand ist immer noch gegenwärtig. Nun soll es das Pflegepersonalstärkungsgesetz richten. Die sechs wichtigsten Pfeiler sind:

1. Schaffung von 13.000 zusätzlichen Pflegestellen (volle Refinanzierung durch die Kostenträger)
2. Bessere Vergütung von Pflegekräften (vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerung durch Kostenträger bei Nachweis, dass Gelder auch der Pflege zukommen, Refinanzierung der Vergütung von Krankenpflegeazubis im 1. Lehrjahr, Finanzierung von Tariflöhnen in der häuslichen Krankenpflege)

3. Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte (Geld für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung, Vereinbarkeit von Pflege und Beruf soll gefördert werden, Ausbau der Digitalisierung in Krankenhäusern zur Pflegeentlastung (12.000€ pro Einrichtung))
4. Pflege zu Hause (Erleichterung des Zuganges zur stationären medizinischen Reha, Übernahme der Kosten durch Krankenkassen)
5. Pflegepersonaluntergrenzen (Mindestanzahl von Pflegepersonal pro Station, um Versorgung zu optimieren)
6. Krankenhausfinanzierung (Fortsetzung des Krankenhausstrukturfonds für vier Jahre)

Ziel des Pflegepersonalstärkungsgesetzes ist es, Krankenhäuser anzuregen, neue Pflegekräfte einzustellen. Doch woher nehmen? Seit vielen Jahren hat das Berufsbild Pflege im Ansehen sehr gelitten. Schlechte Bezahlung, schlechte Arbeitsbedingungen, familienunfreundliche Arbeitszeiten, Erfüllungsgehilfe des ärztlichen Dienstes ohne viel Eigenständigkeit, kaum sichtbare Lobbyarbeit der Pflegeverbände. Es könnten noch weitere Argumente aufgezählt werden. Diese sind hinlänglich bekannt und spiegeln sich in den oben genannten Eckpunkten wider. Allerdings legt man mit einem Pflegepersonalstärkungsgesetz nicht einfach einen Schalter um und alles

ist gut. Der Prozess der Pflegekraftgewinnung muss viel früher und teilweise an anderer Stelle beginnen und zwar in der Ausbildung: Warum werden nur Gehälter des ersten Ausbildungsjahres refinanziert? Warum wird die Vergütung der Auszubildenden nicht über die komplette Lehrzeit angehoben? Sind denn die Krankenpflegeschule und Medizinpädagogen auf dem neuesten Stand des Wissens und der materiellen Ausstattung? Sind denn überhaupt genügend Medizinpädagogen im Einsatz? Sind die Inhalte der Pflegeausbildung ausreichend, zielführend und praxisorientiert? Werden Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler nach ihren Fähig- und Fertigkeiten unterstützt oder gefördert? Werden Pflegeazubis auf Station durch genügend qualifizierte Fachkräfte angeleitet oder dienen sie nur als billige Arbeitskraft für Hilfsarbeiten? Diese Fragen provozieren, sollten aber auch zum Nachdenken anregen. Ist der Zeitmangel, den die Pflegekräfte unbestritten im Pflegealltag haben, immer nur auf Personalmangel zurückzuführen oder ist es vielleicht auch sinnvoll, sich die Prozesse in einer Abteilung oder Station anzusehen, ob es hier nicht noch Optimierungsmöglichkeiten gibt?

Dies sind Fragen, die es unter anderem zu klären gibt, um eine Ausbildung zur Gesundheits- oder Krankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Krankenpfleger (allein

schon dieses Wortungetüm!) attraktiver gestalten zu können.

Eine Auswirkung des Pflegepersonalstärkungsgesetzes spüren die deutschen Krankenhäuser seit Beginn dieses Jahres. Der Fallpauschalenkatalog in der aG-DRG-Version 2020 mit dem Pflegeerlöskatalog 2020 ist in Kraft getreten. Durch die Ausgliederung des Pflegekostenanteils aus der Fallpauschale soll sich jetzt der Erlös an der Erkrankung und dem eigentlichen Aufwand für die pflegerische Versorgung orientieren. Ob sich diese Vorgabe erfüllt, werden die deutschen Krankenhäuser am Ende dieses Jahres sehen. Eines ist auf jeden Fall sicher: Der bürokratische und administrative Aufwand und damit die Bindung von Personalressourcen, haben sich auf jeden Fall erhöht.

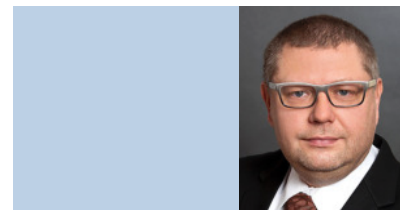
Eine weitere zu spürende Auswirkung ist mit den Pflegeuntergrenzen verknüpft. In bestimmten pflegeintensiven Bereichen werden Quoten für

eine Mindestbesetzung von Pflegekräften auf Station vorgeschrieben. Dies soll die Qualität der Pflege erhöhen und die Versorgung der Patienten verbessern. Das betrifft die Bereiche Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Herzchirurgie, Neurologie, Stroke Unit und neurologische Frühreha. Hier muss ein vorgegebenes Verhältnis Pflegekräfte zur Patientenzahl eingehalten werden, sonst werden Strafzahlungen fällig. Allerdings scheint in deutschen Krankenhäusern ein gegensätzlicher Effekt aufzutreten. Auf der einen Seite stellen die festgelegten Grenzen eine Entlastung des Pflegepersonals dar, auf der anderen Seite werden Betten deaktiviert, um die Anforderungen der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung einhalten zu können. Dies führt langfristig zu einer Reduzierung deutscher Krankenhausbetten. Außerdem können bei gleichbleibender Personalanzahl weniger Patienten versorgt werden. Dies wiederum widerspricht dem wirtschaftlichen Grundsatz der

Krankenhäuser, eine hohe Bettenauslastung zu fahren.

Aktuell werben sich die Krankenhäuser dabei mit Kopfprämien die Pflegekräfte gegenseitig ab. Und die Kostenträger haben schon Beitragserhöhungen für das nächste Kalenderjahr angekündigt. Ob das im Sinne des Erfinders war?! ■

Dirk Hohmann
Diplom-Kaufmann (FH)
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft
für Medizincontrolling
dirk.hohmann@medizincontroller.de



Dirk Hohmann

KU FACHBEIRAT



Dipl. Kfm. Peter Asché
Vizepräsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD),
Kaufmännischer Direktor
der Uniklinik RWTH Aachen



Heinz Kölling
Geschäftsführer Klinik Lilienthal
im Artemed Verbund,
Präsidiumsmitglied der Europäischen Vereinigung
der Krankenhausdirektoren (EVKD)



Dipl.-Volkswirtin Brigitte Scharmach
Geschäftsführerin Johanniter-Krankenhaus im Fläming gGmbH



Prof. Dr. med. Andreas Becker
Institut Prof. Dr. Becker, Rösrath



Thomas A. Kräh
Geschäftsführer
medius KLINIKEN



Dr. med. Dr. jur. Martin Siebert
Vorsitzender der Geschäftsführung
Paracelsus Kliniken Deutschland



Dipl. Kfm. Jens Bussmann
Generalsekretär Verband der
Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)



Dr. Nicolas Krämer
Geschäftsführer
Rheinland Klinikum



Benedikt Simon
Geschäftsführer (Chief Development Officer)
Business Development
MEDIAN Kliniken



Xaver Frauenknecht MBA
Vorsitzender des Vorstandes
Sozialstiftung Bamberg



Prof. Dr. Julia Oswald
Professorin für Betriebswirtschaftslehre,
insbes. Krankenhausfinanzierung und
-management, Fakultät Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften Hochschule Osnabrück



Dr. Christian Stoffers
Leiter Zentralreferat Marketing
Marien Gesellschaft Siegen gGmbH



Dr. med. Erwin Horndasch
Leiter Medizincontrolling,
Stadtkrankenhaus Schwabach gGmbH



Prof. Dr. Volker Penter
Partner – Niederlassungsleiter –
Gesundheitsexperte,
KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft



Dipl. Kfm. Kai Westphal
Vorstand der Refahfachgruppe im VKD
Geschäftsführer der Johann-Wilhelm-Ritter-
Klinik Bad Rothenfelde



Horst A. Jeschke
Beratung im Gesundheitswesen



Dr. rer. cur. Sabine Proksch
Pflegedirektorin
Klinikum am Steinberg/Ermstallklinik
Kreiskliniken Reutlingen GmbH

