

Personalsituation in der Pflege

In NRW fehlten 2017 nach der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe 10.000 Pflegefachkräfte, hochgerechnet auf Vollzeitstellen. Aufgrund der hohen Teilzeitquoten in der Pflege heißt das, 14.000 Stellen für Pflegefachkräfte sind nicht besetzt. Der Großteil davon in der ambulanten und stationären Altenpflege. Dieser Mangel an Pflegefachkräften ist eine Herausforderung, der sich Gesellschaft und Politik jetzt endlich stellen muss.

Um gute pflegerische Versorgung im Krankenhaus und der Altenpflege für Kranke und Pflegebedürftige nachhaltig zu etablieren, müssen heute die Grundlagen geschaffen werden, dass das Pflegepersonal im Beruf bleibt, Teilzeitbeschäftigung nicht die Regel ist, sondern die Ausnahme zur Vereinbarkeit von Familie, Freizeit, Fortbildung und Beruf und nicht, um die Belastungen des Berufes erträglich zu halten, mehr Männer sich für diese Tätigkeit entscheiden sowie Pflege in der Konkurrenz zu anderen Berufen hohe Attraktivität erhält.

Gelingen wird das nur, wenn die Rahmenbedingungen sich ändern. Im Krankenhaus wie in der Altenpflege brauchen wir vor allem einen spürbaren Zuwachs an Pflegepersonal und Einkommenssteigerungen, die den Beruf finanziell attraktiver machen. Beides kostet Geld. Politik, Gesellschaft und jede*r Einzelne muss in diesem Zusammenhang die Frage beantworten, wieviel ist uns/mir gute Pflege im Krankenhaus sowie der ambulanten und stationären Altenpflege wert.

In diesem Zusammenhang müssen auch die Weichen für eine Abkehr vom Wettbewerb im Gesundheitswesen und Pflege neu gestellt werden. Gesundheit und Pflege sind elementare Leistungen, die sich am Menschen und nicht an der Gewinnmaximierung von Unternehmen zu orientieren haben.

Altenpflege

Pflegebedürftige Menschen wollen so lange als möglich in der eigenen häuslichen Umgebung bleiben. Diesen Wunsch gilt es bei der Planung pflegerischer Infrastrukturen und der dazugehörigen Personalbedarfsplanung als Grundsatz stets mitzudenken.

Daneben wird es immer auch stationäre Pflegeeinrichtungen geben. Pflegebedürftige alte Menschen wohnen dort die letzte Zeit ihres Lebens. Immer kürzer ist diese Verweildauer, weil ein Einzug so lange als irgend möglich hinausgezögert wird. Krankheit und Sterben gehört somit zum Alltag der Mitbewohner*innen und genauso zu dem der Beschäftigten. Es geht in der stationären Altenpflege also darum, den alten Menschen eine lebenswürdige Existenz zu bieten durch Pflege, Betreuung und Versorgung, damit die verbliebenen Ressourcen so lange als möglich erhalten bleiben und Teilhabe gewährleistet ist. Es geht aber auch um ein würdiges Sterben mit Begleitung. Das setzt aber eine gute Personalausstattung mit ausreichend qualifizierten Beschäftigten voraus, die es in der Altenpflege so zur Zeit nicht gibt.

Personalbemessung in der Langzeitpflege

In der Altenpflege fehlt Personal. Alle Berufsgruppen müssen in NRW mit Personalschlüsseln zurechtkommen, die sich an Personalrichtwerten orientieren, die aus der Zeit vor Einführung des SGB XI stammen. Für die Verwaltung, die Haustechnik, die Sozialarbeit und die Hauswirtschaft heißt das, dass umgehend neue Personalrichtwerte ermittelt und verbindlich eingeführt werden müssen. Auch für diese Berufsgruppen ist das Arbeitsaufkommen und die Arbeitsintensität in den letzten Jahren

durch Veränderung der Bewohner*innenstrukturen enorm gewachsen. Hier ist das Land gefordert und muss Einfluss auf den Grundsatzausschuss in NRW nehmen.

Für die Pflege wurde durch den Bundesgesetzgeber in der vorangegangenen Legislaturperiode der Auftrag für ein Personalbemessungsverfahren gem. § 113 c SGB XI erteilt. Der zweite Zwischenbericht dazu liegt seit Anfang des Jahres vor. Der Endbericht wird in Kürze erwartet. Das Bundesgesundheitsministerium wird einen Vorschlag zur gesetzlichen Verankerung des Personalbemessungsverfahrens im SGB XI vorlegen. Für NRW muss sichergestellt werden, dass das Personalbemessungsverfahren in landesgesetzliche Regelungen überführt wird. Die ermittelten Personalmengen dürfen nicht unterschritten und müssen regelmäßig überprüft werden.

Die Berechnungen der Pflegepersonalmengen im Zwischenberichts deuten an, dass der Zuwachs an Personal bei den ungelerten Pflegehilfskräften und einjährig ausgebildeten Pflegehelfer*innen zu erwarten ist. Was das für die Arbeitsteilung zwischen Pflegefachkräften und -hilfskräften bedeutet, muss unter dem Blickwinkel von Arbeitszufriedenheit genauso wie unter Pflegequalitätsgesichtspunkten intensiv beobachtet und gegebenenfalls verändert werden. Fachkräfte in der Pflege müssen im Arbeitsfeld Altenpflege eine attraktive Alternative zum Krankenhaus sehen. Gelingt das nicht, werden sie in diese Bereiche abwandern.

Flächendeckender Tarifvertrag für die Altenpflege

Aufgrund der kleinteiligen Struktur in der stationären und ambulanten Altenpflege und der steigenden Zahl privater Einrichtungen werden die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten immer seltener durch einen Tarifvertrag oder kirchliche Arbeitsvertragsrichtlinien geregelt. Bei einem Personalkostenanteil von über 70 Prozent führt das zu einem Wettbewerb um möglichst niedrige Personalkosten. Gleichzeitig wird damit auch der Druck auf existierende Tarifverträge immer größer. Um diese Entwicklung zu stoppen, brauchen wir einen flächendeckenden Tarifvertrag für die Altenpflege.

ver.di hat mit dem Arbeitgeberverband BVAP erste Voraussetzungen dafür geschaffen. Mit dem Pflegegehälterverbesserungsgesetz ist die Grundlage für die Erstreckung eines solchen Tarifvertrages durch den Bundesarbeitsminister gegeben.

Von der Pflegeversicherung zur solidarischen Pflegegarantie

Rund ein Drittel der Pflegebedürftigen in der stationären Altenpflege sind heute wieder auf Sozialhilfe angewiesen. Als fünfte Säule wurde die soziale Pflegeversicherung 1994 eingeführt, auch um die Menschen im Alter vor Armut durch Pflegebedürftigkeit zu schützen. Dieser Schutz geht mehr und mehr verloren. Hat die Pflegeversicherung in ihren Anfangsjahren die Kosten für den Pflegeaufwand noch gedeckt, ist das seit langem nicht mehr der Fall. Neben steigenden Unterkunft- und Verpflegungskosten sowie Investitionskosten müssen die Bewohner*innen auch immer höhere Anteile der Kosten tragen, die die Pflege mit sich bringt. So belief sich der gesamte Eigenanteil für die Bewohner*innen in NRW, Stand 1.1.2019, auf 2.349,97 €. Hinzu kommen perspektivisch steigende Ausgaben für mehr Personal und bessere Einkommen. Um diese Finanzierung sicher zu stellen und dabei die Pflegebedürftigen vor Armutsrisiken zu schützen, brauchen wir einen Systemwechsel von der Pflegeversicherung hin zu einer solidarischen Pflegegarantie. Alle Bürger*innen müssen in diese Sozialversicherung einbezahlen, die Trennung **in private und soziale Pflegeversicherung entfällt**, die Beitragsbemessung wird auf die Grenze der gesetzlichen Rentenversicherung angehoben und alle Einkunftsarten des Steuergesetzbuches einbezogen. Nur Unterkunft und Verpflegung müssen bei dieser

solidarischen Finanzierung die Heimbewohner*innen weiterhin bezahlen. Alle pflegerischen Leistungen werden von der Versicherung getragen.

Noch in dieser Legislaturperiode könnten folgende Sofortmaßnahmen auf dem Weg zu einer solidarischen Pflegegarantie umgesetzt werden:

- ⇒ Die Begrenzung der Eigenanteile
- ⇒ Für Unterkunft und Verpflegung sowie die nicht geförderten Investitionskosten müssten die Pflegebedürftigen vorläufig weiterbezahlen.
- ⇒ Die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenkassen.

Medizinische Behandlungspflege ist originäre Aufgabe der Krankenkasse und wurde vor Einführung der Pflegeversicherung auch so finanziert.

Übernahme der Investitionskosten durch die Länder

Der Investitionskostenanteil der Pflegeheimbewohner*innen beträgt derzeit in NRW 518,76 €.

Herauslösung versicherungsfremder Leistungen aus der Pflegeversicherung

Dazu gehören die soziale Sicherung von Pflegepersonen und auch die Finanzierung des Pflegeunterstützungsgeldes bei kurzfristiger Arbeitsverhinderung. Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes gehen von einem Volumen im Jahre 2018 von 2,7 Milliarden Euro aus.

Auflösung des Pflegevorsorgefonds

Da der Pflegevorsorgefonds die Beiträge der sozialen Pflegeversicherung nicht nachhaltig stabilisieren wird, ist er in einen Personalfonds umzuwidmen.

Position Krankenhäuser

Gute Arbeitsbedingungen für alle Beschäftigten / gesetzliche Personalbemessung

Das entscheidende Problem in den Krankenhäusern ist der Personalmangel. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Deutsche Pflegerat und ver.di fordern eine gesetzliche Personalbemessung in Form einer PPR 2.0. Eine Vorlage dazu wurde im Januar 2020 an Bundesgesundheitsminister Spahn übergeben. Schnellstmöglich, spätestens zum 1. Januar 2021, müssen die Krankenhausbetreiber gesetzlich dazu verpflichtet werden, dieses Übergangsinstrument auf allen Stationen umzusetzen. Die fehlenden Bereiche Intensivmedizin und Kinderstationen sowie verbindliche Regelungen für andere Berufsgruppen im Krankenhaus müssen zeitnah ergänzt werden. Alternativ könnten verbindliche Personal-Patienten-Schlüssel eingeführt werden. Diese gesetzlichen Regelungen müssen den Gesundheitsschutz der Beschäftigten sowie die bedarfsgerechte Versorgung der Patient*innen gewährleisten. Neben der PPR 2.0 werden am Bedarf orientierte Personalstandards auch für alle anderen Berufsgruppen sowie für weitere Versorgungsbereiche, wie Psychiatrien und Rehakliniken, gebraucht.

Die Coronakrise hat den Bedarf an mehr Personal in den Krankenhäusern und die Notwendigkeit einer gesetzlichen Personalbemessung bewiesen und verstärkt! Der Kostendruck aufgrund fehlender

Investitionen durch die Länder und Renditeerwartungen privater Klinikträger werden auf die Berufsgruppen verlagert und verstärkt, die nicht von den mit der Verabschiedung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes eingeführten Pflegebudgets erfasst werden.

100% Investitionskostendeckung für alle Krankenhäuser

Krankenhausgebäude und deren Ausstattung zu erhalten und zu modernisieren ist gesetzlich geregelte Aufgabe des Landes NRW. Trotzdem kommt das Land NRW dieser Finanzierungsverpflichtung seit Jahrzehnten nicht nach. Die Folgen sind einerseits veraltete Krankenhausgebäude und -geräte, andererseits moderne Krankenhäuser, für die am Personal gespart wurde, um die benötigten Investitionskosten zu erwirtschaften. Nach einem Gutachten des RWI bezogen auf NRW werden für dringend notwendige Investitionen jährlich rund 1,5 Mrd. Euro benötigt. Davon wurde in der Vergangenheit nur ein Drittel verausgabt. Dadurch liegt der Investitionsstau aktuell bei über 12,5 Mrd. in NRW. Notwendig ist ein Sonderprogramm zur Behebung des Investitionsstaus bis 2024 und ab sofort die vollständige Refinanzierung der Investitionskosten durch das Land NRW.

Wohnortnahe bedarfsorientierte Krankenhausversorgung

Im September 2019 wurde im Auftrag der Landesregierung ein Gutachten zur Krankenhausplanung NRW veröffentlicht. Auf dieser Grundlage soll nun in kürzester Zeit die Krankenhausplanung NRW komplett umgestellt werden. Dieses Gutachten muss sorgfältig überprüft und für eine breite gesellschaftliche Debatte zur zukünftigen Versorgungsstruktur in NRW aufgearbeitet werden. Ziel sollte eine regional abgestimmte und landesweit koordinierte Krankenhausplanung sein, die dem realen Bedarf der Bevölkerung Rechnung trägt und wohnortnahe Versorgung sicherstellt.

Die Covid-19-Pandemie hat gezeigt, dass es in den Regionen ein abgestimmtes Miteinander der Kliniken unterschiedlicher Versorgungsstufen braucht. Auch nach der Krise muss neben der erforderlichen Spezialisierung eine flächendeckende Grundversorgung in ländlichen Räumen und strukturschwachen Teilen der Ballungsgebiete gesichert sein. Die Menschen müssen sich überall auf eine gute Gesundheitsversorgung verlassen können. Dazu gehört Versorgungssicherheit im Notfall ebenso wie Krankenhäuser, die für planbare Maßnahmen in guter Qualität und angemessenem Aufwand erreicht werden können. Gesundheitsversorgung ist Daseinsvorsorge. Über die Krankenhausplanung muss politisch entschieden werden, nicht durch Markt und Wettbewerb. Das gemeinwirtschaftliche Prinzip muss vorherrschen, um Bedarfsgerechtigkeit und Zugang zu gewährleisten. Der Stellenwert der Gesundheitsversorgung als Leistung der Daseinsvorsorge ist mit der Corona-Krise deutlich gestiegen. Solange die Gesundheitsversorgung nicht wohnortnah und bedarfsgerecht ist, muss der Erhalt aller Kliniken sichergestellt sein.

Fallpauschalen abschaffen, alle Kosten finanzieren

Seit 2003 ist die Finanzierung auf das Fallpauschalen-System (DRG) umgestellt worden. Die Krankenhäuser erhalten pro Behandlungsfall eine feste Pauschale. Bleiben die Kosten darunter, macht die Klinik Gewinn. Um die Behandlungskosten gering zu halten und möglichst viel an einem Patienten zu verdienen, wird vor allem am Personal gespart und werden Patient*innen zu früh entlassen. Die Finanzierung der Krankenhäuser über Fallpauschalen hat zu erheblichen Fehlentwicklungen geführt. Die Kliniken drücken die Kosten wo sie nur können - vor allem beim Personal. Das ist gefährlich für Patient*innen und Beschäftigte. Auf der einen Seite machen kommerzielle Konzerne so Gewinne, die sie für Zukäufe nutzen oder an ihre Eigentümer ausschütten. Auf der anderen Seite müssen kommunale und freigemeinnützige Krankenhäuser schließen, obwohl sie gebraucht werden. Im Gesundheitswesen muss der Versorgungsbedarf im Vordergrund stehen, nicht der Erlös. Die Finanzierung

über Fallpauschalen (DRGs) in somatischen und über pauschalierte Tagesentgelte (PEPP) in psychiatrischen Einrichtungen gehört abgeschafft. Stattdessen muss sie sich nach dem tatsächlichen Bedarf richten, inklusive der nötigen Vorhaltekosten. Zudem setzen Fallpauschalen Fehlanreize: Lukrative Operationen oder Kaiserschnitte werden deutlich häufiger durchgeführt als medizinisch notwendig. Zugleich trennen sich mehr und mehr Krankenhäuser von Kinderstationen, weil sie sich nicht rechnen. Nach langen Kämpfen wurden die Pflegepersonalkosten aus den DRGs herausgenommen - das reicht aber nicht aus, weil damit die Fehlanreize und der Wettbewerb über Kosten nicht behoben werden. Das Fallpauschalensystem muss abgeschafft und ersetzt werden.

Zukunftssicherung durch Ausbildung

Nicht zuletzt aufgrund des großen Fachkräftebedarfs bzw. zum Teil bereits bestehenden Fachkräftemangels in den Gesundheitsfachberufen wird eine attraktive, zeitgemäße Ausbildung benötigt. Ziel ist, dass die Kostenfreiheit der Ausbildung und der Anspruch auf eine angemessene Ausbildungsvergütung in allen Gesundheitsfachberufen (Heilberufe) verankert wird. Voraussetzung sind attraktive Ausbildungsbedingungen und eine gute Ausbildungsqualität. Dafür werden einheitliche Standards in den Gesundheitsfachberufen (Heilberufen) benötigt. Dies betrifft die Qualitätsstandards für die theoretische und praktische Ausbildung (u. a. zur Praxisanleitung, Qualifikation der Lehrkräfte). Aber auch die Ausbildungsstrukturen sollten stärker harmonisiert werden, hin zu einer stärkeren Angleichung an das duale System (Betrieb als Ausbildungsträger, Ausbildungsvertrag des Betriebs mit den Auszubildenden, Schutzrechte für Auszubildende). Die betriebliche Mitbestimmung muss gesichert sein. Die Finanzierung der Ausbildungen muss über eine Kostenübernahme durch die Länder für die schulische Ausbildung gesichert werden, die Kosten für die praktische Ausbildung inkl. Ausbildungsvergütung tragen die Betriebe – refinanziert durch die Kostenträger.

Rückführung ausgegliederter Servicebereiche

Die Coronakrise hat beeindruckend schnell die Bedeutung aller Berufsgruppen in Krankenhäusern und der Altenpflege bewiesen. Hier kommt unter Hygienegesichtspunkten und erforderlichen Schutzmaßnahmen den sog. Servicebereichen, wie Reinigung, aber auch Versorgung, eine besondere Bedeutung zu. Zum Zwecke der Kostenoptimierung wurden gerade diese Bereiche in der Vergangenheit ausgegliedert. Die Beschäftigten werden oftmals weit unter dem jeweils gültigen Tarifvertrag der „Mutterhäuser“ bezahlt. Die Servicetätigkeiten sind zurückzuführen, die Beschäftigten nach dem jeweils gültigen Tarifvertrag, z. B. TV-L für die Unikliniken, zu bezahlen.