

1 Perspektiven auf die Pflegepersonalbemessung

1.1 Gesundheitspolitische Einordnung: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft

Martin Pohlmann & Arne Evers

Es ist wahrlich keine neue Erkenntnis, dass die demographischen Effekte in unserer Gesellschaft zu einem deutlichen Anstieg von pflegebedürftigen Menschen führen werden (Statista, 2024/Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2024). Die Bevölkerung wird älter und das ist ja auch gut so. Gleichzeitig steigt die Anzahl der Älteren innerhalb der Bevölkerung. Damit nimmt auch die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich zu und es ergibt sich ein steigender Bedarf an Pflegefachkräften. Das Statistische Bundesamt sieht einen zusätzlichen Bedarf bis zum Jahr 2049, der zwischen 280.000 und 690.000 Pflegekräften liegt (Statistisches Bundesamt, 2024a). Der Pflegereport der Bertelsmann Stiftung prognostiziert, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 um 50 % steigt. Zugleich nimmt die Zahl derjenigen ab, die in der Pflege arbeiten. Hinzu kommen stagnierende oder nicht auskömmliche Ausbildungszahlen und eine sehr geringe Quote akademischer Pflegekräfte (Statistisches Bundesamt, 2023a, 2023c; Wissenschaftsrat, 2023). Demnach ergibt sich je nach Berechnung verschiedener Szenarien eine Versorgungslücke von 260.000 bis zu 490.000 Vollzeitäquivalenten in der Pflege bis zum Jahr 2030 (Bertelsmann-Stiftung, 2012). Der Deutsche Pflegerat sprach von fast 500.000 Vollzeitkräften, die in der Pflege bis 2030 fehlen werden (Ärzteblatt.de, 2021).

Alles das ist seit langem bekannt und trotzdem könnte der Eindruck entstehen, dass erst seit kurzer Zeit das Risiko einer potentiell unzureichenden pflegerischen Versorgung der Bevölkerung als ernsthaftes gesellschaftsrelevantes Problem in den öffentlichen Fokus rückt.

Der steigende Bedarf an Pflegefachkräften trifft dabei auf einen Fachkräftemangel, der sicher kein branchenspezifisches Problem der Pflege ist. Die demografischen Effekte führen dazu, dass jetzt und in den nächsten Jahren die geburtenstarken Jahrgänge in Rente gehen und die geburtenschwächeren Jahrgänge diese Lücke nicht werden schließen können. Bis 2036 werden fast ein Drittel aller Beschäftigten (bezogen auf das Jahr 2021) das Rentenalter erreicht haben (Statistisches Bundesamt, 2022). Das ifo Institut ermittelte im August 2022 einen neuen Höchststand beim Fachkräftemangel. In beinahe jedem zweiten Betrieb in Deutschland fehlte es an Arbeitskräften. Immer mehr Unternehmen müssen ihre Geschäfte einschränken, weil sie nicht genug Personal finden (ifo Institut, 2022). Neuere Zahlen des ifo Institutes von März 2024 zeigen, dass der Fachkräftemangel leicht abgenommen hat. Dies soll aber lediglich konjunkturelle Gründe haben, so dass sich die Nachfrage nach Fachkräften nur kurzfristig verringert hat (ifo Institut, 2024). Alle Wirtschaftsbereiche, egal ob Industrie, Handwerk

oder Dienstleistungsbranche, kämpfen somit mit dem Fachkräftemangel, der sich in den nächsten Jahren potentiell noch verschärfen wird.

Für den Pflegesektor ist die Lage aber insofern besonders prekär, weil bereits in der Vergangenheit aus ökonomischen und gesundheitspolitischen Gründen an Pflegekräften gespart wurde. Dies lässt sich eindrucksvoll am DRG-Fallpauschalensystem belegen, das ab dem Jahr 2003 für die deutschen Krankenhäuser als neues Vergütungssystem eingeführt wurde. Diese Umstellung hatte erhebliche Folgen für die Krankenhauslandschaft insgesamt, wirkte sich aber auch in besonderem Maße negativ für die Pflege im Krankenhaus aus. Die neue Systematik zur Kalkulation der Bewertungsrelationen auf Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten hatte zur Folge, dass die Krankenhäuser, die mit ihren Personalkosten über dem Durchschnitt lagen, finanziell bestraft wurden und sich eine Unterbesetzung dagegen finanziell lohnte (Simon, 2020).

Die Einsparungen in der Pflege begannen schon deutlich vor der Konvergenzphase, denn der mit dem Fallpauschalengesetz beschlossene Zeitplan sah vor, dass die Kürzungen 2005 beginnen sollten und verteilt auf wenige Jahre, schrittweise erfolgen würden. Angesichts dieser Aussichten konnten Krankenhäuser, die erhebliche Budgetkürzungen zu erwarten hatten, nicht bis 2005 warten. Sie mussten bereits vorher damit beginnen, ihre Kosten zu senken. Der Pflegedienst war die größte Kostenart und insofern war es naheliegend, vor allem dort zu sparen (Simon, 2020).

Zwischen 1995 und 2008 wurden insgesamt rund 50 000 Vollkraftstellen in der Krankenhauspflege abgebaut (DIP, 2010). Im gleichen Zeitraum war die Anzahl der Vollzeitstellen im Ärztlichen Dienst von 101.590 auf 126.000 angestiegen und lag im Jahr 2022 bei 173.321 Vollzeitstellen im Ärztlichen Dienst (Statistisches Bundesamt, 2024 b). Sukzessive ist seit 2008 die Zahl der Pflege-

kräfte wieder angestiegen, hat aber erst im Jahr 2020 mit 362.844 Vollzeitstellen wieder die Besetzung von 1995 erreicht bzw. überschritten. Bis 2022 ist die Zahl der Pflege-Vollzeitkräfte auf 376.400 weiter leicht angestiegen (Wasem & Blase, 2023;IAQ, o. J.). Durch die Einführung der DRG reduzierte sich die Verweildauer der Patient*innen, wobei auch die Anzahl der Planbetten sank, bei gleichzeitig steigenden Fallzahlen. Für die Pflege im Krankenhaus bedeutete dies eine deutliche Arbeitsverdichtung, da bei kürzerer Verweildauer in kürzerer Zeit immer mehr Patientinnen und Patienten pflegerisch betreut werden mussten. Der Personalschlüssel änderte sich nicht im Verhältnis zur Arbeitsverdichtung. Eine internationale Analyse der Bertelsmann-Stiftung zeigte, dass deutsche Krankenhäuser im Vergleich zu anderen OECD-Staaten vergleichsweise wenige Pflegekräfte beschäftigen. Außerdem zeigte sich auch hier, dass die Belastung des Pflegepersonals im Krankenhaus deutlich zugenommen hat (Bertelsmann-Stiftung, 2017).

Im Bereich der Altenhilfe hat die Zahl der Pflegekräfte in den letzten Jahren stetig zugenommen. Zum Jahresende 2021 waren in Deutschland 442.900 Personen bei ambulanten Pflegeeinrichtungen beschäftigt. Das waren 134 % mehr als Ende 2001. Damals arbeiteten 189.600 Menschen bei ambulanten Pflegediensten. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die von diesen Diensten zu Hause versorgt werden, ist im selben Zeitraum allerdings um 141 % gestiegen. Auch die Zahl der Beschäftigten in Pflegeheimen nahm binnen 20 Jahren zu, wenn auch nicht so deutlich. Sie stieg um 71 % von 475.400 Personen im Jahr 2001 auf 814.000 Personen im Jahr 2021. Im selben Zeitraum stieg auch die Zahl der hier betreuten Pflegebedürftigen. Dabei nahmen die vollstationär versorgten Personen um 31 % auf 793.000 zu (Statistisches Bundesamt, 2023).

Gleichzeitig ist aber auch die Zahl der Einrichtungen und der zu betreuenden pflegebedürftigen Menschen deutlich gestiegen

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste ist innerhalb von 20 Jahren um fast die Hälfte gestiegen und Pflegebedürftige, die in Heimen versorgt werden, weisen oft einen höheren Pflegegrad auf (ebd., 2023). Somit zeichnet sich auch in der Altenhilfe ein deutlicher Zuwachs der Arbeitsbelastung ab.

In der stationären Altenpflege haben die Personalkosten unmittelbare Auswirkungen auf die Kosten für den Pflegeplatz. Die 1995 eingeführte Pflegeversicherung hat die Leistungsbeträge der Pflegekassen gesetzlich festgeschrieben, so dass diese gedeckelt sind. Kostensteigerungen tragen somit alleine die pflegebedürftigen Menschen, bzw., wenn diese dazu nicht in der Lage sind, die Angehörigen oder die Sozialhilfe. Damit erhöhen sich bei steigenden Personalkosten auch die Eigenanteile für die Bewohner*innen. Je geringer die Fachkraftquote bei den Pflegekräften und je billiger die Entlohnung der Pflegekräfte, desto größer war in der Vergangenheit der Wettbewerbsvorteil für die Pflegeeinrichtung. Gerade bei lokaler Konkurrenz mit anderen Anbietern war ein kostengünstiger Personaleinsatz wesentlich für Jahresüberschüsse oder Renditen.

Auch die ambulante Pflege ist stark ökonomisch geprägt. Hier ist letztlich jeder vereinbarte und dokumentierte Leistungskomplex mit einem Preisschild verbunden, so dass Pflege häufig nicht nach dem tatsächlichen Pflegebedarf ausgerichtet wird, sondern an einzelnen vereinbarten Pflegeleistungen. Hinzu kommt eine Trennung von Behandlungspflege und häuslicher Pflegehilfe. Behandlungspflege ist eine medizinische Pflegeleistung, die nur von medizinischem Personal oder examinierten Pflegekräften durchgeführt werden darf. Als Leistung des SGB V wird diese im Wesentlichen von den Krankenkassen bezahlt. Dies regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V. Der Richtlinie ist ein Leistungsverzeichnis über die verordnungsfähigen Leistungen der häuslichen

Krankenpflege beigelegt. Über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege hat der GKV-Spitzenverband nach § 132a Abs. 1 SGB V mit den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinie häusliche Krankenpflege des G-BA Rahmenempfehlungen beschlossen (GKV-Spitzenverband 2013).

Die häusliche Pflegehilfe wird nach SGB XI durch die Pflegeversicherung finanziert und kann von Pflegehilfskräften durchgeführt werden. § 36 SGB XI regelt Pflegesachleistungen: Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe).

Neben den individuellen Bedürfnissen der zu pflegenden Person spielen also die Kosten und die Qualifikation des Pflegepersonals eine entscheidende Rolle und führen zu einem möglichst effektiven Personaleinsatz von Pflegekräften.

1.1.1 Private Trägerschaften, Lohnentwicklung und Fachkräftemangel

Ein Anbieterwettbewerb und die Ökonomisierung der Pflege waren somit politisch gewollt und auch ein Grund für das Engagement privater Akteure im Gesundheitswesen. Sie sahen eine Chance durch möglichst effektiven Personaleinsatz und häufig ohne verbindliche Tarifbindung kostengünstige Leistungen anzubieten und gleichzeitig auch Renditen für die privaten Investoren zu erzielen. Die Zahl der privaten Träger ist über die Jahre stark angestiegen. Waren es im Jahr 1999 etwas mehr als die Hälfte in privater Trägerschaft, so sind es im Jahr 2021 mehr als zwei Drittel (Statista, 2024). Bei den Pflegeheimen sind gut 40 % in privater Trägerschaft (Statistisches Bundesamt, 2021). Auth (2013) sieht

in diesen Entwicklungen eine Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit. Der Wandel in der Trägerstruktur und die Konkurrenz freigemeinnütziger Träger mit privaten Trägern ohne Tarifbindung hätten zur Enttariflichung der tarifschwachen Pflegebranche geführt. Das Lohnniveau sei dadurch in der Pflege gesunken und die Lohnentwicklung blieb so unter dem gesamtgesellschaftlichen Durchschnitt.

Ökonomisierung und Arbeitsverdichtung in der Pflege haben erheblich dazu beigetragen, dass das Image der Pflege stark gelitten hat. Während in der Allgemeinbevölkerung generell zwar ein gutes Ansehen des Pflegeberufs besteht, welches vielfach mit Respekt und sozialem Einsatz verbunden wird, ändert sich das jedoch, wenn es konkret um die eigene berufliche Zukunft geht. So ist der Pflegeberuf im Rahmen der Berufswahl insbesondere bei jungen Menschen nicht unbedingt die erste Wahl. Innerhalb der Pflege wird der Beruf zwar als wichtig und sinnstiftend erlebt, jedoch negativ überschattet durch hohe Arbeitsbelastung und Stress, Fachkräftemangel sowie fehlende Wertschätzung (Maier et. al. 2023). Pflegebeschäftigte weisen zwar eine hohe intrinsische Motivation auf und sehen in Ihrer Arbeit einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft, Befragungsergebnisse belegen aber auch die hohen psychischen Belastungen in der Alten- und Krankenpflege, die sich negativ auf die eigene Gesundheit auf die Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen auswirken (DGB/Ver.di, 2018).

Die Ausführungen machen deutlich, dass ein allgemeiner Fachkräftemangel auf einen Pflegesektor trifft, der über viele Jahre von Sparmaßnahmen im Pflegebereich geprägt war und dessen öffentliches Image für die Personalakquise nicht unbedingt förderlich ist. Gleichzeitig steigt die Zahl von pflegebedürftigen Menschen und somit der Bedarf an Pflegefachkräften. Die zunehmend drängende Frage, wie die zukünftige Versorgung von pflegebedürftigen Menschen sichergestellt werden und die Frage, wie man hierfür

ausreichend und qualifizierte Pflegekräfte gewinnen kann, rückt deshalb scheinbar zunehmend in den Fokus der Politik und der öffentlichen Wahrnehmung.

Gesetze und Initiativen gegen den Fachkräftemangel

Mit dem Krankenhausentgeltgesetz (§ 4 Abs. 10 Satz 12) wurde für den Zeitraum von 2009 bis 2011 ein erstes Pflegesonderprogramm zur Umsetzung gebracht, um den Aufbau von Pflegestellen in Krankenhäusern finanziell zu unterstützen. Nach Angaben des GKV konnten damals gut die Hälfte der Krankenhäuser davon profitieren und es wurden über den dreijährigen Förderzeitraum 15.300 zusätzliche Stellen für Pflegekräfte geschaffen (GKV, 2013). Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde ein zweites Pflegestellen-Förderprogramm eingerichtet. Im Förderzeitraum zwischen 2016 bis 2019 stellte die GKV rund 1,1 Milliarden Euro für den Aufbau von Pflegepersonalstellen zur Stärkung der unmittelbaren Patientenversorgung in Krankenhäusern zur Verfügung. Dieses Programm verpuffte allerdings weitestgehend und die Mittel wurden bei weitem nicht ausgeschöpft. Für alle vier Förderjahre wurde zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen der Aufbau von etwa 10.100 Pflegepersonalstellen vereinbart. Im Bericht des GKV-Spitzenverbandes von 2021 geht aber hervor, dass tatsächlich nachweislich nur etwa 3.300 Vollzeitstellen mit Fachpersonal besetzt wurden (GKV-Spitzenverband, 2021). Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) stellt dazu fest, dass das Fördervolumen wegen des leergefegten Arbeitsmarktes nicht hätte ausgeschöpft werden können (DKG, 2019).

Durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurden 2019 Veränderungen in der Krankenhausfinanzierung und bei der Vergütung von vollstationären und teilstationären Leistungen vorgenommen. Ziel dieses Gesetzes war eine bessere Personalausstattung und

bessere Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege sowie der Altenpflege. Es handelte sich um eine umfangreiche Weiterentwicklung der bereits bestehenden Pflegestellenförderprogramme. Im Krankenhausbereich konnte jede zusätzliche geschaffene Stelle und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett, die in der unmittelbaren Patientenversorgung eingesetzt wurde, vollständig und ohne Obergrenze zusätzlich refinanziert werden. 2020 wurde ein zweckgebundenes Pflegebudget zur Finanzierung der Personalkosten etabliert (§ 6a KHEntgG). Dies bedeutet eine erhebliche Änderung im bisherigen DRG-System, weil die Pflegepersonalkosten nun in einem eigenen Pflegebudget krankenhausindividuell verhandelt werden und somit aus dem DRG System ausgegliedert wurden. Pflegestellen ohne direkten Patientenbezug, z. B. im Funktionsdienst, wurden nicht in das Pflegebudget (► Kap. 2.3) überführt, sondern verbleiben in der DRG-Vergütung. Auch für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik findet das Pflegebudget keine Anwendung.

Erste Analysen zu den Auswirkungen des Pflegebudgets zeigen, dass lange und schwierige Budgetverhandlungen zu deutlich verzögerten Auszahlungen führten, da es viele strittige Regelungen gibt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich der Anteil des Pflegepersonals mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung zwischen den Datenjahren für das Budget 2020 und 2021 nicht verändert. Auffällig ist allerdings, dass der Anteil der Altenpflegerinnen und -pfleger, die in den Kliniken über das Pflegebudget abgerechnet werden, gewachsen ist, während der Anteil der Gesundheits- und Krankenpflege sank (Hentschker/Goerdts/Scheller-Kreinsen, 2023). Diese Entwicklung zeigt, dass möglicherweise eine Sogwirkung vom Krankenhaus auf Altenpflegerinnen und -pfleger ausgeht und damit die ebenfalls angespannte Personalsituation in der Altenhilfe zusätzlich belastet. Das gilt in gleicher Weise auch für die Absolventinnen und Absolventen der neuen generalistischen Pflegeausbildung.

Außerdem wurde in das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) auch der Pflegepersonalquotient in den § 137 SGB V aufgenommen, der ein Verhältnis zwischen Pflegepersonal-ausstattung und Pflegeaufwand durch das Institut für Entgeltkalkulation (INEK) ermittelt. Auch die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUVG) wurde im Zuge des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes weiterentwickelt, um eine Mindestbesetzung von Pflegekräften in pflegesensitiven Bereichen sicherzustellen (► Kap. 2.2).

Im Bereich der stationären Altenhilfe konnte mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz seit Januar 2019 jede vollstationäre Pflegeeinrichtung Neueinstellung bzw. Aufstockung von zusätzlichen Pflegefachpersonen vornehmen. Die Regelung war nach Einrichtungsgröße gestaffelt. Eine Vollfinanzierung der Personalaufwendungen aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung sollte für die Pflegebedürftigen zu keiner finanziellen Mehrbelastung führen. Insgesamt sollten mit dem Sofort-Programm rund 13.000 zusätzliche Vollzeitstellen gefördert bzw. geschaffen werden. Diese zunächst beeindruckend wirkende Zahl relativiert sich aber schon vor dem Hintergrund, dass es in Deutschland über 13.000 stationäre Pflegeeinrichtungen gibt, so dass der durchschnittliche Personalaufwuchs bei maximal einer Vollkraft pro Pflegeeinrichtung gelegen hätte. Tatsächlich konnten nur 4.000 zusätzliche Kräfte gewonnen werden was lediglich 2.800 Vollzeitäquivalenten entspricht. Auch hierfür ist der Hauptgrund ein leergefegter Arbeitsmarkt, so dass selbst reguläre Stellen offenbleiben und natürlich erst recht zusätzlich zu schaffende Stellen (Sell, 2023).

Im Jahr 2019 wurde eine großangelegte Aktion gestartet, die durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) initiiert wurden. Im Rahmen der sogenann-

ten Konzierten Aktion Pflege (KAP) haben sich Bund, Länder und alle relevanten Akteure in der Pflege im Juni 2019 verbindlich auf Ziele und konkrete Maßnahmen zur Verbesserung des Arbeitsalltags und der Arbeitsbedingungen von Pflegefachpersonen sowie zur Stärkung der Ausbildung in der Pflege verständigt. Im Dachgremium der KAP waren über 50 relevante Verbände. Interessensvertretungen und Gremien daran beteiligt. Hauptziel war die Stärkung der Attraktivität der Pflege und dies sollte durch mehr Pflegepersonal, Aufwertung des Pflegeberufes durch mehr Verantwortung sowie bessere Arbeitsbedingungen und Entlastung der beruflich Pflegenden erreicht werden. Hierzu wurden fünf Handlungsfelder definiert und dazu jeweils eine Arbeitsgruppe gebildet, in denen jeweils umfangreiche Maßnahmenpläne entwickelt und in einem umfassenden Bericht veröffentlicht wurden (BMG, 2019).

Der zweite Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen (BMG, 2021) kommt zu einem positiven Fazit bei der Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen. Konkret wird auf mehr Personal in der Pflege, gestiegene Ausbildungszahlen in der neuen generalistischen Pflegeausbildung und gestiegene Löhne in der Pflege verwiesen. So sei die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pflege kontinuierlich gestiegen. Insgesamt hätten knapp 57.300 Auszubildende im Jahr 2020 mit der neuen generalistischen Pflegeausbildung begonnen. Die Zahl der begonnenen Pflegefachausbildungen habe um 13,5 % zugenommen. In der Altenpflege seien die Löhne um fast 16 %, in der Gesundheits- und Krankenpflege um fast 10 % gestiegen. Beim Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und bei der Gewerkschaft Verdi stößt der Bericht jedoch auf deutliche Kritik. Der DBfK wirft den Ministerien sogar vor, die Situation in den Pflegeberufen unverhältnismäßig zu beschönigen, weil der Bericht einem Realitätscheck nicht standhält. Christel Bienstein stellt deshalb fest, dass es nicht an Einsicht fehle,

sondern es mangle am politischen Willen zur Durchsetzung von Veränderungen (Millich, 2021). Damit bleibt auch die *Konzierte Aktion Pflege* deutlich hinter den Erwartungen und den tatsächlich notwendigen Veränderungen zurück.

Allerdings verweist der zweite Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen im Rahmen der KAP auch auf das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWVG). Hier wurde 2021 für Pflegefachpersonen in der Altenpflege eine Entlohnung nach Tarif beschlossen und ein bundeseinheitliches Personalbemessungsverfahren beschlossen (► Kap. 3.2, ► Kap. 3.3).

Auch für die Krankenhäuser soll ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren entwickelt und erprobt werden (► Kap. 2.5). Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können durch das Personalbemessungsverfahren künftig insgesamt rund 17.300 zusätzliche Fachkraft- und rund 40.000 zusätzliche Hilfskraftstellen finanzieren. Ziel dieser Regelungen ist es vorrangig, die Arbeitsverdichtung in der Pflege zu verringern und die Entlohnungssituation zu verbessern. Diese Maßnahmen tragen somit laut dem Bericht (BMG, 2021) wesentlich zu der in der KAP angestrebten Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege bei.

1.1.2 Wie viele Pflegekräfte benötigen wir und woran bemisst sich die notwendige Anzahl?

Wenn zusätzliche Stellen die Arbeitsverdichtung in der Pflege verringern sollen, drängt sich dabei fast zwangsläufig eine Frage auf, nämlich: wie viele Pflegekräfte benötigen wir eigentlich für eine bedarfsgerechte Versorgung in den verschiedenen Feldern der Pflege? Aus einer validen Antwort auf diese Frage ergäbe sich dann fast zwangsläufig die Überlegung, einen solchen Bedarf im Rahmen

verbindlicher Vorgaben für die Pflegepersonalbemessung festzulegen.

Auch wenn die Frage auf den ersten Blick naheliegend und einfach zu stellen ist, merkt man bei genauerem Hinsehen, dass sie gar nicht einfach zu beantworten ist.

Unterschiedliche Sichtweisen

Hierfür gibt es mehrere Gründe:

Zunächst mal gibt es unterschiedliche Sichtweisen, die sich bei der Bemessung des notwendigen Pflegepersonalbedarfs fast diametral gegenüberstehen. Aus pflegerischer Sicht sollte der notwendige Pflegepersonalbedarf möglichst daran festgemacht werden, dass eine qualitativ hochwertige Pflege für alle Pflegeempfänger*innen und deren Angehörige zu jeder Zeit sichergestellt werden kann. Die Kostenträger, die die notwendigen finanziellen Mittel verwalten, verweisen allerdings eher auf das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12, SGB V und § 29 SGB XI), so dass mit einem entsprechenden Personalschlüssel eine ausreichende und das notwendige Maß nicht überschreitende Pflege gewährleistet werden soll. Die beiden unterschiedlichen Sichtweisen zeigen, dass man für die Bemessung des Pflegepersonalbedarfs möglicherweise zwei Kennzahlen benötigt, nämlich eine Obergrenze, mit der eine qualitativ hochwertige Pflege zu jederzeit sichergestellt werden kann, und eine Untergrenze, mit der eine pflegerische Gefährdung der Patient*innen möglichst noch ausgeschlossen wird.

Tatsächlich wird dieser Überlegung ja auch Rechnung getragen, indem beispielsweise in der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUVG) genau solche Untergrenzen festgelegt werden, oder eben Korridore zwischen Ober- und Untergrenze. Die notwendige Personalbemessung bewegt sich somit zwischen den Polen einer optimalen Pflege auf der einen Seite und einer gerade noch angemessenen Pflege auf der anderen Seite.

Ein zweiter Punkt in dieser Diskussion ist die Frage, ob sich die Personalbemessung an dem vermeintliche Notwendigen orientiert oder an dem, was realistisch umsetzbar ist. Hier kommen insbesondere die Leistungserbringer ins Spiel, die teilweise argumentieren, dass die Umsetzung von Personalvorgaben in bestimmten Bereichen objektiv unmöglich ist und dementsprechend Leistungen zurückgefahren werden müssen. Das zeitweise völlige Aussetzen von Personalvorgaben fand beispielsweise aus weitestgehend nachvollziehbaren Gründen während der Corona-Pandemie statt. Man hört solche Argumente aber auch deutlich in »normalen« Zeiten. So argumentiert beispielsweise die DKG mit Bettenschließungen im Intensivbereich, weil nur so die Pflegepersonaluntergrenzen sichergestellt werden können. Gleichzeitig wird die Anzahl der zur Verfügung stehenden Betten dadurch reduziert. Die Folge seien gesperrte Intensivstationen und Rettungsdienste, die intensivpflichtige Patient*innennicht in nahegelegenen Krankenhäuser bringen können. Eine ähnliche Diskussion sehen wir seit Jahren im Bereich der Perinatalversorgung.

Die Umsetzung der Personalvorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) im Rahmen der Früh- und Reifegeborenen-Richtlinie (QFR-RL) ist nur durch Ausnahmetatbestände für den Pflegeschlüssel für Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von 1500 g oder weniger möglich. Liegt ein solcher Ausnahmetatbestand vor, können Krankenhäuser die in der Richtlinie normierten Mindestanforderungen an den Pflegeschlüssel unterschreiten. Anderenfalls würde sich das bestehende Netz an Perinatalzentren in Deutschland potentiell deutlich dezimieren und es könnten Versorgungslücken in der Versorgung von Frühgeborenen entstehen.

Auch in der psychiatrischen Pflege wird diese unterschiedliche Perspektive mehr als deutlich, denn dort erstreckt sich ein Diskurs zur adäquaten Personalausstattung darüber, wie viel Therapie ein Mensch in einer psychiatrischen stationären Behandlung erhalten

darf. Hier steht insbesondere der Begriff der »Leitliniengerechtigkeit«, also die Umsetzung einer adäquaten Therapie gemäß Leitlinie im Widerspruch zum bestehenden Kostendruck (► Kap. 4). In der stationären Altenpflege ist derzeit ein massiver Abbau der Angebotsstrukturen zu beobachten, da das Personal zur Aufrechterhaltung der entsprechenden Personalvorgaben nicht zur Verfügung steht. Für die neuen Vorgaben durch das PBEM-Verfahren gilt eine Übergangsfrist bis 01.07.2025. Derzeit wird in Landesrahmenverträgen durch landesrechtliche Regelungen eine Mindestpersonalausstattung definiert, die deutlich unter den Werten des PBEM-Verfahrens liegt. Möglicherweise sollen so weitere Schließungen von Betten oder Abteilungen durch Unterschreiten von Personalvorgaben verhindert werden. Auch in der ambulanten Altenhilfe sowie in der ambulanten und stationären psychiatrischen bzw. psychosomatischen Versorgung ist zu beobachten, dass trotz eindeutiger Versorgungsnotwendigkeit lange Wartezeiten für die Betroffenen entstehen.

Diese Sichtweise verdeutlicht, dass der notwendige Personalbedarf nicht ausschließlich an Qualitätskriterien, sondern eher an der Versorgungsnotwendigkeit festgemacht wird.

Probleme in der Methodik zur Festlegung von Personalkennzahlen

Für die Festlegung von Kennzahlen wäre es wünschenswert, dass es pflegewissenschaftliche Kriterien gibt, von denen sich entsprechende Kennzahlen ableiten lassen, dies ist allerdings nicht unbedingt einfach. Das fängt mit dem Erhebungszeitraum an: Wird ein Tag angeschaut oder – wie es ja im DRG-System üblich ist – eher der gesamte Fall? Zusätzlich stellt sich die Frage des »Fixpunktes« der Kennzahl: sollen die Kennzahlen mit Qualitätsergebnissen, z. B. die Verbesserung von Wundzuständen, verknüpft sein oder erfolgt eine Schweregrad-Adjustierung, sprich die Patient*innen werden nach »Fallschwere« ein-

gruppiert, so dass man eher »grob« einschätzt? Die Verknüpfung mit Qualitätsaussagen ist aber häufig sehr schwierig, da hierfür ggf. längere Zeiträume angesehen werden müssten, was im Bereich der Langzeitpflege einfacher umzusetzen wäre als in Kliniken mit sehr kurzen Verweildauern und stark wechselnden Zuständen der Patient*innen.

Eine interessante Kennzahl als weiteres mögliches Merkmal stellen auch die Pflegepersonaluntergrenzen dar: Diese sind derzeit nicht mit einem Aufwand des Patienten, einer Pflegefachkraft oder einer Qualitätsaussage verknüpft, sondern gehen von der Annahme aus, dass bei dem Vorhandensein einer bestimmten Anzahl an Pflegekräften negative Ergebnisse automatisch vermieden werden. Die Studienlage in Deutschland ist hierzu aber als äußerst marginal zu bewerten und wird darüber hinaus auch methodisch in Frage gestellt (z. B. Schreyögg & Milstein, 2016). Übertragungen aus dem Ausland sind häufig aufgrund der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus und der Aufgabengebiete nicht adäquat möglich.

Bei dieser kurzen Darstellung von Schwierigkeiten bei der Messung pflegerischer Kennzahlen kommt erschwerend hinzu, dass die Settings in denen professionelle Pflege stattfindet, sehr variabel sind: zwischen einem Aufwachraum in einem Krankenhaus, einer psychiatrischen stationären Behandlung, einer neonatologischen Intensivversorgung und einer Pflege-Oase sind enorme Unterschiede im Aufwand, wie auch in der eigentlichen Leistungserbringung von dem, was eigentlich Pflege ist.

Weiterhin – und dies wird häufig vermisch – ergibt sich aus der Pflegepersonalbemessung nicht automatisch ein zu finanzierendes Pflegebudget (Pohlmann/Evers, 2021). Besonders zu klären wäre hier die Frage, mit welcher Qualifikation eine pflegerische Leistung erbracht werden soll. Nicht für jede Leistung ist eine dreijährige akademische Pflegefachperson notwendig, sondern es könnte auch die kostengünstigere Pflegehilfs-

kraft sein. Entscheidend ist hier also die einrichtungsindividuelle Pflegeorganisation mit einem sinnvollen Grade- und Skill-Mix, also einer möglichst guten Mischung von verschiedenen Qualifikationen und Fähigkeiten bei einer gleichzeitig klaren Festlegung von Verantwortungen und Zuständigkeiten.

Wie am Beispiel des Weiterentwicklungsauftrags nach § 137I SGB V zu sehen, ist hierzu sogar ein wissenschaftlicher Auftrag vergeben worden, der klären soll, wie in das System der PPR 2.0 ein Skill- und Grade-Mix abgeleitet werden kann.

Scheitern bisheriger Versuche der Personalbedarfsbemessung

An dieser Stelle sei auch kurz auf die Vielzahl verschiedener Instrumente eingegangen, die nicht alle in diesem Buch ausführlich beschrieben werden. Die Unterschiedlichkeit der verschiedenen Ansätze lässt sich hier aber gut demonstrieren. Es zeigt sich außerdem, dass Versuche zur Personalbedarfsbemessung nicht neu sind, sich viele Instrumente aber entweder nicht bewährt oder nicht durchgesetzt haben.

Bereits 1992 wurde mit dem damaligen Gesundheitsstrukturgesetz eine Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege, kurz Pflegepersonal-Regelung (PPR) in Kraft gesetzt. Die PPR führte zu einem Zuwachs von 21.000 Vollzeitkräften auf chirurgischen und internistischen Normalstationen. 1997 wurde die PPR gesetzlich wieder abgeschafft, da der notwendige Personalaufwuchs nicht durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert werden sollte. Als Grundlage für die interne Berechnung von Personalschlüsseln diente sie aber weiter in vielen Krankenhäusern (Verdi, o. J.).

Recht prominent ist auch das »Pflegerische Basis-Assessment« (BAss) zu nennen, bei dem –sehr verkürzt dargestellt– über ein Basis-Assessment ggf. OPS-Codes getriggert

werden sowie eine Fallschwere, der »BAss-Nursing-Case-Index« ausgeleitet werden können. Dies würde Doppeldokumentation verhindern, die Bedeutung der Pflege im Abrechnungssystem vergrößern und es wäre auch kein ganz neuartiges Instrument zu implementieren (Profession Pflege, 2018). Wie festzustellen ist, ist der BAss bisher allerdings nicht als gesetzliche Vorgabe übernommen worden.

Andere Systeme wie beispielsweise die »Leistungserfassung in der Pflege« (LEP) oder das »elektrische Pflege-Assessment« (ePA) sind dahingehend durchaus in Deutschland etabliert und werden ebenso zur Messung der Auslastung eines Pflegedienstes genutzt, was einerseits am mittlerweile an vielen Stellen hohen Digitalisierungsgrad liegt sowie der Möglichkeit einen kompletten Pflegeprozess zu implementieren. Auch hier ist aber festzuhalten, dass beide Systeme weiterhin kommerzielle Produkte darstellen und keine gesetzliche Überführung stattgefunden hat.

Das leitet wiederum über zu einem Instrument über, welches derzeit mittels Gesetz erprobt wird, bei dem aber noch keine Implementierung erfolgt ist: Gemeint ist das System »INPULS« von Ingo Eck, beziehungsweise der Universitätsklinik Heidelberg. Dieses Instrument – speziell für Intensivstationen und ähnliche Funktionseinheiten – wird derzeit in einem gesetzlichen Auftrag erprobt (► Kap. 2.5).

Ein prominentes und durchaus negatives Beispiel ist der mittlerweile eingestellte »Pflegekomplex-Maßnahmen-Score« (PKMS). Dieser funktionierte nach demselben Prinzip der Pflegepersonalregelung, das heißt, es wurden pflegerische Maßnahmen durchgeführt, daraus erfolgte eine Einstufung beziehungsweise war dies der Nachweis der Erfüllung von Kriterien, um hochkomplexe Pflegefälle abrechnen zu können. Soweit erstmal eine gute Idee, hochkomplexe Fälle separat zu vergüten. Die Schwierigkeit war allerdings, dass die Mittelverwendung der durch Pflegemaßnahmen erwirtschafteten Gelder nicht zwingend

für den Pflegedienst refinanziert verwendet werden mussten, um beispielsweise einen Personalaufbau zu finanzieren. Vereinfacht gesagt: Die Pflege hat das Geld erwirtschaftet, ausgegeben wurde es aber oft für was Anderes (z. B. für den Erhalt oder Bau von Gebäudestrukturen, aufgrund einer unzureichenden Investitionsförderung der Länder). Dieser etwas polemisch dargestellte Sachverhalt verdeckt aber das Hauptproblem des PKMS: Es war ein sehr hoher Dokumentationsaufwand für eine eher geringe Zahl daraus resultierender erlösrelevanter Patienten. Der Aufwand und der Nutzen, unabhängig der Mittelverwendung, stand nicht durchgehend in einem sinnvollen Verhältnis, was beispielsweise auch mit hohen Prüfquoten des Medizinischen Dienstes zusammenhing.

1.1.3 Probleme in der mangelhaften politischen Durchsetzungsfähigkeit der Pflege

Obwohl es gute Ansätze gibt, landen diese nicht alle in der Gesetzgebung. Eher umgekehrt: Aktuell ist mit INPUS und in Abstrichen auch mit der PPR 2.0 und der Kinder-PPR möglich, Instrumente »aus der Profession für die Profession« in gesetzgeberische Prozesse zu integrieren.

Dabei zeigt sich aber auch weiterhin, dass im Vergleich zu anderen Ländern eine durchschlagsfähige pflegerische Organisation nicht in dem Maße akzeptiert ist, wie es in anderen Ländern vorkommt. Beispielhaft sei hier das Royal College of Nursing aus Großbritannien erwähnt. Es gibt den scherzhaften Spruch, wenn das »Royal College of Nursing (RCN) hustet, springt das englische Gesundheitssystem (National Health Service, NHS)«. Das liegt zum einen daran, dass das RCN eine Mischform aus Gewerkschafts- und Berufsverband und innerhalb des NHS stark eingebunden ist. Das RCN definiert darüber hinaus

aber auch Qualitätsstandards und gibt sozusagen vor, was Pflege in Großbritannien ist und wie professionelle Pflegekräfte zu arbeiten haben.

Pflege ist in Deutschland allerdings insgesamt weder betrieblich noch überbetrieblich gut organisiert. Die Bertelsmann-Stiftung stellt in einer von ihr beauftragten Studie fest, dass nur knapp 24 % der Beschäftigten der Altenpflege in einem Betrieb mit betrieblicher Interessensvertretung tätig sind. Ohne eine betriebliche Interessensvertretung durch einen Betriebsrat oder Mitarbeitervertretung können Forderungen der Beschäftigten z. B. im Hinblick auf die Dienstplanung oder die Arbeitsorganisation nur eingeschränkt umgesetzt werden. Im Vergleich der Trägerstruktur zeigt die Studie, dass es bei privaten Trägern besonders selten eine betriebliche Interessensvertretung gibt (10,6 %), bei kirchlichen Trägern liegt der Anteil bei 38,5 %. Je größer der Betrieb ist, desto besser sind die Arbeitnehmer- und Arbeitnehmerinnen organisiert – d. h. in Krankenhäusern besser als in der stationären Altenpflege und in der stationären Altenpflege besser als in der ambulanten Altenpflege (Bertelsmann-Stiftung, 2018). Der Einfluss von Berufsverbänden und Interessensvertretungen der Pflege wird als gering eingeschätzt. Durch die Kleinteiligkeit der verschiedenen Akteure und gegensätzlichen Zielgruppen kann hier nicht von einer starken Organisation gesprochen werden (ebd., 2018).

In Ergänzung ist die schleppende Entwicklung von Pflegekammern zu nennen. Die etablierten Kammern in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen sind zwar gute Gesprächspartner in ihren Ländern, das hat jedoch nicht dazu geführt, dass es zu einer größeren Gründung von Pflegekammern in den anderen Bundesländern gekommen wäre. Wie das Beispiel Baden-Württemberg zeigt, hat selbst eine über 50 % liegende Zustimmungquote nicht zur Gründung einer Kammer ausgereicht (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-