

3 Soziale Sicherheit und Gute Arbeit

3.1 Pflegeausbildung und -politik vor Neustart

Die Berufsbilder gerade der Gesundheits- und Pflegeberufe befinden sich im Wandel, eine gemeinsame Ausbildung ist über das Pflegeberufegesetz beschlossen, ein Professionalisierungstrend zu beobachten. Dem Personal- bzw. Fachkräfteengpass versucht die Politik mit Personalmindestgrößen entgegenzuwirken. Über die Ausgestaltung scheiden sich derweil die Geister.

Ab 2020 nur noch eine Ausbildung statt drei

Das auf Bundesebene entwickelte Pflegeberufegesetz stellt die Ausbildung in der Pflege ab 2020 grundsätzlich auf neue Füße. Die bislang getrennte Ausbildung für Krankenpflege, Altenpflege und Kinderkrankenpflege wird dann zusammengeführt. Es gibt fortan eine gemeinsame Ausbildung mit Unterricht und praktischem Teil. Diese sogenannte generalistische Ausbildung will damit die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen aufnehmen und den Fachkräften gleichzeitig die Möglichkeit bieten, sich auf „ihrem“ Arbeitsmarkt möglichst flexibel zwischen den Arbeitsfeldern „ambulante Pflege/Pflegeheim“ bzw. „Krankenhaus/Kinderstation“ (Kinderkrankenpflege) bewegen zu können. Zudem überschneiden sich die Aufgabenbereiche bzw. Tätigkeiten in der Praxis zunehmend. Berufsbildübergreifendes Wissen ist verstärkt gefordert. Nach der Ausbildung besteht prinzipiell die Möglichkeit, sich entweder weiter zu spezialisieren, einen generalistischen Abschluss zu absolvieren oder auch in neue Berufsfelder („Pflegeassistent“) einzusteigen.

Akademisierung der Pflege

Zudem soll der Beruf generell für ein pflegewissenschaftliches Studium geöffnet werden.¹ Der Trend zur Akademisierung steckt in Deutschland allerdings – im Gegensatz zu vielen anderen Ländern – noch in den Kinderschuhen. Hierzulande fehlt es derzeit und wohl auch in naher Zukunft an ausbildungsadäquaten Einsatzmöglichkeiten, da akademisch ausgebildete Pflegefachleute eher im „Back Office“, also planend oder in Leitungsfunktionen tätig sind. Ein weiteres Problem der Akademisierung bei gleichzeitigem Fachkräfteengpass stellt der längere Ausbildungsweg dar. Die dringend benötigten Pflegefachkräfte stehen dem Arbeitsmarkt erst „verspätet“ zur Verfügung. Eine generelle Akademisierung wird in Deutschland sowohl von

Ärzteseite wie auch von Gewerkschaftsseite eher kritisch gesehen, zumal akademisch ausgebildetes Personal in erster Linie in leitenden Funktionen und eben nicht am Krankenbett zum Einsatz kommt. Durch den Verweis auf internationale Entwicklungen und dem nachvollziehbaren „intrinsischen“ Druck der Pflegeverbände wird sich der Trend zur Akademisierung wohl aber fortsetzen, zumal damit auch ein Wertschätzungsgewinn sowie eine bessere (erstmalige) Mitsprache im Gemeinsamen Bundesausschuss, dem höchsten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, erwartet werden.

Pflegewissenschaftliche Hochschulausbildung im Saarland

Derzeit befinden sich gut 10.000 Studierende in einer pflegewissenschaftlichen Hochschulausbildung, Tendenz steigend. Das Saarland hat jüngst mit seiner Entscheidung zur unbefristeten staatlichen Anerkennung der privaten „Deutschen Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement“, die seit zehn Jahren existiert und mittlerweile ca. 8.000 Studierende zählt, ein Zeichen in Richtung Akademisierung von Gesundheitsfachberufen gesetzt. Die dort verfügbaren Studienangebote zum Zukunftsfeld „Fitness und Gesundheit“ befinden sich aber gemäß den oben im Schwerpunktthema beschriebenen einschränkenden Bedeutungszusammenhängen („Kernleistungen“) noch im „entwicklungsfähigen“ Stadium.

Die an der htw saar sowie der gemeinsamen Berufsakademie von SHG, Victors-Gruppe und Kreiskrankenhaus St. Ingbert vergleichsweise neuen akademischen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in Form entsprechender (primärqualifizierender oder weiterführender) Studiengänge eröffnen grundsätzlich persönliche sowie berufliche Entwicklungschancen, und dies teils unabhängig von der Existenz einer Hochschulzugangsberechtigung. So sind Karrieren in der (Alten-)Pflege denkbar, die über die Grundausbildung und eine (duale) Pflegeausbildung bis hin zu einem Studium führen können. Andererseits profitiert gerade die Altenpflege aufgrund niedriger Berufseingangshürden, hohem Teilzeitanteil, politisch und trägerseitig geförderter Umschulungspraxis sowie neuen Assistenzberufen bisher kaum von den allgemeinen Professionalisierungs- und Akademisierungsbestrebungen in der Pflege.

Pflegequalität folgt Ausbildungsqualität und ausreichender Zahl an Pflegekräften

International zeigt eine ganze Reihe von Studien, dass die Pflegequalität mit der Qualifizierung steigt. So sinkt beispielsweise die Sterblichkeit mit



der Zahl an Pflegefachkräften pro Patient sowie dem Anteil an akademisch ausgebildeten Pflegefachkräften. Daneben tragen ein besseres Pflegekraft-Patienten-Verhältnis sowie bessere Arbeitsbedingungen dazu bei, die Heilungschancen der Patienten zu erhöhen.² Diese Forschungs- und empirischen Ergebnisse werden durch den aktuellen Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) des GKV-Spitzenverbandes, der teilweise von massiven Mängeln spricht, bestätigt. So werde beispielsweise die Wundversorgung häufig nicht nach aktuellem Wissensstand durchgeführt, was einem Behandlungsfehler gleichkommt. Es fehle an einer geeigneten Schmerztherapie, und auch Informationen würden nicht (rechtzeitig) eingeholt. Ebenso würde gut jede zehnte Medikamentengabe nicht exakt nach ärztlicher Versorgung erfolgen.³

Haftungsrechtlich grenzwertige Entwicklung

Die Pflegequalität und damit die Versorgung der Patienten steht so unter einem massiven Druck, ja ist gefährdet mit allen potenziellen haftungsrechtlichen Folgen, wenn z. B. notwendige Pflegeleistungen am Patienten aus Zeitmangel vernachlässigt werden oder es zu nachteiligen Patientenergebnissen wie Stürzen, Harnwegsinfektionen oder Dekubitus kommt. Denn eine zu geringe Personaldecke kann als Organisationsverschulden des Krankenhausträgers angesehen werden, was wiederum einem (groben) Behandlungsfehler entspräche, sollte ein gesundheitlicher Schaden hierauf zurückzuführen sein. Geschädigte Patienten könnten juristische Beweiserleichterungen „bis hin zur Beweislastumkehr“ in Anspruch nehmen, was die Frage der Kausalität betrifft.

Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen

Im Zusammenhang mit der Sicherstellung einer ausreichenden Personalisierung notwendiger Behandlungsschritte unter ökonomischen Zwängen, aber auch zur Aufwertung bzw. Entlastung anderer am Behandlungsprozess beteiligter Berufsgruppen ist auch das Thema Delegation bzw. Substitution ärztlicher Leistungen durch Pflegefachkräfte ein aktuelles Thema. In vielen Ländern ist es bereits die Regel, dass akademisch ausgebildete Pflegekräfte ärztliche Leistungen übernehmen. Dies ist beispielsweise in den USA der Fall, was zu einer entsprechend deutlich höheren Zahl an Pflegekräften insgesamt je Fall führt. Hier geht es um die schrittweise Etablierung neuer Gesundheitsprofessionen (Physician Assistant, Nurse Practitioner, „Breast Care Nurse“) und beruflicher Rollen im Versorgungskontext (Case Manager). Neben berufsgruppenspezifischen Vorbehalten, gerade von Ärzteseite, existieren auch und vor allem haftungsrechtliche sowie finanzielle Hürden.

Auch die Sicherung medizinischer (und pflegerischer) Behandlungsqualität steht sicherlich in der Diskussion. Der Einsatz dieser neuen Berufsbilder ist in anderen Ländern (USA, Niederlande) durch eine akademische Ausbildung gekennzeichnet, die qualitativ und quantitativ derzeit bestehende deutsche Lösungen übersteigt.

Wie hoch ist der Bedarf an Pflegekräften?

Die Beschäftigtenzahlen der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen haben sich in der Vergangenheit ganz unterschiedlich entwickelt. Das wird am deutlichsten sichtbar an den beiden Hauptberufsgruppen im Krankenhaus, Pflegekräften und Ärzten. So ist im Gegensatz zu den Ärzten die Zahl an Pflegefachkräften pro Pflegefall gesunken – und das entgegen dem OECD-Trend.⁴ Zu wenige Pflegefachkräfte führen auf Dauer zu Ausgleichsbewegungen, die aber die Qualität der Versorgung gefährden können. So müssen Diagnostik, Operationen und Therapien komprimierter stattfinden, der Dokumentationsaufwand erhöht sich und auch die Anforderungen an Koordination und Kommunikation steigen. Auch werden gerade fürsorge- und gesprächsintensive Leistungen eher weggelassen, da sie trotz erwiesener Notwendigkeit für die Ergebnisqualität wenig Geld bringen und vor allem Zeit kosten. Bestimmte Pflegetätigkeiten unterliegen damit inzwischen einer (verdeckten) Rationierung. Dies betrifft auch Mängel bei der zeitgerechten Medikamentenvergabe, beim Umlagern, bei der Hautpflege sowie der adäquaten Patientenüberwachung.

Arbeitsqualität entscheidet mit über Versorgungsqualität

Nicht nur quantitative und qualitative Personalbesetzung, gemessen am Personalschlüssel sowie dem (akademischen) Personalmix, entscheiden mit über die Behandlungsqualität, sondern auch die Arbeitsumgebungsfaktoren. Sie wirken über ihren Einfluss auf die Pflegepersonalfaktoren (Zufriedenheit/Burnout) auch auf die Prozess- und Ergebnisqualität. Deutschland liegt bei der Bewertung hinsichtlich der Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen, insbesondere in Bezug auf die quantitativen Arbeitsanforderungen und die Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten, im europäischen Vergleich am Ende der Bewertungsskala. Insbesondere der sogenannte Arbeitsfähigkeitsindex liegt in deutschen Krankenhäusern auf niedrigem Niveau.

Die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), zu deren Unterstützern u. a. auch Gewerkschaften zählen, hat aktuell eine „Offensive Gesund Pflegen“ aus der Taufe gehoben, die den Wissenstransfer für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen in der Pflege in die Einrichtungen vor Ort tragen



möchte. Sie knüpft dabei an ihre langjährigen Aktivitäten an und weitet diese aus um neue Themen wie Digitalisierung in der professionellen Pflege. Und: Sie produziert qualitätsgesichert eine Reihe von Handlungshilfen für die Pflegepraxis.

(Gesetzes-)Initiativen: Pflegepakt und Pflegestellen

Die Bundesregierung hat in den letzten Jahren versucht, auf die Personalbemessung in der Pflege korrigierenden Einfluss zu nehmen. So wurde ein Pflegezuschlag eingeführt sowie ein Pflegestellenförderprogramm auf den Weg gebracht. Eine knappe Mrd. Euro floss dementsprechend in die Personalisierung von Pflegekräften in den Krankenhäusern, was in etwa 5 % der Ausgaben für Pflegepersonal entspricht. Auch für die neue Legislatur sind nach den Vereinbarungen im Koalitionsvertrag zusätzliche Stellen in Aussicht gestellt. Die von der GroKo für den Bereich Altenpflege geplanten 8.000 Stellen reichen nach Expertenmeinung jedoch bei weitem nicht aus. Pro Heim entspräche dies gerade einmal 0,6 Stellen.⁵ Der aktuelle Koalitionsvertrag sieht nun auch für die Krankenhausversorgung einen Personalschlüssel vor. Für Pflegeheime wird bereits seit 2015 im Auftrag der Pflegeselbstverwaltung, die durch die Politik hierzu verpflichtet worden ist, ein fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personals in Pflegeeinrichtungen wissenschaftlich entwickelt und erprobt.⁶

Auch das Saarland hat in den zurückliegenden Jahren ein ganzes Bündel an Aktivitäten entfaltet und dabei die relevanten Akteure mit ins Boot genommen beziehungsweise deren Mitwirkung „eingefordert“. Herauszustellen ist hier der saarländische Pflegepakt, an dem auch die Arbeitskammer des Saarlandes beteiligt ist. Ziel des Pflegepaktes ist es, das „Pflegeberufebild auf der Grundlage aller rechtlichen Rahmenbedingungen [PSG I-III, Pflegeberufegesetz, Krankenhaus(struktur)gesetze] in gemeinsamer Zusammenarbeit anzupassen“.⁷ Dabei wird explizit die Verbesserung der Arbeitsbedingungen herausgestellt und das Ziel „1.000 neue Stellen für das Saarland“ ausgegeben.

Krankenhausstrukturen in Bewegung

Auch in der Krankenhausversorgung scheint die Landespolitik inzwischen erkannt zu haben, dass sich Krankenhausplanung nicht nur dem ökonomischen Diktat unterwerfen kann, sondern sich verstärkt und konsequent nach dem zukünftigen Versorgungsbedarf richten muss. So sollen nach einigen Jahren des kontinuierlichen Bettenabbaus – aufgrund des veränderten Blickwinkels der DRG-Logik (Diagnosebezogene Fallgruppen) – erstmals

wieder zusätzliche Betten in den saarländischen Krankenhausplan aufgenommen werden – mit Verweis auf notwendige geriatrische Kapazitäten aufgrund der demografischen Situation im Saarland.

Trotzdem ist die Krankenhauslandschaft stark in Bewegung. Das Krankenhausstrukturgesetz hat mit dem Steuerungsinstrument des Innovations- bzw. Strukturfonds quasi einen Freifahrtschein in Richtung Abbau von stationären Überkapazitäten und (sektorenübergreifenden) Umwidmungen von stationären Strukturen ausgegeben. Das Ergebnis hat auch die Bürger des Saarlandes aus ihren Träumen gerissen, die von kurzen Wegen geprägt und als niederschwellig zu charakterisierenden „Versorgungsrealitäten“ gekennzeichnet waren.

Der derzeit im Krankenhaussektor zu beobachtende Konzentrationsprozess, der sowohl aus ökonomischen Gründen als auch vor dem Hintergrund der Sicherstellung einer höheren Operationsqualität durch höhere Operationsfallzahlen in größeren, spezialisierten Häusern immer lauter von politischer und insbesondere Krankenkassenseite gefordert wird, hat bereits jetzt und wird verstärkt in naher Zukunft Einfluss auf die regionale Höhe und Verteilung von Kapazitäten im Gesundheitsbereich haben.⁸

Saarland will in der Personalbemessung Vorreiter sein

Das Saarland hat damit im Rahmen des neuen saarländischen Krankenhausgesetzes ebenfalls ein positives Signal ausgesendet, was eine Stärkung der Pflegepersonalsituation in den Krankenhäusern betrifft. Leider kann aus den bisher vorliegenden Studien nicht exakt abgeleitet werden, wie viel Personal welcher Qualifikation für welche Patientenfälle mindestens notwendig ist, um ein bestimmtes Ergebnis beim Patienten in den Krankenhäusern Deutschlands zu erzielen, was die Arbeit der Expertenkommission zur Ermittlung von Mindestpersonalzahlen nicht beneidenswert macht. Auch den Vereinbarungen im saarländischen Koalitionsvertrag, Personalmindestzahlen festzuschreiben, stehen Empfehlungen des Gutachtens zur Krankenhausplanung gegenüber, die die Möglichkeiten einer wissenschaftlich sicheren Herleitung und einer rechtlich bindenden Festlegung solcher Mindestzahlen bezweifeln.

Die aktuell von Krankenhaus- und Krankenkassenseite ins Feld geführten Pflegeschlüssel, die für die Personalbemessung lediglich zwei Drittel examinierter Pflegekräfte vorsehen, sind jedoch ein fatales Signal, dem sich Pflege- und Arbeitnehmervertreter mit aller Kraft widersetzen und der im Übrigen auch einem Bundesratsbeschluss zur qualitativen Füllung des klinikbezogenen Personalschlüssels zuwiderläuft.⁹ Insofern ist es weiterhin



eine offene Frage, in welchem Ausmaß die Krankenhausplanung die künftige (qualitative und quantitative) Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitsbereich vorantreibt.

Merkliche Änderung in Personalbemessung macht Änderung der Finanzierungsbasis (nicht nur) in der Pflege nötig

Die Personalstärke steht und fällt mit der Finanzierungsbasis von Gesundheits- und Pflegeleistungen sowie -strukturen. Die Bedingungen für Krankenhäuser und Pflegeheime sind momentan im Saarland aufgrund eines hohen Landesbasisfallwertes sowie hoher Pflegesätze im Bundesvergleich relativ gut. Die Bedingungen werden sich aber über kurz oder lang eher am Bundesdurchschnittswert, zumindest im Krankenhausbereich, orientieren. Außerdem hinkt die Investitionsfinanzierung des Landes weiterhin hinterher, so dass auch schon in der Vergangenheit Mittel „zweckfremd“ in die Bausubstanz statt in die eigentliche Pflege geflossen sind.

Gleichzeitig müssen Pflegebedürftige in saarländischen Pflegeheimen den höchsten Nettoeigenanteil bundesweit für ihren Pflegeplatz leisten, was mit den zweithöchsten Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskostenanteil bundesweit korrespondiert.¹⁰ Eigenanteile sind derzeit nötig, da die Leistungen der Pflegeversicherung in der Regel deutlich geringer sind als die Pflegesätze. Daraus ergibt sich gegebenenfalls wiederum eine Leistungspflicht der Sozialhilfeträger („Hilfe zur Pflege“). Politische Überlegungen in Richtung einer Ausweitung der Finanzierungsbasis, zum Beispiel über eine Pflegevollversicherung, bleiben damit (zwangsläufig) auf der gesundheitspolitischen Agenda. Ähnliches gilt für die Gesundheitsversorgung (Stichwort „Bürgerversicherung“). Denn mit der Finanzierung und der Qualität der Arbeitsbedingungen steht und fällt letztendlich die Attraktivität der Pflegeberufe und damit die Zukunft der Pflege.

- ¹ „Aus drei mach eins“. Reform der Pflegeberufe. Unter tagesschau.de vom 22.06.2017.
- ² McHugh, M. D. u. a.: Better nurse staffing and nurse work environments associated with increased survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients. *Med Care* 54/2016, S. 74-80.
- ³ Qualitätsbericht vorgelegt: Massive Mängel in der Pflege. Unter tagesschau.de vom 01.02.2018.
- ⁴ Zander, B. u. a.: Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive. In: Klauber, J. u. a. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2017*. Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Schattauer-Verlag, Stuttgart, 2017.
- ⁵ Bundesgesundheitsminister Spahn hat zwischenzeitlich angekündigt, die Zahl der Altenpflegestellen im Rahmen eines Sofortprogramms auf 13.000 aufzustocken.
- ⁶ Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen: *Wieviel Personal ist für eine gute Pflege erforderlich?* Interneteintrag vom 19.12.2017.
- ⁷ Siehe u. a. auch Info-Flyer „Pflegepakt Saarland – Gute Pflege braucht starke Partner“ des Saarländischen Ministeriums für Gesundheit, Saarbrücken, 2016.
- ⁸ Siehe auch Pressestatement des Vorstandsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes Martin Litsch zum Krankenhausreport 2018 vom 19.03.2018.
- ⁹ Siehe u. a. Pressemitteilung „Pflegebündnis warnt vor Aushöhlung der Personaluntergrenzen“ von Arbeitskammer, ver.di und führenden Personalvertretern saarländischer Kliniken vom 28.03.2018.
- ¹⁰ Rothgang, H. u. a.: *BARMER-Pflegereport 2017*. BARMER-Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 5, Asgard-Verlag, Siegburg, 2017.

