

Kapitel I.12

PPSG und PPUGV – Beginn einer neuen Ära der Krankenhausfinanzierung?

SPD und CDU/CSU hatten in ihrem Koalitionsvertrag 2018 folgende Vereinbarungen für die Verbesserung der Situation in der Pflege im Krankenhaus und zur teilweisen Änderung der Krankenhausfinanzierung getroffen:

1. Umstellung der Krankenhausvergütung auf eine Kombination von Fallpauschalen und Pflegepersonalkostenvergütung. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausesindividuellen Pflegepersonalbedarf.
2. Vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Krankenhaus, verbunden mit der Nachweispflicht, dass dies auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommt.
3. Verbindliche Personaluntergrenzen für die gesamte Pflege im Krankenhaus.

Zunächst ist festzuhalten: Noch zwei Jahre zuvor war eine solche Entwicklung nicht vorstellbar. Die DRG wurden als Wunderwaffe zur Erreichung von Wirtschaftlichkeit gepriesen. Eine gesetzliche Personalbemessung wurde abgelehnt, weil sie den Grundprinzipien der DRG als Preissystem widersprächen und die unternehmerische Freiheit einschränken würden.

Ausschließlich den heftigen Auseinandersetzungen inner- und außerhalb der Krankenhäuser, den Aktivitäten der Beschäftigten in der Pflege und der Gewerkschaften ist dieser »Sinneswandel« zu verdanken. Dazu beigetragen haben maßgeblich die zahlreichen Proteste und kreativen Aktionen gegen die Personalnot. Aufgrund der extremen, gesundheitsgefährdenden Belastung hat ver.di die Personalausstattung auch tarifpolitisch aufgegriffen. In 18 Kliniken wurden Vereinbarungen für mehr Personal und Personalbemessungssysteme zum Teil in wochenlangen Arbeitskämpfen durchgesetzt. Hinzu kamen Unterstützungsmaßnahmen aus der Bevölke-

rung. In über 20 Städten wurden Bündnisse für mehr Personal gegründet und sind aktiv. In vier Bundesländern (Berlin, Hamburg, Bayern, Bremen) wurden Volksentscheide für eine gesetzliche Personalbemessung gestartet. Das große Medienecho (Talkshows mit Pflegekräften, kritische Berichte, usw.) tat ein Übriges.

Zwischenzeitlich sind die gesetzlichen Regelungen zur Umsetzung der Koalitionsvereinbarungen verabschiedet worden: Das »Pflegepersonalstärkungsgesetz« (PPSG) und die »Pflegepersonaluntergrenzenverordnung« (PpUGV). Die wesentlichen Inhalte des Gesetzes und der Verordnung sind:

► Pflegebudget

Ab 2020 werden die Personalkosten der Pflege am Bett (nicht Psychiatrie, OP-Personal, Anästhesiekräfte, Ambulanzpersonal) aus den DRG ausgegliedert, die DRG entsprechend abgesenkt und die ausgegliederten Kosten ebenfalls als Relativgewichte in einem »Pflegeerlöskatalog« dargestellt. Die Vergütung erfolgt aber nicht über diesen Katalog, sondern über ein krankenhausindividuelles Budget auf Basis der nachgewiesenen Kosten des jeweils letzten Jahres, vereinbart zwischen Krankenkassen und dem einzelnen Krankenhaus, incl. Vorausschätzung der Veränderungen für das jeweils nächste Jahr. Fehlschätzungen werden im übernächsten Jahr ausgeglichen. Es gibt keine Begrenzung nach oben. Die Wirtschaftlichkeit der entstehenden Kosten wird nicht geprüft. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich. Auch eine darüber hinaus gehende Vergütung ist mit einem sachlichen Grund zulässig. Es gilt Zweckgebundenheit mit Rückzahlungspflicht. Die unterjährige Abzahlung des Pflegebudgets wird über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert (Pflegebudget / Relativgewichte des Pflegeerlöskatalogs) realisiert. Am Jahresende findet eine Spitzabrechnung der über den Pflegeentgeltwert gezahlten Vergütungen mit den tatsächlichen Kosten statt – mit vollständigem Ausgleich von Über- bzw. Untervergütungen.

Wie funktioniert das »Herausrechnen« aus den DRG?

Ein (vereinfachtes) Beispiel: Eine bestimmte DRG X hat genau das Relativgewicht 1. In Berlin beträgt der aktuelle Landesbasisfallwert 3.444,38 Euro. Das

Krankenhaus erhält in Berlin also für diese DRG, wenn alles durchschnittlich verläuft, 3.444,38 Euro. Das INEK hat ermittelt, dass der Kostenanteil der »Pfle-ge am Bett« für diese DRG 20% beträgt. Damit reduziert sich das Relative-ge-wicht dieser DRG auf 0,8. Ein Krankenhaus in Berlin kann dadurch also nur noch $3.444,38 \times 0,8 = 2.755,50$ Euro (– 688,88 Euro) für die DRG X abrechnen. Es muss dafür aber die »Pfle-ge am Bett« auch nicht mehr aus den DRG finan-zieren. Diese wird ab 2020 zusätzlich zur Abrechnung nach den DRG über die Finanzierungssäule »Pfle-ge am Bett« abgerechnet.

Eine Wirkung dieser Ausgliederung ist interessant: Hat ein Krankenhaus bisher weniger für die Pflege ausgegeben als der Durchschnitt der Kranken-häuser, dann bekommt es über das Pflegebudget weniger, als ihm über die DRG-Absenkung abgezogen wurde, es verliert also. Hat es mehr für Pflege ausgegeben als der Durchschnitt, zählt es zu den Gewinnern der Umstellung. Überdurchschnittliches Sparen an der Pflege wird also bestraft. Aber die Be-troffenen können ja jetzt mehr Pflegekräfte einstellen und bekommen sie dann voll vergütet.

Bewertung Dies ist ein echter Paradigmenwechsel. Beim Pflegebudget handelt es sich um eine Abkehr vom Preissystem der DRG und um echte Selbstkostendeckung. Preissysteme als Form der finanziellen Steuerung der Krankenhäuser wurden einge-führt, um diesen Bereich der Daseinsvorsorge zu einem profitablen Wirtschaftssek-tor zu machen.

Daseinsvorsorge dagegen beruht auf einer anderen Steuerung (Sachsteuerung) und einer anderen Finanzierung: Was notwendig ist, wird vorgehalten und dann auch finanziert, Gewinne sind verboten. All das gab es in den 80er Jahren bereits, bis die neoliberale Wende einsetzte. Die Pflegebudgets auf Basis der tatsächlichen Kos-ten könnten der Anfang vom Ende der DRG sein, wenn immer mehr Personalkos-ten ausgegliedert würden und nur noch die Sachkosten übrigblieben.

Problematisch ist, dass dieser Weg nur für die Pflege am Bett beschritten wird und nicht für alle Personalkosten. Der Sparzwang beim Rest der Pflege und bei den anderen Berufsgruppen bleibt bestehen oder verschärft nun sich sogar. Die Pflege am Bett als Hauptsparpfoper der letzten Jahre fällt ja weg und die Problematik der unzureichenden Finanzierung der Investitionskosten bleibt.

Aber man kann dies auch als Einstieg verstehen: Verschiedene Berufsgruppen (Ärzt*innen, Hebammen) und Fachgesellschaften fordern inzwischen schon die Ausweitung auf alle Personalkosten in der medizinischen Versorgung bzw. die Herausnahme von bestimmten Fachgebieten (Pädiatrie, Intensivmedizin) aus den DRG. Diese Entwicklung muss man unterstützen und vorantreiben. Auch für die Psychiatrie ist eine Änderung der Vergütung in diesem Sinne zu fordern.

Die kostendeckenden Pflegebudgets werden bedroht durch den Pflegeerlöskatalog, falls in (näherer oder fernerer) Zukunft eine Kopplung an das Pflegebudget hergestellt wird. Dann hätte man kein krankenhausindividuell vereinbartes Budget mehr, sondern zweierlei Preissysteme, eines für die Pflege (Pflege-DRG) und die bisherigen DRG für den Rest, und nichts wäre gewonnen.

Bei der Wirtschaftlichkeitsunterstellung für alle entstandenen Pflegekosten bedürfte es in gewisser Hinsicht keiner gesetzlichen Personalbemessung mehr. Es wird ja alles finanziert. Eine solche Argumentation greift aber zu kurz. Die Kassen werden ein solches System als unwirtschaftlich und als Selbstbedienungsladen denunzieren. Sie würden mit Sicherheit die Anbindung der zu erstattenden Kosten an den Pflegeerlöskatalog fordern. Damit hätten wir wieder Preise, das wäre der »worst case«. Es ist also notwendig, weiter für eine gesetzliche Personalbemessung auf der Basis des tatsächlichen Behandlungs- und Pflegeaufwands zu kämpfen. Nur so kann die Selbstkostendeckung und die krankenhausindividuelle Budgetierung sinnvoll ausgestaltet und auf die anderen Berufsgruppen übertragen werden.

► Verbesserung bei der Refinanzierung von Tarifsteigerungen

Es geht um die jährliche Erhöhung des Landesbasisfallwerts (LBFW) zum Ausgleich von Tarifsteigerungen. Bisher wurden 50% der Differenz zwischen dem sogenannten Veränderungswert (jährliche allgemeine Kostensteigerungen in den Krankenhäusern) und der Tarifraten (durchschnittliche Lohnerhöhungen) ausgeglichen. Für die **gesamte** Pflege wird jetzt die Differenz zu 100% ausgeglichen. Bei den anderen Berufsgruppen bleibt es bei 50%. Bei der Pflege werden alle Erhöhungen berücksichtigt, ob linear, strukturell (Erhöhungen, die sich auf das Lohngefüge auswirken, also andere Eingruppierungen usw.) oder Einmalzahlungen. Bei den anderen Berufsgruppen werden weiterhin nur lineare Steigerungen und Einmalzahlungen ausgeglichen.

Für das Pflegepersonal gilt eine Nachweispflicht über die entsprechende Verwendung der Gelder, nicht bei den anderen Berufsgruppen. Als Nachweis gilt laut Ge-

setzesbegründung bei Tarifgebundenen der Tarifvertrag, bei den Anderen gilt als Nachweis, »dass das bei ihm beschäftigte Pflegepersonal der Tarifsteigerung entsprechend besser vergütet wird«. Es gibt eine Rückzahlungspflicht bei nicht zweckentsprechender Verwendung.

Bewertung Ab 2020 ist diese Regelung für die Pflege am Bett irrelevant, weil ja alle tatsächlichen Kosten refinanziert werden. Für den Rest der Pflege bleibt dies eine Verbesserung. Ein Skandal ist, dass es für die anderen Berufsgruppen bei der nur 50%igen Berücksichtigung bleibt und strukturelle Steigerungen nicht refinanziert werden.

Die Feststellung der Tarifraten erfolgt über bundesweite Durchschnittswerte. Dies ist ein Problem, weil so diejenigen bevorzugt werden, die unter Durchschnitt zahlen (wie die Privaten Krankenhäuser) und diejenigen, die besser bezahlen, benachteiligt werden.

Die Nachweispflicht der zweckentsprechenden Verwendung ist bei tarifgebundenen KH klar (sie müssen ja die Tarifierhöhung sowieso zahlen), bei den anderen ist sie schwer zu kontrollieren, und es gibt eine Grauzone und damit tendenziell weiter eine Bevorteilung von Nicht-Tarifgebundenen, die die Gelder ggf. (zumindest teilweise) einstreichen können, oder so verteilen können, dass die normalen Pflegekräfte benachteiligt werden.

► Ausbildung

Die Kosten für die Ausbildung von Pflegekräften und Pflegehelfer*innen in Krankenhäusern werden über einen Ausbildungsfonds refinanziert. Allerdings werden pro 9,5 Auszubildende (bei Pflegehilfskräften pro sechs Auszubildende) die Kosten einer Vollkraft nicht über den Ausbildungsfonds bezahlt. Sie muss das Krankenhaus über sein normales Budget finanzieren. Diese anteilige Anrechnung entfällt jetzt bei Auszubildenden im ersten Jahr. Im zweiten und dritten Ausbildungsjahr bleibt es bei der bisherigen Regelung (9,5:1 und 6:1).

Bewertung Die Herausnahme der Auszubildenden im ersten Jahr ist positiv. Sie erleichtert es Krankenhäusern, mehr Ausbildungsplätze zu schaffen. Eine anteilige Anrechnung im zweiten und dritten Jahr ist nicht sachgerecht, schließlich sollte es in der gesamten Ausbildungszeit um Ausbildung und nicht um Arbeitsleistung gehen.

► Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Für die Pflege am Bett erfolgt zwischen 2019 und 2024 eine 50%-Förderung von solchen Maßnahmen durch die Kassen – bis max. 0,1% des Krankenhausbudgets. Bedingung ist eine Vereinbarung des Krankenhauses mit der Arbeitnehmervertretung. Es gilt eine Rückzahlungspflicht, wenn Mittel nicht ausgegeben werden.

Bewertung Diese Regelung ermöglicht es, eine Vielzahl von materiellen Verbesserungen für die Pflege anzustoßen. Möglich sind z.B. Jobtickets, Kita-Plätze, freiwillige und besser bezahlte Springerdienste, um verlässliche Dienstpläne zu erreichen und vieles mehr. Die Arbeitnehmervertretungen stehen vor der Aufgabe, tatsächliche materielle Verbesserungen zu vereinbaren und nicht Alibimaßnahmen mit vielen, schönen Worten aus dem Repertoire der Unternehmensberater.

Das war es dann mit den zumindest im Ansatz positiven Regelungen. Im diametralen Gegensatz dazu stehen folgende weitere Festlegungen:

► Entfall des Pflegezuschlags

Die Krankenhäuser erhielten seit 2013 einen so genannten Versorgungszuschlag in Höhe von 500 Mio. Euro. Er war in gewisser Weise das Eingeständnis, dass die Vergütung über die DRG nicht auskömmlich ist und immer mehr Krankenhäuser Defizite hatten. Als die Überlastung der Pflege zunehmend ein öffentliches Thema wurde, ist dieser Versorgungszuschlag sprachlich in einen Pflegezuschlag umgewandelt worden. Die Summe blieb gleich, lediglich die Verteilung auf die einzelnen Krankenhäuser wurde minimal geändert. Dieser Pflegezuschlag entfällt ab 2020. 200 Mio. Euro werden in den Landesbasisfallwert eingerechnet. Die restlichen 300 Mio. Euro werden den Krankenhäusern entzogen.

Bewertung Die Bundesregierung argumentiert, dass der Pflegezuschlag nicht mehr nötig sei, wenn die Pflegekosten über das Pflegebudget finanziert würden. Das ist nicht richtig, denn der Pflegezuschlag war ja nur eine Umbenennung des früheren Versorgungszuschlags. Damit bekommen die Krankenhäuser de facto 300 Mio. Euro weniger, was eine erhebliche Einbuße darstellt. Da man aufgrund der Bestimmungen des Pflegebudgets bei der Pflege am Bett selbst nichts mehr sparen kann, kommen der Rest der Pflege und die anderen Berufsgruppen

verstärkt unter Druck. Letztlich werden die positiven Änderungen im Gesetz zumindest teilweise durch die Krankenhäuser und die Beschäftigten selbst finanziert.

► Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat für 2020 eine »Pflegepersonaluntergrenzenverordnung« (PpUGV) in Kraft gesetzt. Zur Vorgeschichte: 2017 war ein neuer § 137i ins SGB V eingefügt worden, der festlegt, dass in »pflegesensitiven Bereichen« Pflegepersonaluntergrenzen durch die Kassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) vereinbart werden sollen. Die Verordnung wurde jetzt erneut erlassen, weil sich die Krankenkassen und die DKG zum zweiten Mal nicht auf eine gemeinsame Regelung einigen konnten.

Sowohl der Begriff »pflegesensitive Bereiche« als auch die Methode der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen (»Perzentilen- oder Quartilenansatz«) gehen auf ein Gutachten von Prof. Jonas Schreyögg zurück, das er dem damaligen Gesundheitsministers Gröhe vorgelegt hatte. Als »pflegesensitiv« gelten Bereiche, in denen ein statistischer Zusammenhang zwischen Komplikationen und der Personalstärke nachweisbar ist. Perzentilen- oder Quartilenansatz bedeutet, dass man die Untergrenze auf den Wert festlegt, der die 10% bzw. 25% am Schlechtesten besetzten Abteilungen von den nächst besser besetzten Abteilungen unterscheidet.

Beide Ansätze und auch die Einführung eines »Pflegetastkatalogs« waren bei Kassen und DKG nicht umstritten. »Pflegetastkatalog« bedeutet, dass bei der Berechnung von Untergrenzen gewichtet wird, wie hoch der Pflegeaufwand bei einem Patienten mit einer bestimmten DRG ist. Als Maßstab für den Pflegeaufwand wird der Anteil der Pflegekosten in den DRG (!) genommen. Die Verhandlungen scheiterten an der Höhe oder besser gesagt der »Tiefe« der Untergrenzen insbesondere in der Intensivmedizin.

Hatte Schreyögg noch 15 »pflegesensitive Bereiche« identifiziert, so sind es in der Verordnung nur noch acht (Intensiv, Schlaganfallereinheiten, Neurologische Frührehabilitation, Kardiologie, Unfallchirurgie, Geriatrie, Herzchirurgie, Neurologie). Statt der Einbeziehung der Pflegeschwere wird wieder auf eine reine Nurse-to-Patient-Ratio (jeder Patient zählt gleich – egal wie schwer die jeweilige Pflege ist) zurückgegriffen – dem Vernehmen nach sind die Zahlen aus dem Pflegetastkatalog statistisch nicht belastbar.

Die Verordnung legt konkrete Zahlen für das Verhältnis von Pflegekräften zu

Patient*innen pro Schicht fest. Außerdem legt sie den maximal anrechenbaren Anteil an Pflegehilfskräften fest. → siehe Tab. 10

Die Untergrenzen müssen im Durchschnitt eines Monats erreicht werden. Ist dies nicht der Fall, gibt es Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen oder der Vereinbarung einer niedrigeren Patientenzahl. Quartalsweise müssen auch die Werte für die Nichteinhaltung der Untergrenzen in den einzelnen Schichten vorgelegt werden. Sie haben jedoch keine Konsequenz.

Tab. 10: Patienten pro Pflegekraft und Anteil der Pflegehilfskräfte nach PpUGV

	Untergrenze (max. Zahl Patienten pro Pflegekraft)		max. Anteil an Pflegehilfskräften	
	Tagschicht	Nachtschicht	Tagschicht	Nachtschicht
Geriatrie	1:10	1:20	15%	20%
Kardiologie	1:10	1:20	10%	10%
Unfallchirurgie	1:10	1:20	10%	15%
Herzchirurgie	1:7	1:15	5%	0%
Neurologie	1:10	1:20	10%	8%
Neurolog. Frührehabilitation	1:5	1:12	10%	8%
Schlaganfalleinheit	1:3	1:5	0%	0%
Intensivmedizin *	1:2,5	1:3,5	0%	0%

Quelle: eigene Darstellung

* ab 2021: 2:1 (tags) und 3:1 nachts

Bewertung Grundproblem ist, dass bei dieser Art von »Personalmessung« nicht von einem wissenschaftlich ermittelten Soll ausgegangen wird (wieviel Pflege braucht der einzelne Patient), sondern von Ist- und Durchschnittswerten. Damit fehlt der objektive Referenzpunkt für die Beurteilung des notwendigen Personalbedarfs. Alles wird beliebig, je nach Änderungsparameter und politischer Intention.

Das Soll aus dem Ist abzuleiten bedeutet im Zweifelsfall, Verschwendung mit Verschwendung und Mangel mit Mangel zu vergleichen. Bei der Pflege dürfte unbestritten sein, dass es sich um Mangel handelt.

Dem Soll dürfen auch keine Durchschnittswerte zugrunde gelegt werden, sondern der tatsächliche Pflegebedarf des einzelnen Patienten. Auch bei gleicher DRG und gleichem (durchschnittlichen) Kostenanteil der Pflege an den DRG kann sich der tatsächliche Pflegeaufwand im Einzelfall stark unterscheiden und es kann in einzelnen Bereichen zu einer erheblichen Abweichung vom Durchschnitt kommen.

Hinzukommt, dass es sich bei dem Pflegelastkatalog um die Ableitung des notwendigen Personalbedarfs aus den durchschnittlichen Ist-Kosten (incl. unterschiedlicher Lohnhöhen!) handelt. Das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), das sowohl verantwortlich für den DRG-Katalog als auch für den Pflegelastkatalog ist, schreibt dazu: »Der Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegelast-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.«³⁷ Genau davon kann man aber nicht ausgehen! Deswegen gibt es ja das Problem der Überlastung der Pflege und der schlechten Versorgung.

Grundlage für eine Personalbemessung muss sowohl der gesetzliche Anspruch der Patient*innen auf eine »qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung« (§ 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz) als auch der Anspruch der Beschäftigten auf Arbeits- und Gesundheitsschutz sein. Die Formulierung in der Begründung der Verordnung geht in eine völlig andere Richtung: »Mit der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen wird hingegen nicht bezweckt, das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot für die von den Krankenhäusern zulasten der Krankenkassen erbrachten Versorgungsleistungen (§ 2 Absatz 1 Satz 3, § 12 Absatz 1, § 135a SGB V) abschließend zu konkretisieren.« Angesichts der Anreize und Folgen, die das Preissystem der DRG hat, wäre genau das notwendig.

Die Kategorisierung als pflegesensitiver Bereich ergibt sich aus einem überdurchschnittlichen Anteil von Komplikationen kombiniert mit einer schlechteren Personalbesetzung. Umgekehrt bedeutet dies, dass durchschnittliche Komplikationen akzeptiert werden. Es ist der Offenbarungseid einer Gesundheitspolitik, als erklärtes Ziel Komplikationen nur in bestimmten Bereichen und bis zu einem gewissen Prozentsatz angehen zu wollen.

Indem bei beiden Ansätzen (Perzentilen und pflegesensitive Bereiche) die Patientengefährdung zum einzigen Ausgangspunkt der Intervention gemacht wird, werden

37 InEK, »Erläuterungen zum Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand«, S. 2, in: <https://www.g-drg.de>

die Belange der Beschäftigten völlig ausgeblendet. Es gibt Überlastung aber nicht nur dort, wo überdurchschnittlich viele Komplikationen auftreten und in pflegesensitiven Bereichen, sondern überall. Ihre Reduzierung muss ein eigenständiges Ziel einer Personalbemessung sein.

Die Begrenzung von Personaluntergrenzen auf einzelne Bereiche führt – insbesondere unter den Bedingungen eines Preissystems wie den DRG – nur dazu, dass Personal in die Bereiche mit Untergrenzen verschoben wird und dass in den anderen Bereichen noch mehr Personal fehlt und die Belastung steigt. Die Regelungen, die dies verhindern sollen (von einer Verschiebung wird erst ausgegangen, wenn der Personalstand in den nicht sensitiven Bereichen um mehr als 3% sinkt), sind so löchrig, dass eine Personalverschiebung jederzeit möglich ist.³⁸

Letztlich sind die in der Verordnung nun festgelegten Mindestzahlen absolut ungenügend. Bestürzend ist die Tatsache, dass die PpUGV vielerorts zu Kapazitätseinschränkungen führt, um die Grenzen einzuhalten. In der Nacht 20 geriatrische Patient*innen zu pflegen ist genauso eine Zumutung, wie tags unter vollem Betrieb zehn unfallchirurgische oder kardiologische Patient*innen (incl. Frischoperierte). Die Möglichkeit, Pflegehilfskräfte (einjährige Ausbildung!) auf die Untergrenzen anzurechnen, ist ebenfalls nicht akzeptabel. Wenn in der Geriatrie nachts 20% Pflegehilfskräfte angerechnet werden dürfen, bedeutet dies, dass der eigentliche Pflegekraft-/Patientenschlüssel von 1:20 auf 1:25 Patienten pro Fachkraft ansteigt, weil ja die Hilfskraft nicht eigenständig tätig sein kann und die Verantwortung bei der Fachkraft liegt.

Die festgelegten Untergrenzen bewegen sich auf dem Niveau, das eine internationale Studie für Deutschland schon vor dem Erlass der PpUGV festgestellt hat. Der letzte Platz Deutschlands wird damit gefestigt. (Siehe Kapitel 1.9)

Hinzu kommt, dass solche Untergrenzen schnell zu Obergrenzen werden, d. h. überall dort, wo bisher mehr Personal eingesetzt wurde, entsteht jetzt ein Druck zu reduzieren, was das krasse Gegenteil von dem ist, was von der Bundesregierung bei der Einführung behauptet wurde. Schon jetzt agieren etliche Geschäftsleitungen nach dem Motto: Da haben wir ja zu viele Pflegekräfte.

Hierzu passt auch, dass die Mindestbesetzung nur im Monatsdurchschnitt erreicht werden muss, was den Geschäftsleitungen maximale Flexibilität und den Be-

38 Ganz abgesehen von kurzfristigem Einspringen, wenn die Einhaltung der Untergrenze am Ende des Monats gefährdet ist, dürfen bei 100 Pflegekräften in den pflegesensitiven Bereichen und 600 Pflegekräften in den anderen Bereichen sanktionsfrei 18 Pflegekräfte ganzjährig verschoben werden.

schäftigten an vielen Tagen des Monats Überlastung bescheren wird. Da Komplikationen und Überlastungen aber nicht »im Durchschnitt« entstehen, müssen Untergrenzen für jede Schicht gelten.

Auch der Ansatz einer finanziellen Bestrafung (Vergütungsabzüge) ist – besonders bei finanziellen Anreizsystemen wie den DRG – problematisch. Unter dem Regime der Ökonomisierung führt dies zu Überlegungen wie: Habe ich höhere Mehreinnahmen durch mehr Patient*innen trotz Vergütungsabzug und ignoriere deswegen die Untergrenze?

Gleichzeitig wird über den Pflegelastkatalog die Verbindung zum DRG-System aufrechterhalten. Die Instrumente für die (Wieder-)Einführung von (Pflege-)DRG liegen also schon bereit. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt.

Die Pflegepersonaluntergrenzen müssen durch eine gesetzliche Personalbemessung ersetzt werden, die das gesetzliche Anrecht der Patient*innen auf eine qualitativ hochwertige Pflege in allen Bereichen gewährleistet. Sie müssen auf alle Berufsgruppen ausgedehnt werden. (Kapitel II.2)

► Pflegepersonalquotient

Der »Pflegepersonalquotient« beschreibt das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte im gesamten Pflegedienst eines Krankenhauses zum gesamten Pflegeaufwand des Krankenhauses. Der o.g. Pflegelastkatalog dient auch hier zur Kalkulation dieses Pflegeaufwands. Auch hier soll eine Untergrenze festgelegt werden, deren Unterschreitung – genau wie in den pflegesensitiven Bereichen – sanktioniert wird.

Bewertung Auf das Pflegebudget hat der Pflegepersonalquotient und seine Untergrenze zwar zunächst keine Auswirkungen (es ist ja zumindest in 2020 unbegrenzt). Aber genau wie man eine Untergrenze definieren kann, kann man diese in Zukunft auch als Soll-Zahl verwenden, ab der die Zahl der Pflegekräfte dann als unwirtschaftlich gilt.

Für den Pflegequotienten gilt die gleiche Kritik wie für die Pflegepersonaluntergrenzen: Es ist unsinnig, ein Soll aus Istwerten, Durchschnittswerten und Kostenwerten ohne jeden Bezug zum tatsächlichen Pflegebedarf der Patient*innen abzuleiten (s.o.).

Die Festlegung einer gemeinsamen Untergrenze für alle Bereiche eines Krankenhauses und über den Zeitraum eines Jahres ist viel zu pauschal, um tatsächlich etwas auszusagen, geschweige denn für eine bessere Patientenversorgung und für eine Ent-

lastung der Pflegekräfte in den einzelnen Bereichen zu sorgen. Außerdem wird es den Krankenhausleitungen ermöglicht, Personal in lukrative Bereiche (Cash-Cows) zu verschieben, auf Kosten der anderen Bereiche, in denen die Arbeitsbelastung bleibt oder sogar steigt – Hauptsache die »Gesamtkennzahl« (Pflegepersonalquotient) stimmt. Ein solches System bietet den einzelnen Beschäftigten keinerlei Schutz vor Überlastung.

Mit dem Pflegepersonalquotienten wird ein Benchmark-System zum Vergleich von Vollkräftezahlen zwischen den Krankenhäusern geschaffen. Ein solcher Quotient steigert auch die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander und die Begehrlichkeiten der Kassen, Einsparungen zu fordern – ohne konkrete Hinweise auf Unwirtschaftlichkeit und ohne die Besonderheiten der einzelnen Häuser zu berücksichtigen. Das ist dann das Gegenteil von »krankenhausindividuellen Budgets«.

Man muss sich nur einmal vorstellen, welche Aussagekraft über die notwendige Personalbesetzung auf einer konkreten Station in einer konkreten Schicht eine Verhältniszahl pro Jahr für alle Stationen und alle Bereiche eines Krankenhauses hat.

Es bleibt dabei: eine sinnvolle Bemessung des notwendigen Personalbedarfs für die Pflege ist nur auf der Basis einer wissenschaftlichen Definition und Feststellung der notwendigen Pflegemaßnahmen jedes einzelnen Patienten möglich. Auch eine solche Personalbemessung gab es bereits in den 80er Jahren – die »Pflegepersonalregelung (PPR)«. Sie wurde im Zuge der Einführung von Preisen und weil sie der damaligen Regierung zu teuer war wieder abgeschafft.

► Fazit

Die Bilanz dieser Neuregelungen fällt also sehr zwiespältig aus. Das Pflegebudget bietet die Chance zu einer dringend notwendigen, grundlegenden Änderung der Krankenhausfinanzierung, die den Aspekt der Daseinsvorsorge stärkt und Profitstreben, Markt und Wettbewerb zurückdrängt. Eine solche Änderung würde schlagartig auch die privaten Krankenhausunternehmen in ihren Expansionsbestrebungen hemmen bzw. sogar zum Rückzug zwingen: Ohne Rendite fehlt ihnen der Anreiz.

Die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung und der Pflegepersonalquotient sind die Karikatur einer gesetzlichen Personalbemessung und werden viele neue Probleme schaffen, statt die Belastung der Pflege zu reduzieren und die Versorgung der Patient*innen zu verbessern. Der Pflegepersonalquotient schafft die technischen Grundlagen, um den Fortschritt durch das Pflegebudget wieder zurückzunehmen und durch ein betriebswirtschaftliches Benchmarking zu ersetzen.

Die nächsten beiden Jahre werden darüber entscheiden, in welche Richtung es weiter geht. Der Kampf um eine Personalbemessung, die diesen Namen verdient, und gegen die Ökonomisierung des Gesundheitswesens, gegen das Preissystem der DRG, ist die Hauptaufgabe der Beschäftigten im Gesundheitswesen und ihrer Gewerkschaften ver.di und Marburger Bund. Auch die betrieblichen Interessenvertretungen haben hier eine wichtige Funktion, indem sie Überlastungen skandalisieren, ihre Rechte beim Gesundheitsschutz und bei der Gestaltung der Dienstpläne einfordern und sich für eine gesetzliche Personalbemessung einsetzen. Die Tür ist offen, es ist aber noch nichts in trockenen Tüchern.