

G-7

Titel Pflege am Abgrund

AntragstellerInnen St. Wendel

Zur Weiterleitung an

Pflege am Abgrund

- 1 Ein ganzheitlicher Ansatz, der zeigt, warum das, was bisher umgesetzt und beschlossen wurde, nicht ausrei-
2 chen wird und was verändert werden muss, um den Kollaps zu verhindern
- 3 Pflege, ein Wort, viele Assoziationen. Ein Wort mit vielen Seiten, ein Wort mit vielen Lebensrealitäten. Zum
4 Beispiel die eines Angehörigen, der seine an Demenz erkrankten Eltern zu Hause pflegt und durch eine Pfl-
5 gekraft die täglich vorbeikommt unterstützt und entlastet wird. Oder die Lebensrealität von Eltern, die Tage
6 lang am Krankenbett ihres 17-jährigen Kindes wachen, in der Hoffnung, dass dieses wieder aus dem Koma
7 erwacht. Auf der anderen Seite das Pflegepersonal, das mit den Eltern mitfühlt, ihnen Struktur gibt und als
8 allzeit verfügbare Ansprechpartner zur Stelle ist. Jede dieser Lebensrealitäten zeigt, dass wir alle irgendwann
9 an einem Zeitpunkt kommen, an dem entweder wir andere Menschen pflegen oder selbst auf die Pflege durch
10 andre angewiesen sind.
- 11 Sicher können wir durch einen gesunden Lebensstil sowie Impfungen und regelmäßige Arztbesuche Vielem
12 präventiv begegnen. Doch Einiges liegt eben auch außerhalb unseres Handlungsspielraumes. Den Ausbruch
13 von Krankheiten können wir trotz der sich stetig weiterentwickelten Medizin nur in begrenzten Maßen prä-
14 ventiv entgegenwirken. Unfälle im Alltag und bei der Arbeit können dazu führen, dass wir egal ob alt oder jung
15 von heute auf morgen auf die Hilfe von anderen angewiesen sind.
- 16 Dies zu realisieren ist wichtig, um sich bewusst zu machen, welche Rolle die Pflege für alle Menschen einnimmt.
17 Egal ob als Angehörige, in einem Ehrenamt oder als ausgebildete Pflegekraft, die Pflege von Mitmenschen ist
18 eine der tragenden Säulen, auf die unsere Gesellschaft aufgebaut ist. Daher sollte es jeden von uns interes-
19 sieren, wenn diese tragende Säule am einstürzten ist.
- 20 Es ist keine Übertreibung, festzustellen, dass die Pflege und somit auch das Gesundheitssystem in Deutschland
21 am Abgrund steht. Ein nüchterner Blick auf die Zahlen genügt, um die Ausmaße und Schwere der Probleme zu
22 erkennen. Allein im Pflegedienst der Krankenhäuser fehlen laut einer Expertenschätzung der Hans-Böckler-
23 Stiftung aktuell 100.000 Vollzeitäquivalente . Zwischen 2007 und 2017 ist die Zahl der gemeldeten Arbeitsunfäl-
24 le von Beschäftigten in Pflegeberufen um knapp 50 Prozent gestiegen . Auswertungen von Krankheitsursachen
25 zeigen, dass bei Berufstätigen in Pflegeberufen im Vergleich zu den Berufstätigen insgesamt besonders im Hin-
26 blick auf psychische Störungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates erheblich mehr Fehltage erfasst
27 werden .
- 28 Der Blick in die nahe Zukunft zeigt, dass wir nur noch ein schmales Handlungsfenster von ca. 5 Jahren haben.
29 Denn wenn man davon ausgeht, dass der Personalbedarf in der Pflege nur von der demografischen Entwick-
30 lung abhängt, könnte allein der demografische Wandel dazu führen, dass bei konstanter Fortschreibung der
31 Beschäftigungsstruktur ca. 200.000 Pflegekräften im Jahre 2025 fehlen werden . Dabei sind mögliche erhöhte
32 Pflegefallwahrscheinlichkeiten noch nicht einmal miteinberechnet. Kann der stetig größer werdende Perso-
33 nal-mangel nicht gestoppt oder zu mindestens deutlich verringert werden, ist davon auszugehen, dass sich
34 die Personalentwicklung in der Pflege sehr bald zu einer nicht mehr aufzuhaltenden Abwärtsspirale entwi-
35 ckelt.
- 36 Trotz der prekären Situation in der Pflege werden weiterhin satte Gewinne von privaten Betreibern der Kran-
37 kenhäuser und Pflegeheime eingefahren und die Privatisierung von Einrichtungen der öffentlichen Daseins-
38 vorsorge schreitet stark voran. Rund 15% aller Übernahmen in Deutschland wurden im Jahr 2017 in der Ge-

39 sundheitsbranche verzeichnet. Der Private Equity Monitor der Hans Böckler Stiftung weist dabei die negativen
40 Auswirkungen auf die Personalentwicklung und die betriebliche Mitbestimmung nach. Dies zeigt deutlich,
41 dass wir in unserem Gesundheitssystem auch ein systemisches Problem haben. Denn der Mensch und sei-
42 ne Gesundheit werden im aktuellen System dem Gewinnstreben des Marktes untergeordnet. Dies ist eine der
43 Hauptursachen, die zur heutigen prekären Lage des Gesundheitssystems geführt haben. Wenn die gegebenen
44 Probleme nachhaltig gelöst werden sollen, muss ein grundsätzlicher Systemwechsel eingeläutet werden. Pfl-
45 ge muss wieder als Daseinsvorsorge verstanden werden und das System muss dem Ganzen Rechnung tragen,
46 indem es den Menschen und dessen Gesundheit immer an erster Stelle setzt. Zusammen mit einem ganzheit-
47 lichen Ansatz, der alle relevanten Bereiche in unser Gesundheitssystem miteinbezieht, kann der Schritt in den
48 Abgrund und somit zum Kollaps des Systems verhindert werden.

49 Prävention und Teilhabe

50 Ein wichtiger Teil der Lösung ist eine gute Präventionspolitik im Bund, im Land und vor Ort. Wenn sich die
51 Pflegefallwahrscheinlichkeit mit steigender Lebenserwartung auch nach hinten verschiebt, könnte laut einer
52 Studie des Statistischen Bundesamtes und des Bundesinstitutes für Berufsbildung der Bedarf an Pflegevollkräf-
53 ten im Jahr 2025 auf 140.000 statt 200.000 Pflegekräfte ansteigen. Im Klartext bedeutet dies, dass eine bessere
54 gesundheitliche Verfassung der Bevölkerung durch präventive Maßnahmen dazu führt, dass die Menschen zu
55 einem wesentlich späteren Zeitpunkt auf eine professionelle Pflege angewiesen sind. Dass dies kein Selbst-
56 läufer ist, zeigt ein Blick in die Pflegestatistik von 2011. In dieser zeigt sich, dass bereits ab dem sechzigsten
57 Lebensjahr eine kontinuierliche Steigerung der Pflegebedürftigkeit zu verzeichnen ist. Zwischen dem 85 und 89
58 Lebensjahr liegt die Pflegebedürftigkeit bei Frauen bereits bei 41,9 Prozent und bei Männern bei 28,6 Prozent
59. Geht man davon aus, dass unsere Gesellschaft immer älter wird und keine umfangreichen altersgerechten
60 Präventionsmaßnahmen initiiert werden, verschlimmert sich die Personalsituation in der Pflege noch wesent-
61 lich gravierender. Dass Menschen früh in ihrem Leben auf die Pflege anderer angewiesen sind, ist zum Teil
62 auch auf die soziale Benachteiligung im Laufe eines Lebens zurückzuführen. Daher ist die Bekämpfung von
63 Armut, Bildungsferne und den daraus resultierenden Beschränkungen der gesellschaftlichen Teilhabe eine
64 wichtige Aufgabe der Gesundheitsförderung und Prävention, auch für ältere Menschen. Es geht um eine Poli-
65 tik der Lebensphasen für alle Generationen. Dabei werden die Kommunen in der Entwicklung und Durchfüh-
66 rung nationaler Präventionsprogramme als Orte des Gesundheitshandelns eine größere Rolle spielen. Gute
67 Ansätze in der Präventionspolitik gibt es auf allen Ebenen, egal ob auf Bundesebene mit dem Gesetz zur Stär-
68 kung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) von 2015 oder auf Landeseben
69 mit dem Projekt „mobisaar“, das in Projekten vor Ort in den Kommunen integriert werden kann. Allerdings
70 gibt es noch Nachholbedarf bei der Umsetzung und Weiterentwicklung der verschiedenen Programme und
71 Gesetze.

72 Daher fordern wir:

73 – Förderung intersektoraler Zusammenarbeit auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene.

74 – Unterstützung beim Aufbau von Netzwerken, bei der Einbindung lokaler Kompetenzen und bei der Entwick-
75 lung von Handlungsempfehlungen zur Prävention vor Ort.

76 – Finanzierung flächendeckender, nachhaltiger, lösungsorientierter und vor allem qualitätsgesicherter Präven-
77 tionsprojekte.

78 – Zügige Veröffentlichung und Umsetzung des im Kollationsvertrag vereinbarten Aktionsplan gegen Fettleibig-
79 keit

80 – Ausbau der Forschung gegen multiresistente Keime und kontinuierliche Weiterentwicklung von DART (Deut-
81 sche Antibiotika-Resistenzstrategie)

82 – Zügige Umsetzung des im Kollationsvertrag vereinbarten Nationalen Gesundheitsportals, um für die Pati-
83 entinnen und Patienten eine verlässliche, unabhängige, umfassende und benutzerfreundliche Anlaufstelle im
84 Internet zu schaffen.

85 – Deutschlandweiten Ausbau von Pflegestützpunkten mit integrierter Pflegberatung und Anlaufstelle für die
86 Ambulante Pflege.

87 – Deutschlandweite Einführung von präventiven Hausbesuchen.

88 – Einführung eines kostenlosen ÖPNV für eine bessere gesellschaftliche Teilhabe.

89 Ausbildung in der Pflege

90 Die Ausbildung in der Pflege ist der Dreh und Angel Punkt der zukünftigen Personalentwicklung in der Pflege.
91 Quereinsteiger in das Berufsfeld können dabei eine Bereicherung für die Pflege sein und Teil der Lösung
92 des Personalmangels werden. Auch die Akquirierung von Pflegepersonal aus dem Ausland kann, wenn auch
93 nur in einem sehr begrenzten Maßstab, zu einer besseren Personalentwicklung in der Pflege in Deutschland
94 beitragen. Dabei ist das Projekt „Tripel Win“, eine Kooperation der Deutschen Gesellschaft für Internationale
95 Zusammenarbeit (GIZ) und der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit
96 zur nachhaltigen Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland ein guter Anfang. Die gesetzlichen Rahmen-
97 bedingungen rund um die Ausbildung in der Pflege wurde durch ein neues Pflegeberufsgesetz stark verän-
98 dert. Inhaltliche Details zur neuen Ausbildung wurden wie bei jedem Lehrberuf in einer 2018 verabschiedeten
99 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung festgelegt. Dabei ist festzuhalten, dass einige durchaus gute Punkte in
100 dem neuen Gesetz und der Verordnung Einzug gefunden haben. So ist zum Beispiel die Erhöhung der Stunden
101 der Praxisanleiter-Weiterbildung und die Festlegung eines Mindestumfangs der praktisch beruflichen Ausbil-
102 dung als Praxisanleitung auf 10%, positiv zu nennen. Allerdings zeigen diese Beispiele auch die in vielen Teilen
103 des Gesetzes vorhandenen Mängel. So gilt der Mindestumfang von 10% des Praxisanteils der beruflichen Aus-
104 bildung als Praxisanleitung nicht bei der hochschulischen Pflegeausbildung. Ähnlich Ausnahmen gibt es bei der
105 Einführung der Generalistik in der Pflege. Anstatt eine wirkliche generalistische Ausbildung einzuführen, die
106 den deutschen Sonderweg einer Dreiteilung des Pflegeberufes endlich beenden würde, wird ein Sonderweg
107 der Ausbildung im Bereich der Altenpflege eingeführt.

108 Mit seiner Kritik an dem Gesetz zeigt Kammerpräsident Dr. Markus Mai von der Pflegekammer Rheinland-Pfalz
109 die dabei zugrundeliegende Problematik der Ausgestaltung des Gesetzes:

110 „Solange die Entscheidungsträger in Berlin die elementaren Bestandteile einer an Versorgungsqualität ausge-
111 richteten Pflegeausbildung den wirtschaftlichen Interessen von Arbeitgeberverbänden preisgeben, kann eine
112 zukunftsfähige Pflegeausbildung nicht gewährleistet werden.“

113 Wirtschaftliche Interessen sind nicht nur bei der Ausgestaltung, sondern auch bei der Umsetzung des Gesetzes
114 als Hindernis anzusehen. Dies zeigen zum Beispiel die Gespräche rund um die Finanzierung der zusätzlichen
115 Stellen in der Pflegeausbildung und der höheren Vergütungen. So konnte in Bremen, Stand Juli 2019, noch
116 keine Einigung zwischen Kostenträgern, Krankenkassen und dem Land Bremen gefunden werden, um die
117 Finanzierung der eigentlich 2020 beginnenden neuen bundesweiten Ausbildung sicherzustellen.

118 Daher fordern wir:

119 – Eine vollständig generalistische Ausbildung in der Pflege, um den deutschen Sonderweg einer Dreiteilung
120 des Pflegeberufes endlich zu beenden.

121 – Wenn keine Einigung über die Finanzierung der zusätzlichen Stellen in der Pflegeausbildung und der hö-
122 heren Vergütung zwischen den Trägerorganisationen der Pflegeausbildung gefunden werden kann, muss die
123 Finanzierung auf Landesebene sichergestellt werden. Dabei müssen die zusätzlichen Kosten vom Bund über-
124 nommen werden.

125 – In Ausbildungseinrichtungen müssen 20% der Pflegenden Praxisanleiter*innen sein, um Praxisanleitung aller
126 Auszubildenden sicherstellen zu können.

127 – Einsetzung einer Kommission, die gemeinsam mit beruflichen Interessensvertreter*innen, Vertreter*innen
128 der Berufsschulen und pflegepädagogischen Expert*innen Vorschläge für einen bundesweiten Lehrplan ent-
129 wickelt.

130 – Eine deutliche Erhöhung der Bundesmittel an die Länder, welche zweckgebunden zur Forschungsförderung
131 im Pflegebereich einzusetzen sind.

132 – Abschaffung von §113a SGB um zukünftig die Festlegung des fachlichen Niveaus pflegerischen Handelns in
133 die Hände der Berufsgruppe zu geben.

134 – Klare Regelungen, welche Aufgaben an Krankenpflegehelfer*innen und sich in Ausbildung befindende
135 Gesundheits- und Krankenpfleger*innen delegiert werden können.

136 – Intensivierung der Gewinnung qualifizierter Pflegefachkräfte aus dem Ausland durch das bundesweite Pro-
137 jekt „Triple Win“ unter der Berücksichtigung des Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur
138 internationalen Rekrutierung von Gesundheitsfachpersonal und der damit verbundenen Verpflichtung, nur
139 Pflegekräfte aus Ländern mit einem Fachkräfteüberschuss zu rekrutieren.

140 – Bei Quereinsteigern in das Berufsfeld sollte die Aufklärung über die Inhalte und Intensität der Ausbildung
141 verbessert werden. Auch Information und Aufklärung über die neuen Ausbildungsmöglichkeiten gegenüber
142 der Praxiseinrichtungen sollten ausgeweitet werden.

143 – Die Entwicklung gemeinsamer Kriterien und Standards bei der Bewerberauswahl für Arbeitsagenturen, Fach-
144 schulen und Einrichtungen, um dadurch „geeigneten“ Quereinsteiger*innen den Zugang zur Ausbildung und
145 Praxisstelle deutlich zu erleichtern und Enttäuschungen seitens der verschiedenen Akteure entgegenzuwir-
146 ken.

147 Alltag der Pflege vor Ort, im Altenheim und im Krankenhaus

148 Das neue Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) kann man als
149 Schritt in die richtige Richtung bezeichnen. Es zielt darauf ab, Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch
150 eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege zu er-
151 reichen. Positiv hervorzuheben, ist beispielsweise die vollständige Finanzierung zusätzlicher Stellen und Tar-
152 ifsteigerungen, die Verbesserung der Rahmenbedingungen für mehr Ausbildungsplätze sowie die Stärkung
153 von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Bereich der Pflege. Diese im Gesetz verankerten
154 Maßnahmen reichen aber bei weitem nicht aus, um die prekäre Situation in der Pflege wirklich zu beenden.
155 Verdi., DGB und die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz kommen bei ihren Stellungnahmen zu dem Gesetz
156 zu einer ähnlichen Schlussfolgerung. Auch die Ergebnisse der Konzentrierten Aktion Pflege sind grundsätzlich
157 positiv zu bewerten. So ist die Einführung eines bundesweit geltenden Tarifvertrages ein wichtiger Schritt in
158 die richtige Richtung. Auch die Breite Allianz von Arbeits-, Gesundheits- und Familienministerium unter deren
159 Dach die Konzentrierte Aktion Pflege Maßnahmen entwickelt hat, ist ein guter Schritt in die richtige Richtung,
160 da erstmals Lösungen im Bereich der Pflege mit einem ganzheitlichen, politischen Ansatz angegangen werden
161. Gerade darin, dass der Bereich Pflege eben erstmals ganzheitlich politisch betrachtet und angepackt wird,
162 liegt allerdings auch die Problematik. Dass nach jahrelangen, halbherzigen Maßnahmen und leeren Verspre-
163 chungen seitens der Politik erst jetzt, an einem Punkt, an dem die Pflege kurz vor dem Kollaps steht, eine
164 ernstzunehmende Initiative seitens der Politik wahrzunehmen ist, führt zu einem weiteren Problem. Dieses
165 Problem nennt sich fehlendes Vertrauen. Vertrauen in die Politik, welches das Pflegepersonal und angehende
166 Auszubildende verloren haben. Denn es mag stark bezweifelt werden, dass die verantwortliche Politik diese
167 vorgeschlagenen Maßnahmen auch wirklich konsequent umsetzt und nicht wieder vor den finanziellen Inter-
168 essen der Pflegeindustrie einknickt. Zu einer ähnlichen Schlussfolgerung kommt auch Sylvia Bühler, Mitglied
169 im ver.di-Bundesvorstand:

170 „Die Beschäftigten müssen sich darauf verlassen können, dass sich ihre Situation Zug um Zug bessert. Die
171 professionell Pflegenden werden die Ergebnisse der Konzentrierten Aktion Pflege daran messen, was in ihrem
172 Arbeitsalltag ankommt. Vor allem in der Altenpflege müssen die Entgelte für diese verantwortungsvolle und
173 oft auch anstrengende Arbeit deutlich angehoben werden. Und es muss Schluss sein mit der ständigen Über-
174 lastung durch zu wenig Personal. Es war richtig, alle Verantwortlichen in der Konzentrierten Aktion zusammen
175 zu holen, am Ende sind die getroffenen Ergebnisse aber Kompromisse. Und angesichts der kritischen Lage
176 hätte ich den Beschäftigten entschlosseneren Maßnahmen gewünscht.“

177 Dass die privaten Verbände der Einrichtungsträger und das Deutsche Rote Kreuz sich gegen einen deutsch-
178 landweiten, allgemeinverbindlichen Tarifvertrag in der Langzeitpflege positionieren, fördert nicht gerade das
179 Vertrauen, dass in Kooperation mit den privaten Verbänden der Einrichtungsträger ein wirklicher Richtungs-
180 wechsel in der Pflege zu erreichen ist. Das Interesse der Verbände, satte Gewinne aus der gesundheitlichen
181 Versorgung von Menschen zu ziehen, steht im Widerspruch zu dem Ziel der Pflege, einen am Wohl des Men-
182 schen orientierten Pflegealltag zu erreichen. Dass das jetzige System nicht die Gesundheit des Einzelnen, son-
183 dern den Gewinn und die Rentabilität des Systems im Blick hat, zeigt auch der Blick in den Sektor der Osteu-
184 ropäischen Pflegehilfen. Eine neue Studie zur Schwarzarbeit in der häuslichen Pflege kommt zu dem Ergebnis,
185 dass momentan in Deutschland mindestens 150.000 Pflegekräfte irregulär beschäftigt sind. In der Studie wird
186 auch klargestellt, dass Familien, die eine Pflegekraft bei sich zuhause illegal anstellen, aus finanzieller und mo-
187 ralischer Not heraus handeln.

188 Daher fordern wir:

189 – Die in der Konzentrierten Aktion Pflege gesammelten Punkte müssen konkretisiert und staatlich schnellst-
190 möglich umgesetzt werden.

191 – Eine deutliche Erhöhung der Löhne für Beschäftigte im Pflegeberuf. Gleichzeitig soll darauf geachtet werden,
192 dass damit keine Reduktion der Arbeitsplätze einhergeht. Hierfür müssen sich sowohl Gewerkschaften, als
193 auch die Arbeitgeberseiten aus Bund und Ländern einsetzen.

194 – Die Einführung eines deutschlandweiten, allgemeinverbindlichen Tarifvertrags in der Langzeitpflege, um die
195 regional starken Unterschiede der Arbeitsbedingungen anzugleichen.

196 – Höhere Zuschläge bei Nacht-, Wochenende- und Feiertagsdiensten, um ansatzweise gegenüber der in der
197 verarbeiteten Industrie gezahlten Zulagen wettbewerbsfähig auf dem Arbeitsmarkt zu sein.

198 – Eine offene Debatte über die Einführung der Rente ab 60 in der Pflege, um damit auch zusätzlich einen Anreiz
199 zu schaffen, eine Ausbildung in der Pflege zu beginnen und um den besonderen physischen und psychischen
200 Belastungen des Berufsfeld Rechnung zu tragen.

201 – Langfristig die Verringerung der Wochenarbeitszeit auf 30 Stunden, um ausreichend Freizeitausgleich zu
202 gewährleisten.

203 – Eine bindende, gesetzliche Regelung für das Einrichten von Springerpools, um den Aufbau von Überstunden
204 durch Einspringen aus dem geplanten Frei zu verhindern und notfalls kurzfristige Personalausfälle kompensieren
205 können. Dabei muss die Rufbereitschaft bezahlt werden.

206 – Die Einführung einer verpflichtenden monatlichen Supervision für Pflegenden, um die psychosozialen Anforderungen
207 bei der Arbeit dauerhaft bewältigen zu können, indem die Reflektion des Erlebten in einem professionellen
208 Rahmen vom Arbeitgeber ermöglicht wird.

209 – Kein weiteres Ignorieren der Schwarzarbeit in der häuslichen Pflege. Integration des Schwarzmarktes durch
210 gesetzliche Rahmenbedingungen für Pflegehilfen aus Osteuropa und die Einführung einheitlicher Qualitätsstandards
211 für alle Pflegehilfen, die in Deutschland arbeiten.

212 – Bundesweiter Aufbau und Unterstützung von Programmen in der Ambulanten Pflege nach dem Vorbild „BU-
213 URTZORG“ aus den Niederlanden, Gemeindegewerkschaft plus aus Rheinland-Pfalz und dem AGnES-Konzept aus
214 Sachsen-Anhalt, um dadurch den Pflegefachkräften ihren Beruf wieder zu geben.

215 Das System hinter den Pflegenden und den zu Pflegenden

216 Pflege gehört zur Daseinsvorsorge. Die Gesundheit der Pflegenden und der zu Pflegenden sollte im Mittel-
217 punkt jedes Gesundheitssystems stehen. Stellt man diese Prämisse an den Anfang jeglicher Überlegungen
218 rund um das deutsche Gesundheitssystem, so kann man nach einer Bestandsaufnahme des aktuellen Sys-
219 tems letztendlich nur zu der Schlussfolgerung kommen, dass im aktuellen System genau das Gegenteil als
220 Leitfaden gilt. Die aktuelle Prämisse unseres Gesundheitssystems heißt Wirtschaftlichkeit vor Gesundheit des
221 Einzelnen.

222 Profit vor Menschlichkeit, egal ob bei der Personalbesetzung oder der Abrechnung der verschiedenen Maß-
223 nahmen im Diagnosis Related Groups (DRG)-System. Auch die neue Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
224 (PpUGV) orientiert sich weiterhin an der alten Prämisse, in dem diese weiterhin normative Vorgaben für eine
225 Soll-Besetzung aus der vorhandenen Ist-Besetzung ableitet. Die verabschiedete Verordnung trifft seit ihrer
226 Einführung auf breite Kritik, unter anderem von ver.di, DGB und dem Deutschen Pflegerat. Dabei wird kriti-
227 siert, dass in der Verordnung keine externe Überprüfung der Richtigkeit der weitergeleiteten Angaben aus
228 den Kliniken [der monatlichen Durchschnittswerte der PpUGV] vorgesehen ist. Auch die Tatsache, dass die
229 Personaluntergrenzenverordnung nur für bestimmte Stationen im Krankenhaus gilt, wird bemängelt. Dies in
230 Kombination mit den fehlenden Kontrollen führt dazu, dass Personal zwischen Stationen hin und her verscho-
231 ben wird, sodass es auf dem Papier so aussieht, als würden Untergrößen eingehalten werden. Nicht nur
232 die Verordnung selbst stößt auf breite Kritik, auch der Ablauf, der zur Einführung der Personaluntergrenze
233 geführt hat, wird mit Unverständnis zur Kenntnis genommen. Kernpunkt der Kritik ist die Vereinbarung von
234 GKV-SV und DKG, die Vorgaben vereinbaren wollten, welche keine bedarfsgerechte und ausreichende Pflege
235 sicherstellen, sondern lediglich eine Minimalbesetzung vorsehen. Dies führte letztendlich auch zum Scheitern

236 der Verhandlungen rund um ein echtes Personalbemessungsverfahren. Dabei zeigt sich, dass die wirtschaftli-
237 chen Interessen der Akteure im Gesundheitssystem verhindert haben, dass es zu einer echten Verbesserung
238 in der Pflege kommt. Daraus erschließt sich eine grundsätzliche Problematik, welche sich wie ein roter Faden
239 durch alle forcierten Lösungsansätze rund um den Bereich Pflege zieht. Das Streben nach Gewinnen und Ren-
240 tabilität ist grundsätzlich nicht vereinbar mit dem Ziel einer am Wohl des Menschen orientierten Pflege. Auch
241 das zugrundeliegende Abrechnungssystem, welches im gesamten Gesundheitssystem angewendet wird, das
242 sogenannte DRG System, stellt ökonomische Interessen vor die Gesundheit des Einzelnen. Dabei werden nor-
243 mierte Fallpauschalen über jeden Fall gestülpt, ohne wirklich auf die Individuelle Bedürfnisse der Patient*in-
244 nen einzugehen. Dies zeigt, dass unter dem Ziel einer humanen, am Wohl des Menschen orientierten Pflege
245 eine grundsätzliche Veränderung des Gesundheitssystems unvermeidbar ist. Die Präsidentin des Deutschen
246 Berufsverbandes für Pflegeberufe bringt es mit ihren Appell an die Politik auf den Punkt:

247 „Statt immer nur halbherzig Symptome zu bearbeiten, sollte die Politik in Bund, Ländern und Kommunen
248 endlich den Grundsätzlichen Systemwechsel einleiten, bevor die Krankenhausversorgung vollständig kolla-
249 biert.“

250 Daher fordern wir:

251 – Die vom Deutschen Pflegerat (DPR), der Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Gewerkschaft Verdi ent-
252 wickelten Personalbemessungsverfahren ,die als zeitnahe Zwischenlösungen angedacht sind, sollten schnellst
253 möglich umgesetzt werden, um spürbare Verbesserungen im Alltag des Pflegepersonals zu ermöglichen und
254 somit verlorenes Vertrauen gegenüber den politischen Handlungsträgern und der Zukunft der Pflege im All-
255 gemeinen wieder aufzubauen. Mittel- und langfristig müssen starre Fachkraftquoten durch analytische Ver-
256 fahren abgelöst werden, die quantitativ und qualitativ bestimmen, wieviel Pflege mit welcher Qualifikation
257 notwendig ist. Dabei muss bei der Neuverteilung der Aufgaben zwischen allen Pflegeberufen auf das sehr
258 gute Kompetenzniveau der professionellen Pflege zurückgegriffen werden.

259 – Das Fallpauschalensystem muss ersetzt oder zumindest grundlegend reformiert werden, damit die ökonomisch
260 gesteuerte, gefährliche Übertherapie sowie die Unterversorgung von Patient*innen gestoppt wird und
261 ein Mindestlohn von 14 Euro muss zeitnah eingeführt werden.

262 262

263 – Den Stopp von Privatisierungen in der Gesundheitsbranche, eine Rückführung von Pflegeheimen und Kran-
264 kenhäusern in staatliche Hand, damit der Staat die Möglichkeit hat, Krankenhäuser und Pflegeheime dort zu
265 planen und gut auszustatten, wo sie wirklich notwendig sind.