

Thema

Positionen zur
Bundestagswahl 2021
S.3

Politik

Pflegepersonal-
bemessung
S.5

kkvd-aktuell

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V.



Liebe Leserinnen und Leser, die Bundestagswahl im September rückt näher und damit auch die Frage, welche politischen Kräfte die Gesundheitspolitik der nächsten vier Jahre in Regierungsverantwortung gestalten werden. Die Programme der Parteien liegen auf dem Tisch – was fehlt, ist der unvermeidliche Kassensturz zur Höhe der finanziellen Belastungen durch die Pandemie. Hier darf sich niemand Illusionen hingeben: Die Pandemiebekämpfung hat ein großes Loch in die öffentlichen Kassen gerissen, das durch Einsparungen in allen Politikfeldern wieder geschlossen werden muss. Auch für die Gesundheitspolitik liegt daher der Rotstift bereit, selbst wenn dies im Wahlkampf noch niemand so deutlich sagen will.

Bereits im Mai haben wir Positionen der katholischen Krankenhäuser für die künftige Krankenhauspolitik formuliert und öffentlich vorgestellt. Sie finden sie in dieser Ausgabe auf Seite 3 f. in zwölf Forderungen kurz zusammengefasst. Die Reaktionen aus der Politik und der Fachwelt sind durchaus unterstützend. Doch auch das sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass alles nach der Wahl schnell anders aussehen kann. Daher heißt es für uns alle in den nächsten Wochen und darüber hinaus: Dranbleiben, für unsere Forderungen nachdrücklich werben und auch bei den Koalitionsverhandlungen deutlich machen, warum eine menschliche, innovative und regional verankerte Krankenhausstruktur so wichtig dafür ist, die Gesundheitsversorgung der

Menschen unabhängig von ihrem Wohnort langfristig sicherzustellen.

Dass die katholischen Krankenhäuser als freigemeinnützige Einrichtungen hier einen besonderen Beitrag leisten können und wollen, haben wir im Positionspapier deutlich herausgestellt. Die freigemeinnützige Trägerschaft ist ein Zukunftsmodell, denn hier gehen Wirtschaftlichkeit und soziale Verantwortung in besonderer Weise Hand in Hand. Und auch für diese Stärke unseres Modells werden wir in den nächsten Wochen und Monaten noch intensiv werben müssen. Denn der politische Diskurs tendiert zur Polarisierung: Die eine Seite redet der Rekommunalisierung von Kliniken das Wort, koste es, was es wolle. Die andere Seite verfolgt weiter das Ziel, übersteigertes Effizienzstreben und Marktlogik über das Wohl der Patientinnen und Patienten zu stellen. Zwischen diesen beiden Extremen haben wir ein gutes Angebot zu machen.

Neben dem Thema Bundestagswahl nimmt sich diese Ausgabe erneut „alter Bekannter“ an: der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG). Im Februar wurden bisherige PpUG wieder in Kraft gesetzt und zusätzliche Untergrenzen neu eingeführt. Auf den Seiten 5 und 6 ziehen ein Krankenhausgeschäftsführer und die neue Präsidentin des Deutschen Pflegerates Bilanz und kommentieren die aktuelle Entwicklung.

Apropos Präsidentin: Elke Büdenbender, die Frau des Bundespräsidenten, hat in diesem Jahr gemeinsam mit Caritas-Präsident Peter

Neher die Schirmherrschaft unseres kkvd-Sozialpreises übernommen. Bewerbungen können bis zum 15. September eingereicht werden.

Kurz darauf, am 26. September 2021, wird der Deutsche Bundestag neu gewählt. Als katholischer Krankenhausverband sind wir parteipolitisch neutral, aber gesellschaftspolitisch klar positioniert: Wir treten für eine solidarische, mitmenschliche und offene Gesellschaft ein. Unsere föderale Demokratie hat sich bei allem Auf und Ab auch in der schwierigen Krise der Pandemie bewährt. Und gerade aus der Krankenhauspraxis heraus wissen wir, dass Wissenschaft und Fakten stets bessere Helfer sind als Angstmache und Ausgrenzung.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen viel Freude beim Lesen!

Mit herzlichen Grüßen
Ihre

Bernadette Rümmelin



Bernadette Rümmelin
kkvd-Geschäftsführerin
E-Mail: bernadette.ruemmelin@caritas.de

Thema

Wahlprogramme 2021: Wie ist die Reform der Krankenhauslandschaft im Blick?

In den Parteiprogrammen zur Bundestagswahl am 26. September hat die Gesundheitspolitik einen besonderen Stellenwert. Das ist sicher auch der Corona-Pandemie geschuldet. Den Krankenhäusern wird insgesamt attestiert, einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Daseinsvorsorge zu leisten. Bei den Vorschlägen, wie Finanzierung und Strukturen der Kliniklandschaft in Zukunft aussehen sollen, gehen die Konzepte der Parteien jedoch auseinander.

» Die SPD spricht in ihrem Programm von einer zentralen Rolle der Krankenhäuser bei der Stärkung des Gemeinwohls. Das Fallpauschalensystem soll überarbeitet werden, die „Grundkosten der Krankenhäuser“ seien künftig angemessen zu finanzieren. Daneben wollen die Sozialdemokraten den Ländern und Kommunen auftragen, dass Krankenhäuser, die öffentliche Mittel erhalten, Schwangerschaftsabbrüche künftig als Grundversorgung anbieten.

» Die Strukturreform im stationären Sektor „verantwortungsvoll“ weiterzuentwickeln, ist das erklärte Ziel der FDP in ihrem Programm. Zudem seien Fehlanreize für eine Überversorgung sowie

ein Überangebot an Krankenhausleistungen zu bereinigen. Eine Ungleichbehandlung von privaten, öffentlichen und konfessionellen Trägern lehnt die FDP ebenso ab wie eine Planungshoheit der Krankenkassen für die Versorgungsstrukturen.

» Die Linke will Krankenhäuser „von der Börse nehmen“. Kliniken sollen nach Bedarf und Gemeinwohl organisiert werden. Dazu müssten das Fallpauschalensystem abgeschafft und ein Fonds des Bundes zur Rekommunalisierung aufgelegt werden. Zudem sollen 100.000 zusätzliche Pflegekräfte in die Krankenhäuser kommen,

FRAGEN AN DIE PARTEIEN

Der kkvd hat in diesem Jahr auf ausführliche Wahlprüfsteine verzichtet. Stattdessen schickte er im Juni Fragen zu den Wahlprogrammen an Fachpolitiker(innen) von CDU/CSU, FDP, der Linken und der Grünen sowie der SPD. Ihre Antworten werden auf unserer Website www.kkvd.de und über die Social-Media-Kanäle @kkvd_verband veröffentlicht.

und eine gesetzliche Personalbemessung für alle Berufe im Krankenhaus soll eingeführt werden.

» Bündnis 90/Die Grünen wollen Kliniken künftig nicht mehr nur nach Fallzahlen, sondern „auch nach ihrem gesellschaftlichen Auftrag“ finanzieren. Sie schlagen daher vor, das Finanzierungssystem um eine Säule der Strukturfinanzierung zu ergänzen. Zudem sollen Bund und Länder die Investitionskosten künftig gemeinsam übernehmen. Dafür soll der Bund die Möglichkeit bekommen, bundesweite Grundsätze in der Krankenhausplanung vorzugeben.

» Die Unionsparteien wollen klinische Angebote für komplexe Behandlungen stärker bündeln. Sie planen gerade mit Blick auf den ländlichen Raum, eine bedarfsgerechte und flächendeckende Grund- und Regelversorgung fester in der Krankenhausplanung zu verankern. Die mit dem Krankenhauszukunftsgesetz begonnene Offensive des Bundes für mehr digitale Investitionen in den Kliniken soll zudem weitergeführt und verstärkt werden.

Zudem widmen sich die Parteien in ihren Programmen in diesem Jahr auch dem arbeitsrechtlichen Dritten Weg. Die Linke fordert eine Abschaffung des „kirchlichen Sonderarbeitsrechts“, die FDP will kirchliche Privilegien im Arbeitsrecht überall dort abschaffen, wo es nicht um religiöse Funktionen geht. Bündnis 90/Die Grünen schreiben in ihrem Programm, das kirchliche Arbeitsrecht solle reformiert werden. Die SPD will gemeinsam mit den Kirchen „einen Weg erarbeiten, ihr Arbeitsrecht dem allgemeinen Arbeits- und Tarifrecht sowie der Betriebsverfassung anzugleichen“.

Die vollständigen Wahlprogramme können auf den Webseiten der jeweiligen Parteien nachgelesen werden. mö

kkvd-Sozialpreis: Jetzt bewerben!



Elke Bündenbender, Frau des Bundespräsidenten, und Caritas-Präsident Peter Neher sind Schirmherrin und Schirmherr des Sozialpreises. Mehr: www.kkvdsozialpreis.de

kkvd-Forderungen zur Bundestagswahl: Menschlich. Innovativ. Freigemeinnützig.

Die Kosten der Corona-Pandemie werden den Handlungsspielraum der öffentlichen Kassen deutlich schmälern. Reformen sind nötig, müssen sich aber am Versorgungsbedarf der Patient(inn)en orientieren. Die Menschen haben Anspruch auf gleichwertige Lebensverhältnisse und den Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung unabhängig von ihrem Wohnort.

Der kkvd hat im Mai seine Positionen zur Bundestagswahl 2021 veröffentlicht und fasst sie in zwölf Forderungen zusammen:

Pflege

1. Arbeitsbedingungen verbessern

Den katholischen Krankenhäusern liegt die Pflege besonders am Herzen. Viele von ihnen wurden durch Pflegeorden gegründet. Um die Pflege zu stärken, müssen die Arbeitsbedingungen spürbar verbessert werden. Ein schneller Ausbau der Aus- und Weiterbildung sowie der Akademisierung ist nötig. Zudem sollten Pflegefachkräfte heilkundliche Tätigkeiten künftig eigenverantwortlich ausüben.

2. Personaluntergrenzen ersetzen

Die Personalsituation in der Pflege bleibt angespannt. Daher ist wichtig, den Einsatz des Pflegepersonals mit einem praxistauglichen, flexiblen Instrument zu bemessen. Die starren, bürokratischen Pflegepersonal-Untergrenzen werden dem nicht gerecht. Nötig ist eine wissenschaftliche Pflegepersonalbemessung, die sich am tatsächlichen Pflegebedarf der Patient(inn)en orientiert. Bis dahin sollte die von DKG, Pflgerat und verdi entwickelte „Pflegepersonal-Regelung 2.0“ (PPR 2.0) angewendet werden.

Gemeinwohl

3. Daseinsvorsorge sichern

Praxissterben, Facharztmangel oder ungesteuerte Krankenhaus-schließungen gefährden die gesundheitliche Daseinsvorsorge in ländlichen Regionen. Doch gerade für ältere Menschen und junge Familien ist wichtig, dass es ein Krankenhaus in erreichbarer Nähe gibt. Die Grund- und Regelversorgung muss daher innerhalb einer Fahrtzeit von maximal 30 Minuten wohnortnah erreichbar sein. Für speziellere Versorgungsangebote ist ein größerer Radius vertretbar.

4. Freigemeinnützige Träger stärken

Die freigemeinnützige Trägerschaft ist innovativ und ein Zukunftskonzept. Hier gehen nachhaltiges Wirtschaften und Patientenorientierung an vielen Orten Deutschlands Hand in Hand. Gleichzeitig

werden innovative Versorgungskonzepte entwickelt und vorangetrieben, auch wenn ihre Finanzierung noch nicht über die Regelversorgung gesichert ist. Daher ist es notwendig, die Trägervielfalt und freigemeinnützige Akteure zu stärken.

Strukturereform

5. Regional planen

Der Versorgungsbedarf ist regional sehr unterschiedlich. Vor Ort sind bereits viele tragfähige Modelle entstanden, in denen niedergelassene Ärzte und örtliche Krankenhäuser eng zusammenarbeiten. Bundesweit einheitlich vorgegebene Strukturen und Konzepte, beispielsweise für „Integrierte Notfallzentren“, gefährden diese erfolgreichen Kooperationen. Die Planungshoheit muss auch zukünftig allein bei den Ländern liegen. Subsidiarität ist ein bewährtes Prinzip.

6. Intelligent umstrukturieren

Übersteigertes Effizienzstreben und Marktlogik dürfen nicht wichtiger werden als Patientenorientierung und die Daseinsvorsorge vor Ort. Nicht jeder Klinikstandort wird in den kommenden Jahren noch gebraucht, doch einen Kahlschlag in der Krankenhauslandschaft lehnen wir ab. Spezialisierung ist auch in einem Netzwerk mehrerer Kliniken möglich, wenn sich jedes Haus auf seine Stärken konzentriert. So vorzugehen sorgt für eine gute Behandlungsqualität und reduziert gleichzeitig Doppelkapazitäten.

7. Versorgung vernetzen

Die starren Sektorengrenzen zwischen „ambulant“ und „stationär“ müssen endlich überwunden werden. Sie produzieren Reibung und es entstehen Lücken in der Versorgung. In unterversorgten Regionen könnten Kliniken den Sicherstellungsauftrag übernehmen. Auch sind sie bereit, mehr ambulante Leistungen zu erbringen. Dafür sind jedoch gesetzliche Veränderungen und eine angepasste Finanzierung nötig, beispielsweise mit einem DRG-Tagessatz für „tagesstationäre Leistungen“.

Finanzierung

8. Fallpauschalen reformieren

Da die Länder nicht genügend Investitionsmittel bereitstellen, geraten Krankenhäuser mit niedrigen Fallzahlen schnell in Existenznöte. Das System der Krankenhausfinanzierung benötigt eine Reform. Es sollte um fallunabhängige Basis-Pauschalen für die Vorhaltung von Personal und Infrastruktur ergänzt werden. Dies ist notwendig, um langfristig die flächendeckende Grundversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

9. Digitalisierung vorantreiben

Die Kliniken brauchen eine solide Infrastruktur, damit die Digitalisierung in der Fläche ankommt. Dafür ist eine langfristige Finanzierung als Teil der Regelfinanzierung unverzichtbar. Denkbar ist ein Digitalisierungszuschlag von zwei Prozent auf alle Krankenhausrechnungen. Mehr Digitalisierung bietet große Potenziale für die Versorgung, gleichzeitig muss die IT-Sicherheit wirksam geschützt werden. Das Förderprogramm des Krankenhauszukunftsgesetzes reicht nicht aus, um hier nachhaltige Fortschritte zu erzielen.

10. Klimaschutz ausbauen

Die Bewahrung der Schöpfung und generationengerechtes Handeln gehören zu den größten Herausforderungen unserer Zeit. Dazu müssen alle beitragen. Krankenhäuser sind rund um die Uhr geöffnet. Mit intelligenten Lösungen können sie Energie sparen und effizienter einsetzen. Auch bei der Beschaffung, Verpflegung und Mobilität ist mehr Klimaschutz möglich. Dafür sind Investitionen erforderlich, die die Kliniken nicht ohne Fördermittel stemmen können. Die Klimaschutzförderung für Krankenhäuser sollte ausgebaut werden.

Psychiatrie

11. Moderne Behandlungskonzepte fördern

Die neuen Mindestvorgaben für den Personaleinsatz in der Psychiatrie und Psychosomatik bilden moderne Versorgungskonzepte nicht ab. Zugleich wachsen mit ihnen die Bürokratieranforderungen der Krankenkassen ins Uferlose. Die Patient(inn)en mit ihren individuellen Bedarfen werden so in den Hintergrund gedrängt. Daher ist es notwendig, diese Vorgaben durch eine neue, flexiblere Regelung zu ersetzen. Die Sanktionen sind so auszugestalten, dass sie verhältnismäßig sind und Kliniken nicht in Existenzgefahr bringen.

Rehabilitation

12. Tariflöhne anerkennen

Die multiprofessionellen Teams in den Reha-Einrichtungen haben einen Anspruch auf faire Löhne. Damit Reha-Einrichtungen diese zahlen können, müssen künftig Personalkosten auf Tarifniveau refinanziert werden. Auch ist die Stärkung des Wahlrechts der Versicherten für eine Reha-Einrichtung nötig. Die souveräne Entscheidung von Patientinnen und Patienten für eine qualifizierte Einrichtung darf nicht dadurch unterlaufen werden, dass die Krankenkassen sie ausschließlich zur Kosteneinsparung einem anderen Reha-Anbieter zuweist.

Das ausführliche Positionspapier des kkvd zur Bundestagswahl 2021 findet sich unter: www.kkvd.de/menschlich-innovativ-freigemeinnuetzig

Politik

Pflegepersonal-Untergrenzen: Ziel verfehlt

Am 9. November 2018 hatte der Deutsche Bundestag das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz beschlossen. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn lässt sich mit den Worten zitieren: „Wir halten Wort. Mit der Verabschiedung des Pflege-Sofortprogramms heute im Deutschen Bundestag lösen wir das Versprechen an alle Pflegekräfte in Deutschland ein, ihren Berufsalltag konkret zu verbessern.“¹ Patientensicherheit und eine Entlastung des Pflegepersonals sollten die obersten Ziele des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes sein. Ist das geglückt?

Aus der repräsentativen Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) „Krankenhaus Barometer 2020“ geht hervor, dass im Jahr 2019 etwa jedes zweite Krankenhaus mit pflegesensitiven Bereichen Intensivbetten gesperrt hat. Circa 39 Prozent der Krankenhäuser meldeten einzelne Bereiche aufgrund der Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) vorübergehend von der Notfallversorgung ab. Auch auf den pflegesensitiven Allgemeinstationen mussten circa 38 Prozent der Kliniken Bettensperrungen vornehmen.² Dabei variiert der Pflegeaufwand innerhalb von Stationen oder Fachbereichen von Patient(in) zu Patient(in). Zur Erfüllung der rein mathematischen Vorgaben ohne Bezug zum tatsächlichen Aufwand wird in Kauf genommen, dass Krankenhäuser Patient(inn)en abweisen. Dass dies der Patientensicherheit dient, darf bezweifelt werden. Ganz zu schweigen von den damit einhergehenden Problemen in der regionalen Versorgungsstruktur, der gesunkenen Versorgungsqualität und nicht zuletzt der schlechteren Einnahmesituation der Kliniken.

Enttäuschte Hoffnungen der Pflegefachkräfte

Bei den Pflegefachkräften hat sich im Jahr drei des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes Ernüchterung eingestellt. In die Untergrenzen hatte man die große Hoffnung gesetzt, mit ihnen die Grundlage für einen schrittweisen Aufbau von mehr Pflegekapazitäten in den Krankenhäusern zu legen. Für viele ist das Gegenteil eingetreten, der Stress hat noch mehr zugenommen. Die Untergrenzen, so gut sie gemeint sein mögen, demotivieren also am Ende diejenigen, die so dringend gebraucht werden und die entlastet werden sollten: die Pflegekräfte.

Viele Krankenhäuser haben Probleme bei der Besetzung freier Stellen. In der Pflege herrscht Vollbeschäftigung, denn auf dem Stellenmarkt stehen nicht genügend Pflegekräfte zur Verfügung. Nur durch die Gewinnung zusätzlicher neuer Pflegekräfte und die Aufstockung von Teilzeit-Pflegestellen kann dieses Problem gelöst werden.³

Die Bemühungen der Kliniken, mehr Pflegekräfte zu bekommen, sind vielfältig, aber teilweise unter dem Strich auch sinnlos. Das Abwerben von Kräften aus anderen Häusern, das Anwerben von Pflegepersonal aus dem Ausland sowie eine bessere Bezahlung seien hier nur beispielhaft erwähnt; ganz oben steht die (teure) Leiharbeit ohne

persönliche Bindung an das Krankenhaus. Es zeigt sich, dass Pflegepersonal durch die Gesetzesänderungen nur sehr bedingt zu halten und zu gewinnen ist. Dies wird erst dann nachhaltig gelingen können, wenn der Arbeitsdruck verringert und die Rahmenbedingungen attraktiver gestaltet werden.⁴

Rückschritt bei der Hilfskräfte-Anrechnung

Die Idee gab es schon vor der PpUGV. Krankenhäuser haben zugewandte Patientenversorgung als Teamleistung verschiedener Professionen verstanden und durch einen abgestuften Personal- und Qualifikationsmix die Pflegeprozesse organisiert. Pflegeferne Aufgaben wurden auf andere Berufsgruppen wie zum Beispiel Pflegehilfskräfte, Servicekräfte, Blutentnahme-Teams, Dokumentationsassistent(inn)en etc. übertragen, damit Pflege sich auf ihre besonderen Kompetenzen fokussieren kann. Die PpUGV lässt nur einen eng begrenzten Spielraum für die Anrechnung von Hilfskräften zu. Hier wurde mit der Verordnung der Rückwärtsgang eingeschaltet. Dies hat einige Kliniken dazu veranlasst, ihre Servicebereiche zu schließen.

Eine abschließende Aussage zur Reaktion der Kostenträger auf einen über die Untergrenzen hinausgehenden Personaleinsatz im Rahmen der Verhandlungen zum Pflegebudget kann derzeit nicht getroffen werden. Es besteht die Gefahr, dass dieser mit dem Argument des Wirtschaftlichkeitsgebots abgelehnt wird. Damit werden Untergrenzen zu Obergrenzen. Man darf mutmaßen, dass – trotz gegenteiliger Lippenbekenntnisse – die Pflegepersonal-Untergrenzen und die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen ganz wesentlich auch Strukturmaßnahmen darstellen, die Kliniken wirtschaftlich in die Knie zwingen werden. Sie sollen im Ergebnis zu einer „Bereinigung“ der Krankenhauslandschaft führen. Das geht zunächst jedenfalls auf Kosten der Mitarbeiter(innen) und vor allem auf Kosten der Patient(inn)en.⁵

Grundsätzlich können Pflegepersonal-Untergrenzen durchaus ein wichtiges und sinnvolles Instrument sein, um eine Gefährdung von Patient(inn)en auszuschließen. Dazu brauchen wir als Grundlage und Bezugsgröße ein analytisches Personalbemessungsverfahren, das sich konsequent und verpflichtend an den Patientenbedarfen orientiert. Voraussetzung sind bedarfsorientierte Pflegepersonalvorgaben für alle bettenführenden Stationen der Krankenhäuser und ein pflegewissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsinstrument, das sich an der bewährten Pflegepersonal-Regelung (PPR) orientiert. Der Deutsche Pflegerat, die Gewerkschaft Verdi und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben mit der PPR 2.0 ein unbürokratisches Personalbedarfsbemessungsinstrument entwickelt, das eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung der Patient(inn)en im gesamten Krankenhaus abbildet, an dessen Konzeption auch der Katholische Krankenhausverband kkvd maßgeblich beteiligt war.⁶

Mein Fazit: Das Ziel ist nicht erreicht worden – Pflegepersonal-Untergrenzen sind nicht das geeignete Instrument, die Pflegekräfte zu entlasten und so die Patientenversorgung zu verbessern. PPR 2.0

ist die Alternative – oder um es mit dem ehemaligen DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum zu sagen: „Wenn die Politik dieses Instrument endlich einführt, sind die gesetzlichen Pflegepersonal-Untergrenzen überflüssig, da dann ein weitaus bedarfsgerechteres Verfahren zur Sicherung der Pflegequalität zur Verfügung steht.“⁴⁷

Thomas Karls

Kaufmännischer Leiter der
Klinikstandorte der Kplus
Gruppe in Leverkusen-Opladen
und -Wiesdorf



Anmerkungen

1. BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUM, Pressemeldung vom 9. November 2018. Download per Kurzlink: <https://bit.ly/3hkvsH5>
2. DKI: Krankenhaus Barometer. Düsseldorf, 2020, www.dki.de
3. MONITOR PFLEGE 3/2019: Quo vadis Personalbemessung? Download per Kurzlink: <https://bit.ly/3jw3jzo>
4. AUFFENBERG, J.: Pflegepersonal entlasten, halten und gewinnen – Bedarfe in der Bremer Krankenpflege aus Beschäftigtensicht. Bericht zur Lage 2020, S. 93–100, Download per Kurzlink: <https://bit.ly/360KKLB>
5. BVOU NETZWERK: Pflegepersonaluntergrenzen: Krankenhäuser im Würgegriff. Beitrag vom 30. 1. 2020, Download per Kurzlink: <https://bit.ly/3hgz5v4>
6. HEESER, A.: Pflegepersonalbemessungsinstrument. Neues Instrument zeigt höheren Personalbedarf als bisher angenommen. Beitrag vom 15.1.2020, Download per Kurzlink: <https://bit.ly/360pBS1>
7. www.aerztezeitung.de/Politik/Mehrheit-der-Pflegekraefte-senkt-bei-Personaluntergrenzen-den-Daumen (24. Mai 2020).

Kommentar

Kein Verschieben mehr!

Verlässliche Arbeitsbedingungen durch Pflegepersonalbedarfsbemessung

Zentrales Ziel des Bundesgesundheitsministeriums für diese Legislaturperiode war es, eine Verbesserung der Situation der Pflegenden zu erreichen: über mehr finanzierte Stellen, mehr Personal, mehr Auszubildende, mehr Lohn, mehr Verantwortung und nicht zuletzt: eine bessere Ausbildung. Es gab viele Initiativen und Gesetzgebungsverfahren, wie die Konzertierte Aktion Pflege (KAP), das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, die Pflegereform.

Diese Aufmerksamkeit für das Thema Pflege und Pflegeversorgung war wichtig, da es in einer „alternden Bevölkerung“ zunehmend ein zentrales Thema der Daseinsfürsorge wird. Der Fachkräftemangel und die hohe Fluktuation aus dem Pflegeberuf sind zentrale Probleme, für die es nachhaltige Lösungen geben muss. Die zentrale Fragestellung ist dabei: Wieviel Pflegepersonal wird benötigt, um den

aktuellen und auch zukünftigen Anforderungen an die Personalausstattung, die sich am pflegerischen Bedarf orientieren muss, zu decken? So wie es ist, kann es nicht bleiben.

Die KAP beauftragte die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Verdi und den Deutschen Pflegerat aufgrund der Dringlichkeit einer Verbesserung der Situation, innerhalb von sechs Monaten eine „Interimslösung“ zu entwickeln. Im Dezember 2019 wurde dabei – in Übererfüllung des Auftrags – eine auf Basis vielfältiger wissenschaftlicher Vorarbeiten aktualisierte „Pflege-Personalregelung 2.0“ (PPR 2.0) an das Bundesgesundheitsministerium übergeben.

Die PPR 2.0 wurde wissenschaftlich entwickelt und unabhängig von einer führenden pflegewissenschaftlichen Einrichtung – dem Institut der Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle/Saale – in 44 Einrichtungen getestet und als Basis für eine Weiterentwicklung für tragfähig befunden. Die Institutsleiterin Gabriele Mayer ist Mitglied im Sachverständigenrat des Bundesgesundheitsministeriums. Mehr Transparenz in der Zusammenarbeit mit dem Ministerium geht nicht.

Arbeitgeber, Gewerkschaft und Deutscher Pflegerat (als berufständische Vertretung der Pflegenden) haben sich aus den Erfahrungen aus dem Pretest und dem hohen Handlungsdruck für eine rasche Einführung der PPR 2.0 eingesetzt und die begleitende wissenschaftliche Weiterentwicklung vorgeschlagen und vorbereitet. Man sollte nun meinen, dass hier das Bundesgesundheitsministerium über diese fristgerechte Umsetzung des KAP-Auftrages erfreut sei und eine rasche Lösung umsetze. Weit gefehlt!

Es folgten mehr als ein Jahr behördliche Prüfung dieses Vorschlags und nun die Eröffnung einer fragwürdigen Perspektive im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG), dass eine Neuentwicklung durch die Selbstverwaltung beauftragt werden soll. Dieses Instrument soll dann ab 2024 einsatzfähig sein. Mit Blick auf die Entwicklungszeiten bisheriger Instrumente ist der Zeitplan im GVWG als ambitioniert zu betrachten. Ob letztendlich ein anderes – wie auch immer gestaltetes – Instrument besser als die PPR 2.0 sein wird, bleibt zudem abzuwarten.

Aus unserer Sicht wird hier eine Chance vertan, und die entscheidenden Maßnahmen für verbesserte Rahmenbedingungen für Pflegefachpersonen im Krankenhaus werden grundlos vertagt. So lange wir den Bedarf an Pflegepersonalstellen nicht bestimmen, bleiben wir beim Thema Personalausstattung im Blindflug. Noch weitere drei Jahre in dieser Situation können wir seitens des Deutschen Pflegerates nicht tolerieren. Unseren Vorschlag haben wir gemeinsam mit unseren Partnern auf den Tisch gelegt. Die PPR 2.0 muss sofort als Interimslösung umgesetzt werden.

Christine Vogler
Seit Juni 2021 Präsidentin
des Deutschen Pflegerates (DPR)



Verband

Babylots(inn)en: Caritas-Studie belegt die Wirksamkeit dieses Angebots

Der Einsatz von Babylots(inn)en zur Beratung von Eltern in der Geburtsklinik wird sowohl vom Klinikpersonal als auch von den Müttern sehr geschätzt. Das belegt eine Umfrage des Forschungsinstituts Kantar im Auftrag des Deutschen Caritasverbands (DCV).

Im Rückblick zeigen sich 74 Prozent der Mütter, die in der Klinik Kontakt zu einer Babylotsin hatten, zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrem Klinikaufenthalt. 95 Prozent der Mitarbeitenden (Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Hebammen) in Kliniken mit Babylots(inn)en erachten deren Einsatz als unabdingbar, für 97 Prozent stellen sie eine Entlastung dar.

Derzeit stehen Babylots(inn)en für nur 16 Prozent aller Geburten zur Verfügung. Eva M. Welskop-Deffaa, Vorstand für Sozial- und Fachpolitik des DCV, fordert daher, dass dieses Angebot bis 2024 flächendeckend in allen Geburtskliniken vorhanden sein sollte. Sie sieht die Gesundheitsminister(innen) von Bund und Ländern in der Pflicht. Mehr: www.caritas.de, Pressemeldung vom 10. Juni 2021

Von der Flugsicherheit lernen

In den USA sterben jährlich 250.000 Menschen durch medizinische Fehler. Daten für Deutschland sind nicht verfügbar, die Zahl wird jedoch auf bis zu 60.000 vermeidbare Todesfälle geschätzt. Ein Zertifikatsprogramm „Fokus Patientensicherheit“ soll dem entgegenwirken. Es ist der erste universitäre Lehrgang zum Thema in der EU.

Das Programm „Fokus Patientensicherheit“ wurde gemeinsam von der TU München, dem Klinikum St. Elisabeth Straubing, dem Klinikum rechts der Isar und der Lufthansa entwickelt und wird im September 2021 in München und Straubing starten. Sein Ziel ist ein vorausschauender, lösungsorientierter Umgang mit Risiken im medizinischen Handeln. Vorbilder dafür gibt es bei Hochsicherheitsorganisationen wie zum Beispiel Luftfahrtgesellschaften, deren erfolgreiche Konzepte sich an das Gesundheitswesen anpassen lassen. Die Weiterbildung richtet sich an Führungskräfte, Verantwortliche für Qualitäts-, Risiko-, Schadens- und Krisenmanagement in Gesundheitseinrichtungen sowie erfahrene Mitarbeiter(innen) in der Patientenversorgung. Mehr Infos: www.lll.tum.de

kkvd-Kampagne zur Vielfalt: Ihre Botschaft wirkt fort

Ein digitaler Talk Ende April mit der Integrationsbeauftragten der Bundesregierung, Staatsministerin Annette Widmann-Mauz, bildete den offiziellen Schlusspunkt der kkvd-Kampagne „Vielfalt ist gesund“. Dabei stellten katholische Kliniken aus Halle, Erlangen, Dortmund und Berlin Best-Practice-Beispiele aus ihren Häusern vor.

Annette Widmann-Mauz, zugleich Schirmherrin der kkvd-Kampagne, lobte das Gesundheitswesen als eines der gelungensten Beispiele für gelebte Integration. Für die katholische Kirche als Weltkirche sei Vielfalt ohnehin lebendige Normalität. Der Vorsitzende des kkvd, Theo Paul, betonte, Vielfalt sei eine Bereicherung und stärke den Zusammenhalt der Gesellschaft. Sie biete die Chance, viel voneinander zu lernen. Mitarbeitende aus dem Krankenhaus St. Barbara und St. Elisabeth Halle (Saale) berichteten, wie Vielfalt auch unter dem Eindruck des antisemitischen Anschlags in der Stadt 2019 im Klinikalltag gelebt wird. Das Malteser Waldkrankenhaus Erlangen stellte seinen Umgang mit Diversity in der Ausbildung praktisch dar. Die Alexianer-Krankenhäuser in Berlin zeigten die Bedeutung von Kultursensibilität in der Kommunikation auf. Schließlich stellte die St. Johannes-Gesellschaft Dortmund ein Generationen und Kulturen übergreifendes Wohnprojekt vor.

Titelbild der Einladung zum digitalen Abschluss-Talk der kkvd-Kampagne „Vielfalt ist gesund“.



NACHGEDACHT



**Prof. Dr. theol.
Michael Fischer**
*Referent Christliche
Identität und Werte
in der St. Franzis-
kus-Stiftung
Münster, E-Mail:
fischer@st-franzis-
kus-stiftung.de*

Zur Zukunft der Seelsorge im Gesundheitswesen

In den Einrichtungen des Gesundheitswesens begleitet die kirchliche Seelsorge Menschen in schwierigen Lebensphasen. Durch eine Krankheit, durch die Konfrontation mit dem Tod

oder einem Leben mit Einschränkungen steht der Mensch oft vor der Fraglichkeit seiner selbst. Das Dasein kommt an seine Grenzen. Als fester Bestandteil in Krankenhäusern und Einrichtungen der Altenhilfe und für Menschen mit Einschränkungen leistet die Seelsorge einen wichtigen Dienst.

Die Seelsorge in diesen Einrichtungen steht vor grundlegenden Weichenstellungen. An zwei Bruchstellen in der Seelsorge werden die Herausforderungen deutlich: zum einen an der veränderten Wahrnehmung der Spiritualität durch die Professionen der Gesundheitsberufe und zum anderen durch eine Erweiterung der Rollenträger(innen) kirchlicher Seelsorge. Wie kann künftig die Seelsorge im Gesundheitswesen unter den gegenwärtigen kirchlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen qualitätsgerecht sichergestellt werden?

Zweifellos sind dafür neue Denk- und Handlungsmodelle auf Bistums-, Träger- und Einrichtungsebene notwendig. Indem die vier Themenfelder Charisma, Professionalität, Kompetenz und Qualität im theologischen und sozialwissenschaftlichen Kontext mit Blick auf die Seelsorge miteinander verknüpft werden, entsteht eine konzeptionelle Grundlage für ein alle Professionen im Gesundheitswesen – und ebenso Ehrenamtliche – einbeziehendes Modell von Seelsorge.

Bei solchen Überlegungen liefern empirische Studien aus dem Bistum Münster zu Erfahrungen der seelsorglichen Begleitung durch ehrenamtliche und teilfreigestellte beruflich Mitarbeitende im Krankenhaus und in der stationären Alten- und Behinder-

tenhilfe wertvolle Hinweise. Damit liegen erstmalig valide Daten zu den Motiven, Rollen, der Zusammenarbeit der bisherigen und neuer Akteure in diesem kategorialen Seelsorgefeld vor.

Die Zukunft der Seelsorge nicht nur im Gesundheitswesen wird von einem sich abzeichnenden dynamischen Professionalitätswandel geprägt sein. Das Professionalitätsverständnis der Seelsorge erweitert sich hinsichtlich der Rollenträger(innen), integrativer Rollenbilder, entsprechender Qualifizierungsmodelle und der Notwendigkeit Sektoren und Kategorien übergreifender Modelle. Die hohe Professionalität hauptamtlicher Pastoraler Dienste wird dabei nicht abgewertet, vielmehr sind sie Wegbereiter und notwendige Akteure einer zukunftsfähigen Seelsorge im Gesundheitswesen.

Michael Fischer

BUCHTIPP



Die bisherige Form der Seelsorge in Gesundheitseinrichtungen kann nicht aufrechterhalten werden: Es mangelt an Geld, Personal und entsprechenden Konzepten. Michael Fischer liefert in seinem Buch „Zukunft der Seelsorge im Gesundheitswesen“ (Würzburg: Echter Verlag, 2021, 230 S., 19,90 Euro, ISBN 978-3-429-05624-7) eine Situa-

tionsanalyse und diskutiert Themenfelder für eine zukunftsfähige christliche Seelsorge. Die daraus entstehende Konzeption wird anschließend anhand einer empirischen Studie validiert.

IMPRESSUM

www.kkvd.de

Herausgegeben vom Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)
Große Hamburger Straße 5, 10115 Berlin, Tel. 0 30/2 40 83 68-11

Redaktion: Bernadette Rümmelin (rü) (Sprecherin der Geschäftsführung; verantwortlich), Thomas Vorkamp (vo), (Geschäftsführer; verantwortlich), Herbert Möller (mö), Klemens Bögner (neue caritas)

Redaktionsbeirat: Birgit Trockel (bt), Karoline Körber (kö), Michael Kretschmer (mk)

Redaktionssekretariat: Jennifer Riedel, Tel. 0 30/2 40 83 68-15, Fax: -22, E-Mail: kkvd-aktuell@caritas.de

Vertrieb: Bettina Weber, Lambertus-Verlag GmbH; Tel. 07 61/3 68 25-0, Fax: 3 68 25-33,
E-Mail: neue-caritas@lambertus.de

Titelbild: AdobeStock/orpheus26

Nachdruck und elektronische Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung. ISSN 2190-4448.



kkvd

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.