

# Wissen vor Wirtschaftsinteressen

## Delegierte des DBfK Nordwest e.V. in der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein stellen Forderungen an die Politik

*Im Rahmen der Wahl zur Kammerversammlung der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein traten Mitglieder des DBfK Nordwest e.V. auf der Liste „Stark für Pflegende“ unter anderem mit dem Appell „Wissen vor Wirtschaftsinteressen!“ an. Mit diesem Positionspapier verleihen die Kammerdelegierten ihrer Forderung Nachdruck.*

Unsere Haltung ist davon geprägt, dass wir Pflege als **zentralen und unverzichtbaren Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung von Menschen** in allen stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen und Diensten des Gesundheitssystems begreifen. Diese Leistung kann nur dann angemessen erbracht werden, wenn es genug Pflegefachpersonen in allen Versorgungsbereichen gibt: etwa in der Pflegepraxis (Krankenhäuser, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen) in der Administration von Pflege, in Hochschulen und Ausbildungsstätten, auch bei Pflegekassen und Pflegestützpunkten und anderen Bereichen mehr. Assistenz- oder Hilfspersonal, Medizinische Fachangestellte oder Stationshilfen unterstützen unsere Arbeit, aber die **notwendige fachliche Expertise** liegt bei uns Pflegefachpersonen, da wir unser Wissen und unsere Kompetenzen aus einer wissenschaftlich begründeten z. T. akademischen Ausbildung ableiten und anwenden.

## Pflege durch Pflegefachpersonen ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Deutschland

Mit der **Ökonomisierung** der gesamten Versorgungslandschaft hat der Gesetzgeber dem Gesundheitssektor marktwirtschaftliche Mechanismen verordnet.

In diesem Zuge wird Pflege als Kostenfaktor betrachtet und somit als beliebige Verschiebemasse behandelt. So sind z. B. in der Zeit von 1995 bis 2007 rund 50.000 Vollzeitstellen in der Pflege im Krankenhaussektor abgebaut worden, während die Zahl der hauptamtlich beschäftigten Klinikärzte und -ärztinnen um 20 Prozent gestiegen ist (u.a. Isfort et al. 2009; Simon 2009).

U. a. diese Fehlentscheidungen führen bei steigenden Fallzahlen, erhöhter Arbeitsbelastung und erhöhter Arbeitsverdichtung langfristig zu einem Ausstieg aus dem Beruf oder der Entscheidung, in Teilzeit zu arbeiten. In der Folge fehlt es heute an Personal: laut Statistik der Bundesagentur für Arbeit sind im Jahresdurchschnitt 2019 39.700 gemeldete Stellen in der Alten- und Krankenpflege unbesetzt geblieben (BA 2020). Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten kommt zu dem Ergebnis, dass allein im Pflegedienst der Krankenhäuser aktuell mehr als 100.000 Vollkräfte fehlen (Simon 2018). Abgesehen von dem jetzt herrschenden Pflegenotstand in der Normalversorgung stellt diese Situation

einen gefährlichen Engpassfaktor bezüglich der Bewältigung der CoVid-19-Pandemie dar: Aufgrund des massiven Mangels an Pflegefachpersonen sind mit dem Hinweis auf eine ‚epidemische Lage von nationaler Tragweite‘ und in Erwartung eines massiven Aufkommens zu behandelnder CoViD-Erkrankter die Pflegepersonaluntergrenzen ausgesetzt, Grenzen der Arbeitszeit aufgeweicht, vorgeschriebene Ruhezeiten verkürzt und erhebliche Zugriffsmöglichkeiten des Arbeitgebers auf das Pflegepersonal legalisiert worden (DBfK 2020). Diese massiven Einschränkungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes für Pflegepersonal sind nicht hinnehmbar! Dieser Zustand muss schnellstmöglich abgestellt werden und darf in Zukunft nie wieder einsetzen!

Während einerseits massive Einschnitte in den Arbeitsbedingungen beruflich Pflegenden vorgenommen wurden und werden, haben andererseits Investoren die Gesundheits- und Sozialbranche aufgrund guter **Renditeerwartungen** für sich entdeckt. So schreibt die CBRE-Group, ein weltweit tätiges Dienstleistungsunternehmen im gewerblichen Immobiliensektor, in einem im Februar 2020 veröffentlichten Ausblick, dass Gesundheitsimmobilien verstärkt in den Fokus institutioneller Investoren rücken würden.

Insgesamt wurden 2,1 Mrd. Euro am Markt für **Gesundheitsimmobilien** investiert. Limitiert wird das Investitionsvolumen nur durch die mangelnde Produktverfügbarkeit. Für CBRE gelten die Kapitalwerte von Pflegeheimen im Vergleich zu anderen Immobilien als „eher günstig“, was daran liege, dass die sogenannten Investitionskosten – also die Miete der Bewohner/innen – reglementiert und unsachgemäß (sic) niedrig gehalten würden. Vor dem Hintergrund des steigenden Kapitalbedarfs im Markt für Gesundheitsimmobilien werden außerdem **Maßnahmen zur Kosteneinsparung** vorausgesagt, um so den deutschen Pflegemarkt noch attraktiver zu machen. Gleichzeitig schielt man auf die Wirkung des dritten Pflegestärkungsgesetzes, weil dank diesem die Pflegeversicherung mit einem Plus von 26,4 % den **stärksten Zuwachs** aller Ausgabenträger verzeichnet.

Renditen werden ausschließlich durch Kostensenkung erreicht, und **Kostenfaktor Nr. 1 ist in der Logik von Investoren das Personal**. Dass bei Konzernbetreibern und Investoren nicht die bestmögliche pflegerische Versorgung von Menschen mit Unterstützungsbedarf, sondern Gewinnmaximierung und Renditen im Vordergrund stehen, ist somit offenkundig und wird – **und das ist ein Skandal** – politisch hingenommen. Sowohl in der Krankenhauslandschaft als auch im Altenpflegebereich wird die Gesundheit von Menschen als Ware gehandelt. Als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen – oder treffender – in der Gesundheitswirtschaft, sind wir dabei die Leidtragenden. Denn wir halten das System am Laufen, können dabei aber unseren beruflichen Ansprüchen nicht mehr genügen und ertragen **prekäre Arbeitsbedingungen**.

An dieser Stelle seien **zwei zentrale Konfliktsituationen** benannt, die unseren beruflichen Alltag in der Versorgung von Menschen bestimmen:

1. Durch die ökonomische Logik einer dem Marktwettbewerb ausgesetzten Gesundheitseinrichtung entsteht der Druck, den pflegerischen **Versorgungsprozess** so zu gestalten, dass die wirtschaftlichen Interessen der Institution bedient werden. Die fachliche Sicht und der Fokus auf die Interessen des zu pflegenden Menschen bleiben dabei auf der Strecke, weil sie im Finanzierungssystem keine Rolle spielen und somit von den Kostenträgern nicht berücksichtigt werden. Beispiel: In der ambulanten Pflege müssen wir die Interventionen auf der Grundlage von verrichtungsbezogenen Katalogleistungen durchführen, statt den Fokus auf die person-zentrierte Gesundheitsförderung, Prävention und Förderung der Selbständigkeit zu legen.
2. Durch den Pflegefachpersonalmangel auf der einen Seite und den **wirtschaftlichen Druck** auf der anderen Seite kommt es täglich zu Situationen, in denen wir die Versorgung von **mehr**

Patient/innen bzw. Bewohner/innen annehmen und verantworten müssen, als es uns faktisch möglich ist. Wir sind das letzte Glied in der Kette. Beispiel: Nimmt ein Krankenhaus Patient/innen auf, obwohl dies zu einer Überbelegung einer Station führt, müssen wir entscheiden, welche erforderlichen **Leistungen** wir welcher Patientin gegenüber **nicht erbringen**. Diese Situation würde in nicht verantwortbarer Weise weiter hingenommen, wenn der Gesetzesentwurf zum Landeskrankenhausgesetzes Schleswig-Holstein (Drucksache 19/2042<sup>1</sup>) in der derzeit vorliegenden Fassung verabschiedet würde.

Solange die Politik hier nicht entschlossen gegensteuert, kehren immer mehr Pflegefachpersonen ihrem Beruf den Rücken. Laut Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) sehen sich beruflich Pflegende häufiger als andere **Erwerbstätige hohen körperlichen und psychischen Arbeitsanforderungen** ausgesetzt. Dies spiegelt sich auch in den Angaben zu Überforderungs- und Stresserleben sowie gesundheitlichen Beschwerden unter uns beruflich Pflegenden wider. Zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages sei es laut BAUA erforderlich, die Gestaltung **gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen** in der beruflichen Pflege stärker in den Fokus zu rücken. Keinesfalls könne angesichts der Situation in der Branche riskiert werden, dass weitere Pflegefachpersonen aus dem Beruf fliehen (BAuA 2020).

## **Die pflegerische Versorgung ist nicht gesichert und wird sich weiter verschlechtern, wenn ökonomische und arbeitgebergeleitete Interessen für die Politik maßgeblich bleiben.**

Während im restlichen Europa die Leistung unserer Berufsgruppe anerkannt wird, wird ihr **Stellenwert** in Deutschland durch die Politik weiter negiert. Dabei belegen mehrere Studien, dass die Versorgung im Krankenhaus bei einer Reduzierung des Qualifikationsmix zu Gunsten von Hilfspersonal mit einem **erhöhten Sterberisiko der Patient/innen** einhergeht. Oder positiv formuliert: Wenn der Anteil an qualifiziertem Pflegepersonal steigt, erhöht sich die Qualität und Sicherheit der Versorgung (Aiken et al. 2017, 2014).

Nicht- oder geringqualifiziertes Assistenzpersonal kann die Risiken für z. B. Druckgeschwüre, Stürze, Infektionen oder Lungenentzündungen durch z.B. Schluckstörungen nicht (er)kennen und auch keine entsprechenden Maßnahmen anordnen. Wenn Politik und Entscheidungsträger dies nicht verstehen (wollen), nehmen sie in Kauf, dass es zu einer Zunahme von Pflegefehlern kommt. Damit gehen eine Verschlechterung der Prognosen, erhöhte und damit kostenintensivere Versorgungsbedarfe oder auch das **vermeidbare Versterben von Patient/innen einher** (Simon 2020). Einsparungen an qualifiziertem Personal führen somit langfristig zu einer Kostensteigerung! Darüber hinaus zeigen die Studien, dass mit erhöhtem Anteil an Hilfspersonal die Frustration (bis hin zum Burnout) des Pflegefachpersonals und auch die Unzufriedenheit der Patient/en steigt. Es ist anzunehmen, dass dies so auf die Versorgungssituation im Altenpflegebereich übertragbar ist.

Unser pflegfachliches Wissen und Handeln fußen auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen. Seit über 20 Jahren schreitet die Akademisierung des Pflegeberufs in Deutschland voran. Damit verbunden ist ein ständiger Zuwachs des pflegerischen Wissenskorpus. Dies ist auch dringend notwendig, denn die stetige Zunahme älterer und hochaltriger, häufig multimorbider und chronisch kranker Menschen hat den Bedarf an qualifizierter, wissenschaftlich fundierter Pflege erhöht. Wir als Pflegefachpersonen nehmen entsprechend unserer Qualifikationen Aufgaben in komplexen Pflegesituationen sowie in den

<sup>1</sup> <http://www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl19/drucks/02000/drucksache-19-02042.pdf> (16.06.2020)

Handlungsfeldern der Pflegeprozesssteuerung, der Beratung, Anleitung und Schulung bis hin zu spezialisierten Tätigkeiten im z. B. Wund- und Schmerzmanagement wahr. Handlungsleitend ist dabei für uns eine an (pflege-)wissenschaftlichen Standards orientierte und Leitlinien-gestützte, person-zentrierte Versorgung. Das am 1.1.2020 in Kraft getretene Pflegeberufegesetz sieht zudem erstmals Tätigkeiten vor, die ausnahmslos von uns als Angehörigen des Pflegeberufs ausgeübt werden dürfen.

**Es ist unverantwortlich**, wenn dieses Wissen und damit der Wert von Pflegenden für die Gesundheitsversorgung nicht anerkannt und für die Bevölkerung vollumfänglich nutzbar gemacht werden. Politik hat pflegerisches Expertentum systematisch in alle versorgungsrelevanten Entscheidungen mit einzubeziehen. Lobbyisten und Akteuren der Gesundheitswirtschaft muss zu Gunsten einer professionellen, pflegerischen Versorgung der Riegel vorgeschoben werden.

## **Es sterben Menschen, wenn pflegewissenschaftliches Wissen nicht als zentrale Grundlage in politische Entscheidungsprozesse einbezogen werden.**

Der beispiellose **Stellenabbau** in Krankenhäusern und die Privatisierung von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen haben der Arbeit in der Pflege auf Jahrzehnte einen erheblichen Attraktivitätsverlust beschert. Solange rein ökonomische und arbeitgebergeleitete, machtpolitische Interessen die maßgeblichen Einflussfaktoren sind, wird sich die Versorgung der Bevölkerung weiter verschlechtern und der **Pflegepersonalmangel** unaufhaltsam zuspitzen. Dabei ist die Erkenntnis nicht das Problem: Obwohl seit Jahrzehnten bekannt ist, dass es schlecht um die berufliche Pflege steht, haben die Verantwortlichen nichts dazu beigetragen, den Pflegenotstand abzuwenden.

Eng damit verbunden ist auch die Tatsache, dass die **Weiterentwicklung des Berufs** nur widerwillig unterstützt wird. Dies lässt sich unter anderem an der mangelnden strukturierten Einbindung von uns Pflegefachpersonen in politische Entscheidungsprozesse festmachen. Statt die **politische Partizipation** der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen zu stärken, wird immer wieder versucht, unsere Berufsgruppe klein zu halten. Uns werden nicht die Instrumente einer Selbstverwaltung zugestanden, die andere Berufsgruppen seit vielen Jahrzehnten erfolgreich bespielen. Wir sind ein gewichtiger Player und **die wertvollste Ressource**, wenn es um die Bewältigung der Herausforderung der Versorgung einer alternden Gesellschaft geht. Es ist überfällig, dies anzuerkennen. Es ist überfällig zu begreifen, dass erst mit der massiven Investition in uns als Pflegefachpersonen und einer Beteiligung an alle uns betreffenden Entscheidungen, eine qualitativ hochwertige pflegerisch-medizinische Versorgung der Bevölkerung zu leisten ist. Ohne ausreichend Pflegefachpersonen wird es langfristig zu einem wirtschaftlichen Schaden kommen, denn ohne eine gesunde Bevölkerung werden Wachstum, Beschäftigung und Wohlstand nicht möglich sein.

Als Delegierte des DBfK Nordwest in der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein fordern wir deshalb, dass unsere Interessen und das Wissen der Pflegenden **konsequent und systematisch** einbezogen und **vor** Wirtschaftsinteressen gestellt werden.

Konkret fordern wir die politisch Verantwortlichen in Schleswig-Holstein dazu auf, sich auf Landes- und Bundesebene für folgende Maßnahmen einzusetzen:

- **Renditebegrenzung:** Die Rendite, die mit Gesundheitsdienstleistungen erzielt werden kann, muss begrenzt werden. Eine angemessene Verzinsung des Eigenkapitals, das (auch private) Investoren für das Vorhalten von Gesundheitsdienstleistungen einsetzen, muss refinanziert

werden. Internationale Konzerne dürfen das Gut Gesundheit nicht länger zur Ware machen, um ihre Aktionäre zu bedienen.

- **Refinanzierung von Vorhaltekosten:** Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Der Staat trägt die Verantwortung für die Infrastruktur. Er muss dafür Sorge tragen, dass die Finanzierung für das Vorhalten von Gesundheits- und Pflegeleistungen gesichert ist. Sonst werden Leistungen entweder nicht angeboten (wie z.B. solitäre Kurzzeitpflege) oder sie gehen wegen der unzureichenden Personalausstattung zulasten des Personals und der Versorgungsqualität.
- **Einführung und Einhaltung von fachlich fundierten Personaluntergrenzen in allen pflegerischen Bereichen sowie eine am tatsächlichen Bedarf orientierte Pflegepersonalbedarfsermittlung:** Die Personalbedarfsermittlung muss auf pflegewissenschaftlichem Wissen und nicht auf Kompromissen von Kostenträgern und Arbeitgeberinteressen basieren. Erforderlich ist ein wissenschaftlich evaluiertes Instrument zur Pflegepersonalbedarfsermittlung im Zusammenspiel mit angemessenen Personaluntergrenzen, das auf die individuellen Bedarfe der Patientinnen und Patienten abstellt. Untergrenzen, die sich an dem schlechtesten Quartil der deutschen Krankenhäuser orientieren, können ausschließlich übergangsweise als rote Linie betrachtet werden und das auch nur dann, wenn sie für alle Versorgungsbereiche gelten. Andernfalls führen sie zu Personalverschiebungen und somit zur Verlagerung, aber nicht zur Lösung von Problemen.
- **Pflegeberufekammern als eigenständiges Organ der Selbstverwaltung anerkennen.** Wir fordern ein, dass wir unsere Expertise selbständig und eigenverantwortlich einbringen und weiterentwickeln können. Politische Vertreterinnen und Vertreter habe die Aufgabe, die Emanzipation und Partizipation der Berufsgruppe zum Wohl der Bevölkerung zu fördern und zu unterstützen.

## Wissen um die Bedingungen für gute Pflege

Das Wahlprogramm der Delegierten des DBfK Nordwest in der Pflegeberufekammer zeigt, welche Inhalte und Themen wir in der Kammerversammlung einbringen. Mehr Informationen dazu hier: [https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/pdf/2018-02-19-DBfK\\_Nordwest\\_Wahlprogramm\\_-Flyer-Kammerwahl-Pflegeberufekammer-Schleswig-Holstein.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/pdf/2018-02-19-DBfK_Nordwest_Wahlprogramm_-Flyer-Kammerwahl-Pflegeberufekammer-Schleswig-Holstein.pdf)

**Wissen vor Wirtschaftsinteressen!** Unsere Berufsgruppe darf nicht weiter Spielball von Lobbyisten und anderen Akteuren zulasten der Pflegequalität sein.

**Prioritäten setzen!** Zu wenige Kolleginnen und Kollegen müssen zu viele Patienten versorgen.: Mindestpersonalverordnungen können dem entgegenzuwirken.

**Eine für Alle!** Pflege darf nicht von Pflegefremden definiert werden. Wir wollen eine für alle verbindliche Berufsordnung auf der Grundlage des Ethikkodexes des International Council of Nurses (ICN).

**Gerechte Beitragsstrukturen!** Die Beiträge für die Pflichtmitgliedschaft in der Kammer müssen für alle Mitglieder bezahlbar und sozial gerecht gestaffelt sein.

**Lernen – ein Leben lang!** Die Pflege entwickelt sich weiter. Wir wollen, dass Arbeitgeber allen Pflegenden Fort- und Weiterbildungen ermöglichen, genehmigen und bezahlen.

**Mobilität ermöglichen!** Die Anerkennung von Abschlüssen in Pflegeberufen muss europaweit klaren, transparenten und effizienten Regeln folgen.

**Eigenverantwortung stärken!** Wir wollen eine praxistaugliche und zeitgemäße Zuständigkeitsregelung, die unsere Versorgungsrealität korrekt abbildet.

**Gemeinsam pflegen!** Wir Pflegefachpersonen begreifen uns als Team – unabhängig von der pflegefachlichen Grundqualifikation, vom akademischen Grad und vom Tätigkeitsbereich.

**Daten erheben und interpretieren!** Um gute Pflege und Konzepte zu ermöglichen, braucht es belastbare Daten. Wir werden diese zur Grundlage unserer Arbeit in der Kammer machen.

### Quellen

BA, Bundesagentur für Arbeit (2020). Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Mai 2020. Online verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> (16.06.2020).

Aiken, L.H. et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The lancet*, 383(9931): 1824-1830.

Aiken, L.H.; Sloane, D.; Griffiths, P. for the RN4CAST Consortium, et al (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*; 26: 559-568.

BAuA, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2020). Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege – Höhere Anforderungen, mehr gesundheitliche Beschwerden. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BIBB/BAuA-Faktenblatt 31). Online verfügbar unter: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Fakten/BIBB-BAuA-31.html> (16.06.2020).

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, DBfK (2020). Pressemitteilung: Normalbetrieb im Krankenhaus nur unter den ‚normalen‘ Regeln! Online verfügbar unter: <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2020/Normalbetrieb-im-Krankenhaus-nur-unter-den-normalen-Regeln.php> (16.06.2020).

Isfort M.; Weidner F., et al. (2010). Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de> (16.06.2020).

Simon, M.; Sharma, N.; Gerfin, M. (2020). Pflegepersonal und unerwünschte Ereignisse in Schweizer Akutspitälern: Auswertung von Daten des Bundesamtes für Statistik. Online verfügbar unter: [https://www.sbk.ch/files/sbk/politik/Volksinitiative/Factsheets/2020\\_01\\_13\\_V2\\_Pubvers\\_Datenanalyse\\_Pflegeinitiative\\_SBK\\_01.pdf](https://www.sbk.ch/files/sbk/politik/Volksinitiative/Factsheets/2020_01_13_V2_Pubvers_Datenanalyse_Pflegeinitiative_SBK_01.pdf) (16.06.2020).

Simon, M. (2018). Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle. Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), Working Paper Forschungsförderung, 96.

Simon, M. (2009). Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe, Ursachen, Perspektiven. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 14, Heft-Nr. 2, S. 101-123.

**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)  
Nordwest e.V.**

Geschäftsstelle | Lister Kirchweg 45 | 30163  
Hannover  
Regionalvertretung Nord | Am Hochkamp 14 | 23611  
Bad Schwartau

Telefon: +49 511 696844-0 | E-Mail:  
nordwest@dbfk.de | [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)

