

Pflegekräftemangel!



- DKG: Das Thema Pflege – ein Blick auf die politischen Felder
- BMG: Das Pflegekonzept der Zukunft
- Deutscher Pflegerat: Welche Rahmenbedingungen braucht die Pflege?
- DIVI: Pflegekräftemangel – Gefahr für die Zukunft

Pflege stärken geht nur mit starken Kliniken

Der Mangel wird immer offensichtlicher. Das wissen nicht nur die Pflegekräfte, die seit Jahren Lücken stopfen müssen. Das wissen auch die leitenden Ärzte, die ihre Abteilungen im zurückliegenden Jahrzehnt der politisch gesteuerten Unterfinanzierung managen müssen.

Wir brauchen eine Konsolidierung der Pflege. Sie nimmt eine Schlüsselstellung in der Patientenversorgung ein und deshalb müssen wir sie stärken. Wertschätzung, Image, Arbeitsbedingungen, Ausbildung, Entlastung von pflegefremden Tätigkeiten und Gehalt sind dabei wichtige Stellgrößen. Aber wer diese Stärkung will, darf nicht gleichzeitig die Kliniken schwächen. Warum ist es nur so schwer zu erkennen, dass all die Zwangsmaßnahmen, die den Spielraum der Kliniken einschränken, den Erfolg aller Projekte, welche die Pflege unterstützen, massiv gefährdet. Überzogene Prüfungen des medizinischen Dienstes (MDK), Abschlüge bei der Notfallversorgung, abstruse Hürden bei Strukturvorgaben für Komplexpauschalen engen die finanziellen Möglichkeiten immer weiter ein. Wie kann es dann verwundern, wenn versucht wird am Personal zu sparen? Das betrifft nicht mehr nur die Pflege sondern auch die Ärzte.

Plakative Forderungen helfen nicht.

Eine mittlerweile altbekannte Phalanx aus Kassen, Gesundheitspolitikern und Wissenschaftlern reduziert den Pflegekräftemangel auf die simple Formel: „Wir haben nicht zu wenig Pflegekräfte sondern zu viele Kliniken“. Zuletzt geschehen im Gutachten zur Krankenhausstrukturreform in Nordrhein-Westfalen. Davor kann man nur warnen. Gerade die hier ins Visier genommenen „kleineren Häuser“ haben meist die stabilere Pflegepersonalsituation. Es ist ein Irrglaube, dass Pflegekräfte nach einer Schließung ihres wohnortnahen Arbeitsplatzes in die großen Kliniken der Metropolregionen wechseln. Eher werden Sie Ihrem Beruf den Rücken kehren.

Konstruktiv wäre eine Diskussion über konkrete Zahlen und Lösungen: Wie viele Patienten werden in 20 Jahren wo auftauchen und welche regionalen und intersektoralen Lösungen sind praktikabel? Die Botschaft, man könne ein Viertel oder sogar die Hälfte aller Kliniken dicht machen, ist hingegen nichts als eine interessengesteuerte Kampagne: Sie suggeriert eine einfache Lösung, hinter der sich die ganze Konzeptlosigkeit in der Krankenhausplanung versteckt.

Pflegepersonaluntergrenzen können nur eine Interimslösung sein

Die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) sind aus der Not geboren und entpuppen sich als Geschenk an die Kassen. Laut Angaben der Kliniken haben bisher 96 Prozent die Untergrenzen eingehalten. Teilweise ist dies aber nur auf Kosten von Bettensperrungen, insbesondere im Intensivbereich gelungen. Problematisch sind eine mangelnde Flexibilität im Personaleinsatz, ein fehlender Bezug zum Pflegebedarf der betroffenen Patienten, die nicht vorhandenen Regelungen zur Aufnahme von Notfällen und der enorme bürokratische Aufwand. Der Mangel an Pflegekräften ist durch die PpUG hingegen nicht kleiner geworden. Wir werden also weiter mit diesem Mangel arbeiten müssen. Dafür bedarf es einer Überarbeitung des derzeitigen Systems der PpUG, die ein Instrument der Personalbemessung entsprechend dem Pflegebedarf der Patienten in einem Ganzhausansatz enthalten und Pflegehilfskräfte in stärkerem Ausmaß zur Entlastung zulassen.

Auch der Begriff der „patientennahen“ Pflege muss neu definiert werden. Ansonsten entstehen zwei Klassen der Pflegenden – mit und ohne Unterstützung.



Priv. Doz. Dr. Michael A. Weber,
Präsident des Verbandes der
Leitenden Krankenhausärzte
Deutschlands e. V.

Nicht abzusehen ist derzeit, ob und wie die Angebotsverknappung durch PpUG zu Versorgungsengpässen besonders in den belegungsreichen Jahreszeiten führen wird. Abzusehen ist aber, dass die Bettensperrungen zu Fallzahlminderung und Erlöseinbußen bei den Kliniken führen werden und damit die finanzielle Sicherung der Kliniken weiter gefährden. Bis auf weiteres darf es deshalb keine Ausweitung oder gar Verschärfung der PpUG geben. Sie können nur eine Interimslösung sein. Um die Teambildung zu stärken, dürfen wie geplant übertarifliche Bezahlungen von Leihkräften nicht mehr erstattet werden. Das gleiche gilt für Abwerbepremien, mit denen wir uns gegenseitig karnibalisieren.

Themen in dieser Ausgabe

Die Autoren dieses Heftes machen konstruktive Vorschläge zur Verbesserung der Pflegesituation. Nun liegt es an uns, diese zu verinnerlichen und ihre Umsetzung einzufordern, damit nicht noch mehr Pflegende ihren Beruf verlassen. Mindestens so wichtig ist es, Pflegekräfte, die bereits aus dem Beruf ausgeschieden sind, durch geeignete Maßnahmen zur Rückkehr zu bewegen.

All das kann nur gelingen, wenn die Kliniken nicht weiter geschwächt werden.

Ihr


ARZT UND KRANKENHAUS

Das vlk-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Inhalt

Editorial

2 **Pflege stärken geht nur mit starken Kliniken**

Priv. Doz. Dr. Michael A. Weber

Themen

5 **DKG: Das Thema Pflege – ein Blick auf die politischen Felder**

Georg Baum

8 **BMG: Das Pflegekonzept der Zukunft**

Andreas Westerfellhaus

10 **Deutscher Pflegerat: Welche Rahmenbedingungen braucht die Pflege?**

Irene Maier

12 **DIVI: Pflegekräftemangel – Gefahr für die Zukunft**

Prof. Dr. med. Uwe Janssens

Impressum

Herausgeber:

Verband der Leitenden Krankenhausärzte
Deutschlands e.V., Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0
www.vlk-online.de, info@vlk-online.de

Chefredaktion:

Rechtsanwalt Normann Johannes Schuster
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0, Fax: (0211) 45499-29
E-Mail: info@vlk-online.de

Das Onlinemagazin und alle in ihm enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Für zugesandte Manuskripte, Bildmaterial und Zuschriften wird keinerlei Gewähr übernommen.

Georg Baum

DKG: Das Thema Pflege – ein Blick auf die politischen Felder

Seit der Bundestagswahl ist Pflege das zentrale Thema in der Gesundheitspolitik. Die Stärkung der Pflege am Bett ist Ziel des politischen Handelns geworden, und der Bundesgesundheitsminister wird nicht müde mit vielerlei Maßnahmen zu zeigen, dass er sich des Themas annehmen will. Die Reisen nach Mexiko und in den Kosovo, um dort Pflegekräfte zu werben, zeigen aber auch, dass der Fachkräftemangel in diesem Bereich dramatisch ist. Die „Konzertierte Aktion Pflege“ der Bundesregierung in Gestalt der drei Ministerien für Gesundheit, für Arbeit und Soziales sowie für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zeigt den Stellenwert in der gesamten Bundesregierung. Realistisch betrachtet muss man aber bei der Personalsituation im Krankenhaus und dem sich verstärkenden Fachkräftemangel weiterdenken. IT-Kräfte, Ärzte – auch in diesen Bereichen wird die Personaldecke knapp. Und bei aller Debatte um Pflegekräfte sollte dabei nicht vergessen werden, dass unterstützende Kräfte eine entscheidende Hilfe für den Alltag in der Klinik darstellen.

Ein Blick auf die politischen Felder:

Von der angekündigten Stärkung spüren die Krankenhäuser in Sachen Pflege bislang wenig bis gar nichts. Das Stellenförderungsprogramm 2016 bis 2018 wurde für 2019 verlängert. Die Botschaft, jede zusätzliche Stelle im Jahr 2019 werde zu 100 Prozent refinanziert, hören wir gerne. Aber:

Der Arbeitsmarkt ist leergefegt. Das Programm kann nur marginal helfend genutzt werden. Im Dreijahreszeitraum bis 2018 wurden 3.440 Stellen finanziert. Im Jahr 2018 konnten weniger als 100 zusätzliche Pflegekräfte gewonnen werden. Das Programm finanziert Stellenaufbau, leider nicht die Nachbesetzung bestehender offener Stellen. Das ist aber die große Ausgabe, denn wir haben in den Krankenhäusern ca. 15.000 freie Stellen, und die Bundesanstalt für Arbeit meldet nur 11.100 Stellensuchende.

Ein weiteres wesentliches Versprechen war und ist die Ausfinanzierung der Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal. Gewerkschaften und Arbeitgeber sind das offensiv angegangen, haben die Aufforderung aus der Politik zu deutlichen Vergütungsverbesserungen um- bzw. durchgesetzt. Die Arbeitgeberseite der Krankenhäuser hat sich auf die Ausfinanzierungszusage für die Lohnabschlüsse ab 2018 verlassen. Für 2018 hat der TVöD-Tarifvertrag für die Pflege linear und strukturell einen Gesamtwachstum von ca. 3,7 Prozent gebracht. Die Vergütungszuwächse für die Krankenhäuser lagen weit darunter. Eigentlich hätte die Differenz ausgeglichen werden sollen. Die Art und Weise, wie das Gesetz die Errechnung vorgibt, verhindert letztlich den Ausgleich, so dass wir heute für 2018 und 2019 jeweils 300 Millionen Euro Mehrkosten haben, ohne Ausgleich. Die Krankenhäuser sind auf den Mehrkosten, die die Politik

propagiert hat, sitzen geblieben. Jüngst hat der Bundesrat das Problem aufgenommen und einen Zuschlag von 0,9 Prozent zur pauschalen Abgeltung der 600 Millionen Euro gefordert. Die Koalition hat sich nun auf 250 Millionen für das Jahr 2020 geeinigt. Wir begrüßen diesen Schritt in die richtige Richtung, hoffen aber auf Nachbesserungen im Parlament, so dass die Tarifsteigerungen vollständig refinanziert werden können.

Wir hoffen sehr, dass die Koalition die Initiative aufnimmt und noch in diesem Herbst die Entscheidung für den versprochenen Tarifausgleich im Gesetzgebungsverfahren zur Reform des Medizinischen Dienstes beschließt.

Der dritte und zentrale Teil der Pflegestärkung ist die Ausgliederung der Pflege aus den Fallpauschalen. Die Ausgliederung zeigt jetzt konkreter, wie tief die Wirkungen dieses Prozesses sind und noch gehen werden. Am Beispiel der Neonatologie wird das deutlich. Eine Eins-zu-Eins-Refinanzierung dürfte eher die Ausnahme als die Regel sein. Für nicht wenige Krankenhäuser ist die Umstellung a priori mit Erlöseinbußen verbunden. Überall dort, wo überdurchschnittlich Pflegekräfte ersetzt wurden, sei es durch Unterstützungspersonal oder Investitionen, sind Erlöseinbußen möglich. Auch haben wir in Deutschland unterschiedliche Tariflohnkosten. Für alle Krankenhäuser ist schon jetzt klar, dass die Pflegestärkung deutlich mehr

Initiativen in Richtung Entlastung der Pflege erfordert. Mit dem neuen System dagegen fokussieren wir die gesamte Förderung darauf, mehr Pflegefachkräfte einzustellen. Die gibt es aber nicht. Deshalb appellieren wir auch hier wieder an den Gesetzgeber, die Pflegeentlastung besser zu fördern. Wir haben eine Regelung, wonach wir drei Prozent des Pflegebudgets für Pflegeentlastung geltend machen können. Dies muss deutlich erhöht werden. Auch dazu gibt es entsprechende Vorschläge aus dem Bundesrat.

Bleiben noch die Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG). Noch aus dem Jahr 2017 stammte die Aufgabe, Pflegepersonaluntergrenzen einzuführen. Wesentlicher Kritikpunkt ist und war die vorgesehene Festlegung eines statistischen Grenzwerts (Perzentilwerts) von 25 Prozent. Das heißt, die Grenze einer ausreichenden

Personalbesetzung in Tages- und Nachtschichten soll immer und automatisch bei den unteren 25 Prozent der ausgewerteten Kliniken gezogen werden – ohne Berücksichtigung der Realität in den Kliniken.

Dabei entstand die durchaus skurrile Situation, dass der Schlüssel für die Intensivstation, der Gefährdung definieren sollte, auf dem Maß dessen lag, das die wissenschaftliche Fachgesellschaft als Idealbesetzung beschrieb. Nach langem Hin und Her wurden über eine Ersatzvornahme die Pflegepersonaluntergrenzen in vier Bereichen definiert. Das Ergebnis nach mittlerweile einem dreiviertel Jahr Anwendung ist, dass in 96 Prozent der Monatsdurchschnittswerte die Personaluntergrenzen erreicht wurden und dass die Kliniken durch einen unglaublichen bürokratischen Aufwand

belastet werden. Zugleich wurde aber deutlich, dass sich die Versorgungssituation zum Teil verschlechtert hat. Denn nach einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstitutes (DKI) gaben 37 Prozent der Krankenhäuser an, dass sie zumindest zeitweise Intensivbetten schließen mussten.

Auch bei der gesetzlich vorgesehenen Ausweitung der Untergrenzen auf die Neurologie konnten mit dem GKV-Spitzenverband keine sachgerechten Lösungen für den hochsensiblen Bereich der Schlaganfallpatienten gefunden werden. Die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erfassten Daten machen sehr deutlich, dass eine Besetzungsquote für die Neurologie insgesamt kein gangbarer Weg ist. Die Versorgung auf Stroke-Units, die über ein auch Personalvorhaltungen umfassendes Anforderungsprofil (Kom-



plexcode für die Stroke-Units) ohnehin geregelt ist, bedarf keiner ergänzenden Steuerung durch Untergrenzen. Anders als auf Intensivstationen ist der Behandlungsbedarf auf den Stroke-Units zudem immer eine nicht planbare Notfallbehandlung, so dass dieser Bereich über starre Untergrenzen nicht gesteuert werden kann. Trotzdem ist dies nunmehr in der Ersatzvornahme des Ministeriums so geregelt. Dass die DKG insgesamt den PPUG nicht zustimmen konnte, lag vor allem daran, dass die Krankenkassen in der Intensivmedizin die Untergrenze noch weiter verschärfen wollten. Ein Ansinnen, das der Minister klar zurückgewiesen hat. Bei alledem muss man erkennen: Die Untergrenzen sind kein gutes Mittel, um Versorgung zu gestalten und zu verbessern.

Deshalb wollen wir mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) und

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) ein Instrument zur verbindlichen Bemessung des notwendigen Pflegepersonalbedarfs und der Pflegepersonalausstattung entwickeln. Unser Ziel ist es, dauerhaft ein Instrument zu entwickeln, das unterschiedliche Patientengruppen und Leistungsfelder hinsichtlich ihres Bedarfes an Pflegepersonal einschätzt. Es soll sich an den Standards der qualitativ hochwertigen Patientenversorgung orientieren und hohe Patientensicherheit gewährleisten. Das Instrument ermittelt den Pflegepersonalbedarf eines Krankenhauses für die unmittelbare Patientenversorgung auf allen bettenführenden Stationen und definiert die notwendige Pflegepersonalausstattung für die Stationen des gesamten Krankenhauses.

Wir sind uns einig, dass das Personalbemessungsinstrument

künftig die Grundlage für die Verhandlung der Pflegebudgets ist. Mit dessen Hilfe lässt sich der realistische Bedarf zur Aufrechterhaltung hoher Pflegequalität ermitteln. Mit dem Personalbemessungsinstrument werden die Pflegepersonaluntergrenzen überflüssig. Um aber eine langfristige Sicherung des Personals zu haben, brauchen wir die finanziellen Mittel für das Personal und für die Arbeitsplatzausgestaltung. Deshalb gilt auch weiterhin unsere Forderung an die Länder, ihrer Verpflichtung bei den Investitionsmitteln gerecht zu werden, und die Forderung an den Bundesgesetzgeber, die Personalkostensteigerung für alle Mitarbeitergruppen des Krankenhauses in voller Höhe zu refinanzieren.

Autor:
Georg Baum
Hauptgeschäftsführer
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.



Andreas Westerfellhaus

BMG: Das Pflegekonzept der Zukunft

Die demografische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt werden unsere Gesellschaft weiterhin prägen und verändern. In Pflegeeinrichtungen werden immer mehr auch chronisch und mehrfach erkrankte Menschen versorgt werden. Und im Krankenhaus benötigen alle Gesundheitsberufe zunehmend Kenntnisse im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen, die zum Beispiel dementiell erkrankt sind. Hinzukommt, dass in vielen Gesundheitsberufen es bereits heute einen Fachkräftemangel gibt oder er absehbar ist. Das betrifft Pflegefachpersonen und Heilmittelerbringer genauso wie die Ärzteschaft. Und da die Versorgungsstrukturen immer professioneller und komplexer werden, werden die Aufgaben im Gesundheitsbereich trotz Digitalisierung und technischer Hilfsmittel nicht weniger.

Es ist also unstrittig, dass die qualitätsgesicherte, flächendeckende Versorgung künftig nur gelingen kann, wenn die Versorgungsprozesse, Abläufe und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufen und Bereichen neugedacht werden. Statt fester hierarchischer Strukturen und Verharren in Sektorengrenzen brauchen wir interprofessionelles Teamwork. Alle an der Versorgung Beteiligten müssen ihre jeweiligen Kompetenzen kennen, anerkennen und diese effizient einsetzen.

Einen wesentlichen Beitrag zur passgenauen Versorgung der

Pflegebedürftigen und Patienten können die Gesundheitsfachberufe leisten, wenn ihnen mehr Berufsautonomie zugestanden wird. Auf politischer Ebene wurde dies erkannt, weshalb der Koalitionsvertrag vorsieht, die Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe neu zu justieren und ihnen mehr Verantwortung zu übertragen. Die Pflege, als größte und in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung beteiligte Berufsgruppe, bringt hierfür ein enormes Potential mit. Pflegefachpersonen könnten beispielsweise stärker in die Primärversorgung eingebunden werden. Besonders in der häuslichen Versorgung könnten sie spezialisierte Versorgungsprozesse steuern und Assistenzkräfte sowie ehrenamtliche Helfer koordinieren. Sie könnten auf die Gewährung von Sicherheit und Qualität achten, präventiv tätig werden, beraten und lotsen – genau wie es in anderen Ländern bereits erfolgreich praktiziert wird. Und dabei geht es nicht darum andere Berufsgruppen auszubooten, ihnen Aufgabenbereiche wegzunehmen oder diese ersetzen zu wollen. Die qualitätsgesicherte Versorgung von Patienten und Pflegebedürftigen ist das oberste Ziel – und das kann nur gemeinsam gelingen. Wenn Pflegefachpersonen nicht als erweiterte Gehilfen des Arztes gesehen werden, sondern eigenständig Aufgaben übernehmen, bringt das Entlastung für alle. Big nurse, not small doctor – ist hier das Motto!

Für die Ausweitung und Wei-

terentwicklung von Delegation und Substitution bestimmter Tätigkeiten bedarf es jedoch geordneter, standardisierter und transparenter Verfahren, die allen Beteiligten Sicherheit bieten. In diesem Rahmen muss auch die Frage der Budgetverantwortung geklärt werden sowie die der Qualifikation. Das neue Pflegeberufegesetz leistet hierbei einen wesentlichen Beitrag, denn es ermöglicht eine generalistische Ausbildung mit breiten Einsatzfeldern und schafft die Strukturen für den Hochschulabschluss in der Pflege. Weiterhin werden im Pflegeberufegesetz erstmals Tätigkeiten definiert, die nur von Pflegefachfrauen oder Pflegefachmännern ausgeführt werden dürfen. Somit ist klar, welche Aufgaben von Fachkräften durchgeführt werden und welche Tätigkeiten Assistenz-, Hilfskräften oder auch anderen Berufsgruppen übertragen werden können.

Was nun folgen muss, sind Konzepte, die den Einsatz und die Bezahlung der Fachkräfte entsprechend der unterschiedlichen Kompetenzen widerspiegeln. Die Aufgabenfelder müssen den Qualifikationsniveaus (Helfer, Fachkraft, Bachelor und Master) entsprechend definiert werden und hier muss vor allem den hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen mehr Verantwortung in der Versorgung übergeben werden. Ziel muss es sein, dass diese auch weiter in der direkten Patientenversorgung arbeiten und nicht haupt-

sächlich für Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben eingesetzt werden.

Das akademische Angebot muss sich zu allererst besonders den hochkomplexen Versorgungsfeldern widmen und eine Spezialisierung in diesen Bereichen mit einem Bachelor, bzw. auch Masterabschluss ermöglichen.

Aber nicht nur die Qualifikation ist entscheidend im Arbeitsprozess. Um Personal langfristig zu binden, sind Aufstiegsmöglichkeiten und der Einsatz nach vorhanden Fähigkeiten und Fertigkeiten wesentlich. Besonders die Fähigkeiten von Fachkräften mit langjähriger Berufserfahrung, die sich im Arbeitsfeld bestens auskennen, müssen genutzt werden. Wenn diese im Managementbereich als qualifizierte Leitung agieren, bringt das viele Vorteile. Denn sie wissen, wie

das Arbeitsfeld geplant und organisiert werden muss oder wie Prozesse zielgerichtet optimiert, Tätigkeiten delegiert und Mitarbeiter aufgabenspezifisch eingesetzt werden können. Deshalb lohnt es sich, Qualifizierungsangebote für langjährige Mitarbeiter und Aufstiegsmöglichkeiten für diese zu schaffen. In jedem Unternehmen ist die Führungsebene gefragt, die Fähigkeiten ihrer Mitarbeiter zu erkennen und diese dann in entsprechende Aufgabenbereiche einzubinden. Durch einen optimalen Qualifikations- und Fähigkeiten-Mix, bei dem vom Helfer bis zum Hochschulabsolventen die individuellen Kompetenzen genutzt werden, kann die Versorgung an den Bedarfen der Patienten und Pflegebedürftigen gelingen. Und nebenbei steigt die Arbeitszufriedenheit und Unternehmen können auch in Zeiten des Fachkräftemangels ihre Mitarbeiter

halten, bzw. neue gewinnen.

Damit sich aber das berufsübergreifende Agieren etablieren kann und die Gesundheitsberufe um ihre jeweiligen Kompetenzen wissen, muss bereits im Studium, bzw. in der Ausbildung ein stärkerer Fokus auf der Interdisziplinarität liegen. Berufsübergreifende Module oder gemeinsame Lernorte sollten fester Bestandteil der Curricula sein. So wird von Anfang an das interdisziplinäre Denken verankert und alle im Gesundheitssystem tätigen Berufsgruppen sehen sich als Teil eines interprofessionellen Teams, das gemeinsam über Sektoren- und Professionsgrenzen hinweg zusammenarbeitet, um Patienten und Pflegebedürftige bestmöglich zu versorgen.

Autor:
Staatssekretär Andreas Westerfellhaus
Pflegevollmächtigter der Bundesregierung



Irene Maier

Deutscher Pflegerat: Welche Rahmenbedingungen braucht die Pflege?

Die Frage zur pflegerischen Versorgung der Bevölkerung ist eine von nationaler Bedeutung. Die Pflege ist Daseinsvorsorge für die Menschen in unserem Land und als staatliche Hoheitsaufgabe zu begreifen. Sie ist in allen Bereichen zu leisten, im Krankenhaus, in der Langzeitpflege, der Rehabilitation und der ambulanten Pflege. Die Aufgabe und Herausforderung bleibt eine qualitativ hochwertige, nach neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen

ausgerichtete pflegerische Patientenversorgung jetzt und in der Zukunft sicherzustellen.

Das ist eine Schwierigkeit, da wir uns in einer existenziellen Krise in der beruflichen Pflege befinden. Wir benötigen kurz, mittel- und langfristige Investitionen und Interventionen. In der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) unter Leitung von Bundesfamilienministerin Franziska Giffey, Bundesarbeitsminister Hubertus Heil und Bundesgesundheitsmini-

ster Jens Spahn, wurden fünf wesentliche Handlungsfelder (Ausbildung, Personalmanagement, Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung, Ausländische Pflegefachpersonen, Entlohnungsbedingungen) aufgenommen, und in einem einjährigen Arbeitsprozess mit allen im Gesundheitssystem Verantwortlichen Maßnahmen zur Verbesserung erarbeitet. Die Ergebnisse wurden im Juni dieses Jahres vorgestellt.

Ob die Ergebnisse ausreichen,



um die Arbeitsbedingungen der professionell Pflegenden spürbar zu verbessern, die Versorgung damit zu sichern und das verloren gegangene Vertrauen der professionell Pflegenden zurückzugewinnen, ist heute noch nicht absehbar. Denn entscheidend für den Erfolg wird es ein, wie ernsthaft insbesondere die staatlichen Stellen die einzelnen Punkte konkretisieren und tatsächlich umsetzen.

Offen geblieben ist die Beantwortung der entscheidenden Frage: „Wohin wollen wir als Gesellschaft mit den Pflegeberufen gehen?“ Der Deutsche Pflegerat hätte bei dieser wichtigen Frage mehr erwartet als das Ergebnis der KAP ausweist und sieht den Bedarf, sich mit der Frage zum System der Gesundheitsversorgung in Deutschland unter Einbindung der Pflege mit ihrer Expertise dringend weiter zu beschäftigen.

Wenn wir über die erforderlichen Rahmenbedingungen sprechen, sind viele konkrete Punkte zu nennen. Ein zentrales Thema aber ist in den zu verbessernden Rahmenbedingungen, die Personalausstattung, die verbindlich Anwendung findet und vollumfänglich finanziert werden muss. Zielführend dabei ist genau hinzuschauen, was die hilfebedürftigen Menschen benötigen und darauf gilt es, die Personalmessung auszurichten. Starre Fachkraftquoten helfen nur bedingt, wenn nicht selten hindernd. In der konzentrierten Aktion Pflege wurden zur Personalmessung zwei Strategien mit unterschiedlichen Zeithorizonten beschrieben. Der Deutsche Pflegerat, die Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft und die Gewerkschaft verdi arbeiten bis zum Ende des Jahres 2019 an einer Interimslösung, die im Kern eine Weiterentwicklung der Pflegepersonal-Regelung

darstellt. Gleichzeitig muss die Selbstverwaltung den Auftrag erhalten, ein wissenschaftlich am Versorgungsbedarf ausgerichtetes Personalbemessungsinstrument zu entwickeln und in den nächsten Jahren einzuführen. Wenn wir es nicht schaffen, bis 2020 ein Instrument zu erhalten, das die Trendwende in der Personalausstattung einleitet, brauchen wir über weitergehende Schritte gar nicht nachdenken.

Es muss in die Pflege investiert werden. Die Personalausstattung ist dabei das Wichtigste. Wir benötigen aber auch im Weiteren Ausbildungsoffensiven in den Bundesländern im Konzert mit allen Beteiligten, um für den Beruf zu werben. Die Steigerung der Ausbildungskapazität, die bis 2023 jährlich um 10 % entschieden ist, wird bei dem sichtbaren Bedarf an Pflegefachpersonen verlängert werden müssen. Die kontinuierliche Investition in bessere Qualifizierung einschließlich der hochschulischen Ausbildung ist unerlässlich.

Ein weiteres Thema ist die längst notwendige Anpassung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen. Sie steht seit langem oben auf der Agenda und darf nicht weiter verzögert werden. Hierbei muss endlich auf das sehr gute Kompetenzniveau der professionell Pflegenden zurückgegriffen werden. Wenn wir gute Qualität in der Versorgung haben wollen, dann muss darüber geredet werden, wer was an Leistungen erbringen darf und was Sinn macht. Die bestehenden Mauern müssen eingerissen werden.

Wenn wir über die Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes sprechen, dürfen wir nicht den Fehler machen und uns dabei allein auf die Vergütung auszurichten. Die Eigenverantwortung

des Handelns und die Mitgestaltung sind wesentliche Faktoren, die Zufriedenheit begründen und sowohl bei der Berufswahl als auch in der Berufstätigkeit bedeutsam sind. Die Weiterentwicklung der Profession ist eine bleibende Aufgabe, dazu müssen mehr Mittel in Pflegewissenschaft und -forschung und die damit verbundene Translation der Forschungsergebnisse in die Patientenversorgung.

Natürlich ist die Vergütung auch ein Attraktivitätsmerkmal, wenn es um verbesserte Rahmenbedingungen geht. Die Anpassung muss sich am Aufgaben-Verantwortungsrahmen und Qualifikation orientieren. Hier besteht Handlungsbedarf bei den Tarifparteien.

Für viele Pflegende sind die oft noch sehr starren Arbeitsorganisationen ein Grund nicht mehr in dem Beruf zu arbeiten. Flexible Arbeitszeit- und Poolmodelle, Jahresarbeitszeitkonten, Lebensphasen orientierte Arbeitszeit, nur um einige zu nennen, ermöglichen eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Hier ist noch Potential nach oben. Schlanke Hierarchien und Karriereplanung nach Maß, Entwicklungsperspektiven, sind heute Grundlagen für Entscheidungen. Das ist eine Anforderung an die Arbeitgeber sich hier weiterzuentwickeln.

In diesem kurzen Ausschnitt vieler Handlungsfelder wird deutlich, dass es gelingen muss, durch eine Vielzahl von Verbesserungen die Attraktivität des Berufes zu verbessern und sowohl die jungen Menschen zu motivieren, sich für den Beruf zu entscheiden als auch die im Beruf tätigen nicht zu verlieren.

Autorin:
Irene Maier
Vizepräsidentin Deutscher Pflegerat e.V.

Prof. Dr. med. Uwe Janssens

DIVI: Pflegekräftemangel – Gefahr für die Zukunft

Kaum ein anderes Thema beschäftigt aktuell die Krankenhäuser so sehr wie der deutlich und dramatisch zunehmende Mangel an Pflegepersonal in der Intensivmedizin aber auch Notfallmedizin. In Spitzenzeiten wie der Grippewelle 2017/2018 kam es zu Einschränkungen in der Notfallversorgung der Bevölkerung. Aber auch im Normalbetrieb müssen angesichts des Personalmangels immer häufiger Intensivbetten gesperrt werden [4]. Eine 2018 durchgeführte Erhebung hat gezeigt, dass in den teilnehmenden Krankenhäusern

mindestens ein bis zwei Betten pro Intensivstation gesperrt sind [5]. In dieser Onlineumfrage unter 445 Weiterbildungsbefugten für Intensivmedizin zeigte im Ergebnis u.a. ein durchschnittliches Verhältnis zwischen Pflegekräften und Patienten in der Frühschicht von 1:2,5, in der Spätschicht von 1:2,6 und in der Nacht von 1:3,1 auf deutschen Intensivstationen. Der prinzipiell gut gemeinte Ansatz der Pflegepersonaluntergrenzen, die in vier pflegesensitiven Krankenhausbereichen (unter anderem die Intensivmedizin) seit dem 1. Januar

2019 gelten, kann verständlicherweise an dem Grundproblem des Pflegepersonal mangels nichts ändern. Im Gegenteil: Intensivstationen, die eine gute Personalbesetzung aufweisen und die aktuell festgesetzten Personaluntergrenzen überschreiten, müssen sogar ihr gutes schichtbezogenes Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft auf den Schlüssel der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (PpUGV) absenken. Die im PpUGV genann-



Foto: © i13568x742/stock.adobe.com

ten Personalzahlen entsprechen dabei auf keinen Fall dem Standard, sondern einem absoluten, eigentlich unerwünschten Minimum. Der Quartilansatz, d.h. dass das von der Personalausstattung in den genannten Bereichen schlechteste Viertel der Krankenhäuser seine Personalausstattung erhöhen muss, damit es das Niveau der übrigen 75 Prozent der Versorgungsbereiche erreicht, kann die Situation definitiv nicht verbessern. Er führt somit allenfalls zu einer marginalen Verbesserung bei 25% der Intensivstationen, vermutlich aber zu einer Verschlechterung bei den übrigen 75%. Es ist kein Messen an den Besten, sondern ein Angleichen an die Schlechtesten [7].

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) forderte schon im Jahr 2010, dass für 2 Behandlungsplätze pro Schicht eine Pflegekraft erforderlich ist. Grundlage dieser Empfehlung war die wissenschaftliche Evidenz, dass das Verhältnis von Pflegekräften zu Patienten einerseits mit der Sterblichkeit und andererseits mit der Zufriedenheit am Arbeitsplatz und der Rate an Burn-Out korreliert [3].

Der im PpUGV eingeführte Begriff der „pflegesensitiven“ Krankenhausbereiche ist arbiträr gewählt und findet sich nicht im internationalen Schrifttum. Als pflegesensitive Krankenhausbereiche sind aus Erwägungen des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung in der Versorgung solche zu verstehen, „für die ein besonderer Zusammenhang zwischen der Zahl an Pflegerinnen und Pflegern und dem Vorkommen pflegesensitiver Ergebnisindikatoren, sogenannter unerwünschter Ereignisse, besteht. Zu solchen Ereignissen zählen beispielsweise der Deku-

bitus (Wundliegen), die Thrombose der Beinvene oder die Sepsis (Blutvergiftung).“ Diese unerwünschten Ereignisse sind aber abhängig von den Patienten und ihrem Risikoprofil und nicht dem Bereich, in dem sie versorgt werden. Insofern wäre die Definition eines pflegesensitiven Patienten wichtiger als der Versuch, pflegesensitive Bereiche zu definieren. Zudem wird der Pflegeaufwand eines Patienten nicht allein durch das Auftreten von unerwünschten Ereignissen definiert, sondern vielmehr über den Aufwand und den Personalansatz, der notwendig ist, um diese Komplikationen zu verhindern. Weiter ist auch das Verhindern von unerwünschten Ereignissen nur ein Aspekt des Pflegeaufwands. So stellen z.B. Patienten, die aufgrund der Kolonisation oder Infektion mit mehrfach resistenten Keimen isolationspflichtig sind, genauso eine erhöhte Herausforderung dar, wie Patienten im Delir, mit Demenz oder dauerhafter Pflegebedürftigkeit, um nur einige weitere Faktoren zu nennen, die den Pflegeaufwand erhöhen [7].

Die Ermittlung des Pflegeaufwands in den pflegesensitiven Bereichen der Krankenhäuser erfolgt standortbezogen durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) auf der Grundlage des vom InEK entwickelten „Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands“ in der Version 0.99 [2]. Es wird suggeriert, dass mit dem InEK Katalog der Pflegeaufwand detailliert und Fachabteilungsbezogen ermittelt werden kann. Dies trifft für die Intensivmedizin bzw. Intensivstationen nur zu einem möglicherweise geringen, in jedem Fall jedoch nicht klar quantifizierbaren Teil zu. Der Kostenstellengruppe 2 „Intensivstation“ werden folgende Kostenstellen zugerechnet:

1. Intensivbehandlung und Intensivüberwachung
2. Neonatologische Intensivstation
3. Kardiologische Wacheinheit
4. Intermediate Care (IMC)
5. Stroke Unit
6. Verbrennungen mit intensivmedizinischer Versorgung
7. Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzte und Frührehabilitation bei intensivmedizinischer Versorgung

Somit handelt es sich bei der Intensivmedizin im Sinne des InEK Katalogs um eine heterogene Kostengruppe, in der nicht alle Elemente die Kriterien für eine intensiv-medizinische Behandlung im engeren Sinne erfüllen, so dass die ermittelten Ergebnisse den Pflegeaufwand auf der Intensivstation nicht richtig wiedergeben [7].

Zudem bleibt vollständig unerwähnt und ungelöst, mit welchem Personalansatz der ermittelte Pflegeaufwand in den jeweiligen Bereichen bewältigt werden soll, da ein Personalbemessungsinstrument nach wie vor fehlt.

In den Jahren 1997 bis 2002 wurde am Universitätsklinikum Heidelberg ein einfach zu handhabendes Verfahren zur Leistungserfassung für den Intensivpflegebereich, das INTensivPflege Und LeistungserfassungSystems (Inpuls®), entwickelt. Im Rahmen der darauf folgenden Einführung auch in anderen Universitätskliniken und Krankenhäusern wird das System einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess unterzogen und ständig neuen Gegebenheiten in Medizin und Pflege angepasst [8]. Die Ergebnisse des Verfahrens Inpuls® dienen als Grundlage für die Managementprozesse im Krankenhaus.

So können durch ein Benchmarking, das klinikintern oder auch klinikübergreifend auf Basis eines Leistungserfassungssystems durchgeführt wird, wichtige strategische Entscheidungen des Krankenhausmanagements organisatorischer und prozessorientierter Art bewertet und fundiert argumentiert werden. Die Nutzung der Informationen aus einem Leistungserfassungssystem ermöglicht des Weiteren eine

objektivere Personalbemessung auf Basis eines den wirtschaftlichen als auch den inhaltlich relevanten Aufgaben entsprechenden Personalmixes [8].

In einer aktuellen Umfrage bei 2.498 Pflegekräften wurde deutlich, dass eine generelle Unzufriedenheit mit der aktuellen beruflichen Situation vorliegt [4]. Eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen empfanden

97% der Befragten. Der Umfrage zufolge planen in den kommenden 5 Jahren 37% der befragten Intensivpflegenden, ihren Beruf zu verlassen. Ein wesentlicher Grund hierfür ist die enorme und auch sicherlich zunehmende Arbeitsbelastung. Die Verbesserung des Betreuungsschlüssels mit einer Pflegekraft auf zwei Patienten wird als wesentliche Maßnahme zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen betrachtet. Darüber hinaus wird auch eine bessere Bezahlung, Entlastung von pflegefremden Tätigkeiten sowie eine Optimierung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf als wesentlich erachtet.

Die DIVI aber auch die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) betrachtet mit großer Sorge diese Entwicklungen.

Eine Einschränkung der Notfallversorgung ausgelöst durch Bettensperrungen in der Folge eines zunehmenden Pflege-mangels in einem der sensibelsten Bereichen des Gesundheitssystems wirft viele Fragen auf. Die Kliniken sehen sich mit einem zunehmenden Kostendruck konfrontiert, der eine adäquate Personalausstattung

Ursachen des Intensivpflegemangels	Lösungsmöglichkeiten
Keine adäquate Vergütung der Leistung für Fachpflegekräfte für Intensivmedizin	Deutliche Steigerung der Gehälter um mindestens 1000 € für Vollzeitkräfte mit altersbezogenen Gehaltssteigerungen
Fehlende Aufstiegsmöglichkeiten Fehlende klare Verantwortungs-zuordnungen Überforderung durch fehlende Qualifikation	Differenzierte Personalentwicklung, Zusatzqualifizierungen, gestufte Leitungsstrukturen z. B. neben Stationsleitungen auch Gruppenleiter, Bereichsleiter oder Schichtleiter mit einer entsprechenden verbesserten Vergütung Vereinbarkeit von akademischer Qualifikation und Arbeit am Patienten
Hohe physische und psychische Belastung Neigung zu Burn-out-Syndromen	Entlastung von pflegefremden Aufgaben Konzentration auf die pflegerischen Kerntätigkeiten Alternative Arbeitszeitmodelle Langfristig Sicherstellung einer ausreichenden Personaldeckung Regelmäßiges Coaching Psychologische Mitbetreuung
Störung des Tariffriedens durch Bereitstellung des fehlenden Personals über Zeitarbeitsfirmen	Regulierung über verbesserte Tarifverträge (siehe oben) Politische Limitierung der Zeitarbeit auf ein sinnvolles Maß, sodass die stationsspezifische Arbeit und Qualität erhalten bleiben
Schlechtes Image des Pflegeberufs	Nationale Kampagnen zur Verbesserung der Attraktivität des Pflegeberufs Nachhaltige Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Vergütung und Aufstiegsmöglichkeiten Eigene Verantwortungsbereiche

Tabelle 1: Ursachen des Intensivpflegemangels und Lösungsmöglichkeiten (nach [6]).

erschwert. Die jüngsten Überprüfungen der Fallpauschalen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) führten als Folge einer unzureichenden Personalausstattung auf den Intensivstationen zu Kürzungen der Erlöse. Es droht eine gefährliche Abwärtsspirale, da Erlöskürzungen in den allermeisten Krankenhäusern unweigerlich zu einem Personalabbau führen müssen, um wirtschaftliche Vorgaben einzuhalten. An dieser Stelle zeigt sich deutlich, dass die Versorgungsqualität von Intensivpatienten zunehmend im Spannungsfeld zwischen medizinischen und ökonomischen Interessen liegt, also zwischen den Erfordernissen der Behandlungsqualität einerseits und dem Zwang zur ökonomischen Ausrichtung der Kliniken andererseits [6].

Die Herausforderungen für die Intensivmedizin werden in den kommenden Jahren deutlich zunehmen. Grund hierfür ist sicherlich u.a. die schon seit Jahrzehnten bekannten Veränderungen in der Demographie mit zunehmend älteren und komorbiden Patienten. Vor dem Hintergrund dieser bekannten Zahlen und der Tatsache, dass in den vergangenen Jahren die Anzahl der Pflegekräfte auf den Intensivstation aber auch im normalstationären Bereich nicht an diese

Entwicklung angepasst wurde, ist es nicht verwunderlich, dass wir jetzt auf eine bedrohliche Situation hinsteuern. Auch die demographische Entwicklung bei den Pflegekräften lässt befürchten, dass mit dem sukzessiven Ausscheiden der Babyboomer- generation aus dem Berufsleben ein dramatischer Wandel in den deutschen Krankenhäusern eintreten wird [4]. Über viele Jahre wurde auch auf politischer Ebene versäumt, den Beruf von Pflegekräften attraktiv zu machen. Die Pflegekräfte selbst empfinden die Wertschätzung durch die Arbeitgeber aber auch durch die Öffentlichkeit als gering ein [5]. Es ist daher dringend notwendig hier eine substantielle Änderung herbeizuführen. Die Ursachen des zunehmenden Pflege mangels sind erkannt – jetzt müssen schnell Lösungen erarbeitet werden (Tabelle 1). Ob das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 28.11.2018 [1] die Situation schnell bessern wird, ist mehr als nur fraglich. Zukünftig wird das Bundesgesundheitsministerium konkrete Vorgaben (siehe auch PpUGV) zum Pflegepersonal machen und Verstöße sanktionieren. Ab 2020 soll für jedes Krankenhaus das Verhältnis zwischen der Zahl der Pflegekräfte und dem anfallenden Pflegeaufwand errechnet und veröffentlicht werden.

Die enormen Leistungen der Pflegekräfte auf Intensivstation aber auch in allen anderen Bereichen des Krankenhauses müssen der Öffentlichkeit nachhaltig bewusst gemacht werden. Auch im ärztlichen Bereich muss erkannt werden, dass eine erfolgreiche Behandlung von Patienten ohne Pflegekräfte definitiv nicht möglich ist. Intensivmedizin ist eine Teamarbeit – Ärzte und Pflegekräfte arbeiten hier gemeinsam und das auf gleicher Augenhöhe. Diese Erkenntnis darf aber nicht ein reines Lippenbekenntnis bleiben, sondern muss auch zukünftig im Alltag auf den Stationen flächendeckend umgesetzt werden. Wer die Begeisterung und das Engagement der Pflegekräfte auf den Intensivstation in der täglichen Arbeit erlebt, muss darum kämpfen, dass dieses hochqualifizierte Personal eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen erfährt und die Wertschätzung erhält, die es verdient. Alle in der Intensivmedizin tätigen Ärzte und Pflegekräfte aber auch die Verwaltungen und Pflegedienstleitungen müssen verhindern, dass es als Folge der immensen Arbeitsbelastung zu einem Exodus der Pflegekräfte kommt.

Autor:
Prof. Dr. med. Uwe Janssens,
 Chefarzt Klinik für Innere Medizin
 und Internistische Intensivmedizin
 St. Antonius Hospital
 Präsident der Deutschen Interdisziplinären
 Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.

Literaturverzeichnis:

1. Bundesgesetzblatt online (2018) Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG). In: [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&start=//\[*\]@attr_id=%27bgbl118s2394.pdf%27\]#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s2394.pdf%27%5D__1564307236520](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&start=//[*]@attr_id=%27bgbl118s2394.pdf%27]#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s2394.pdf%27%5D__1564307236520) Letzter Zugriff am 28.7.2019
2. InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2019) Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegelast-Katalog). In: https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2018/Katalog_zur_Risikoadjustierung_fuer_Pflegeaufwand_Pflegelast-Katalog Letzter Zugriff am 28.7.2019
3. Jorch G, Kluge S, König F, et al (2010) Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen. In: <https://www.divi.de/empfehlungen/stellungnahmen-intensivmedizin> Letzter Zugriff am 27.7.2019
4. Karagiannidis C, Hermes C, Krakau M, et al. Intensivmedizin: Versorgung der Bevölkerung in Gefahr. Dtsch Arztebl International 2019; 116: 462-
5. Karagiannidis C, Kluge S, Riessen R, et al. Intensivmedizin: Intensivpflegemangel führt zu drohender Unterversorgung. Dtsch Arztebl International 2018; 115: 467-
6. Karagiannidis C, Kluge S, Riessen R, et al. Auswirkungen des Pflegepersonal mangels auf die intensivmedizinische Versorgungskapazität in Deutschland. Med Klin Intensivmed Notfmed 2019; 114: 327-333
7. Markewitz A (2019) DIVI Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesen-sitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV). In: <https://www.divi.de/empfehlungen/stellungnahmen-intensivmedizin> Letzter Zugriff am 28.7.2019
8. Pflegedirektion Universitätsklinikum Heidelberg (2019) INPULS® im Überblick. In: <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/organisation/pflege/pflegedienst-am-ukhd/pflegedirektion/inpulsr/inpulsr-im-ueberblick/> Letzter Zugriff am 28.7.2019



42.

Deutscher
Krankenhaustag

18.–21. Nov. 2019

SAVE THE DATE



18. – 21. Nov. 2019

Krankenhäuser im Reform-Marathon

Unter anderem mit:

- Kongresseröffnung mit NRW Gesundheitsminister Laumann
- Kompakt-Seminar „Neues Pflegebudget“
- G-DRG-System 2020
- Forum für Mandatsträger in Krankenhausgremien
- Forum Pflege im Krankenhaus
- MVZ-Fachdialog
- IT-Entscheiderfabrik
- VLK-Forum

Der 42. Deutsche Krankenhaustag
findet statt im Rahmen der



Programm anfordern:

Gesellschaft Deutscher Krankenhaustag mbH (GDK)

Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

www.deutscher-krankenhaustag.de