

Weiterentwicklung der Pflege im Koalitionsvertrag: Absichtserklärungen und Ankündigungen

HEINZ ROTHGANG

Prof. Dr. Heinz Rothgang leitet die Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung im SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen

Auch im aktuellen Koalitionsvertrag wird die Weiterentwicklung der Pflege prominent behandelt. Wie die Absichtserklärungen etwa zur besseren Bezahlung von Pflegekräften, zur Ausbildungsoffensive oder zur Reduktion der Teilzeitquote umgesetzt werden sollen, bleibt jedoch offen. Konkrete Vorhaben im Krankenhausbereich sind sogar problematisch, während die Wirkungen der angestrebten Verbesserung der Personalsituation in Pflegeheimen auf die Pflegebedürftigen nicht zu Ende gedacht sind.

In der letzten Legislaturperiode hat die Pflegeversicherung mit den drei Pflegestärkungsgesetzen die größte Reform seit ihrer Einführung erfahren. Insbesondere das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vom 21.12.2015 (BGBl. I, S. 2424) kann als besonders „großzügig“ angesehen werden (Rothgang & Kalwitzki 2015) und hat zu erheblichen reformbedingten Ausgabensteigerungen (vgl. Rothgang et al. 2016: 44-51) geführt. Tatsächlich haben sich die Leistungsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung von 28,29 Mrd. Euro im Jahr 2016 auf 35,54 Mrd. Euro im Jahr 2017 um 7,25 Mrd. Euro, also um mehr als ein Viertel des Wertes für 2016 erhöht (BMG 2018). Im Vorfeld der Regierungsbildung war im politischen Berlin zum Teil zu hören, dass die „Pflege“ ihre große Reform somit gehabt hat und daher in der aktuellen Legislaturperiode kein prioritäres Thema sein könne. Interessanterweise wird das Gesundheitskapitel im 175-seitigen Koalitionsvertrag dennoch mit ins-

gesamt 1,5 Seiten zum Thema „Pflege“ eingeleitet. Unter „Pflege“ wird dabei überwiegend die Langzeitpflege thematisiert, aber auch die Krankenhauspflege.

Für beide Bereiche wird nachstehend diskutiert, welche Ankündigungen im Koalitionsvertrag enthalten sind, inwieweit damit zu rechnen ist, dass diese realisiert werden und wie eine Umsetzung zu bewerten ist. Im abschließenden Fazit wird auch thematisiert, welche gleichwohl wichtigen Reformbedarfe im Koalitionsvertrag *nicht* angesprochen werden und welche diesbezüglichen Reformoptionen bestehen.

Langzeitpflege

Bezüglich der Langzeitpflege werden im Koalitionsvertrag ein „Sofortprogramm“ sowie die Einrichtung einer „Konzertierten Aktion Pflege“ angekündigt. Im Rahmen des „Sofortprogramms“ sollen *8.000 neue Fachkraftstellen in Pflegeheimen* „in Zusammenhang mit der medizinischen

Behandlungspflege“ geschaffen werden. Der damit verbundene „finanzielle Mehraufwand“, soll vollständig aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Hintergrund dieses kurios anmutenden Vorhabens ist, dass medizinische Behandlungspflege zwar systematisch dem Bereich „cure“ und nicht dem Bereich „care“ zuzurechnen ist (Hoberg et al. 2013), entsprechende Leistungen derzeit aber nur dann als häusliche Krankenpflege von der Krankenkasse finanziert werden, wenn der Pflegebedürftige in der eigenen Häuslichkeit lebt. Lebt er in einem Pflegeheim, geht dieser Anspruch verloren und die entsprechenden Leistungen

Da es Einrichtungen bereits nur sehr schwer gelingt, offene Stellen zu besetzen, besteht die Gefahr, dass das Sofortprogramm nicht zur Verbesserung der Versorgung beiträgt.

sind als „medizinische Behandlungspflege“ Teil der von der Pflegeversicherung gewährten pauschalen Leistungsbeträge gemäß § 43 SGB XI. Diese im 1. SGB XI-Änderungsgesetz vom 14. Juni 1996 (BGBl. I, S. 830) getroffene Regelung war zunächst bis 1999 befristet und mit einem ausdrücklichen Prüfauftrag versehen. Im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 (BGBl. I, S. 2626), im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14.12.2001 (BGBl. I, S. 3728) und im Verwaltungsvereinfachungsgesetz vom 21.3.2005 (BGBl. I, S. 818) wurde sie jeweils – mit Prüfauftrag – verlängert, ehe sie im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.3.2007 (BGBl. I, S. 378) ohne materielle Prüfung für dauerhaft erklärt wurde. Da die Pflegesätze aber regelmäßig, derzeit im Durchschnitt um rund 600 Euro (Rothgang et al. 2017: 29), über den Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung liegen, müssen die Pflegebedürftigen im Heim im Ergebnis *selbst* für die medizinische Behandlungspflege aufkommen. Im Koalitionsvertrag wird de facto anerkannt, dass diese Regelung korrigiert werden muss. Allerdings konnten sich die Koalitionspartner nicht zu einer sachlich angezeigten sektorenübergreifenden einheitlichen Regelung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege aus

einer Hand unabhängig vom Ort der Leistungserbringung durchringen. Stattdessen sollen aus Mitteln der GKV Stellen für Pflegekräfte geschaffen werden, die die medizinische Behandlungspflege in Heimen erbringen. Werden für jede dieser Stellen durchschnittliche Kosten von 50 Tsd. Euro pro Jahr unterstellt, beläuft sich das Volumen dieser Umwegfinanzierung auf 400 Mio. Euro, während die geschätzten Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen bei mehr als 2 Mrd. Euro liegen (vgl. Rothgang & Müller 2013). Im Rahmen des Sofortprogramms wird also nur *ein kleiner Teil* der Ausgaben für medizinische Behandlungspflege in die GKV verlagert. Gleichzeitig stellt sich die Frage, ob diese Kräfte tatsächlich nur für medizinische Behandlungspflege eingesetzt werden dürfen, wer dies wie kontrolliert, wie sichergestellt wird, dass es tatsächlich zusätzliche Kräfte sind, etc. Wird dagegen davon ausgegangen, dass diese 8.000 Stellen letztlich darauf abzielen, die Personalsituation

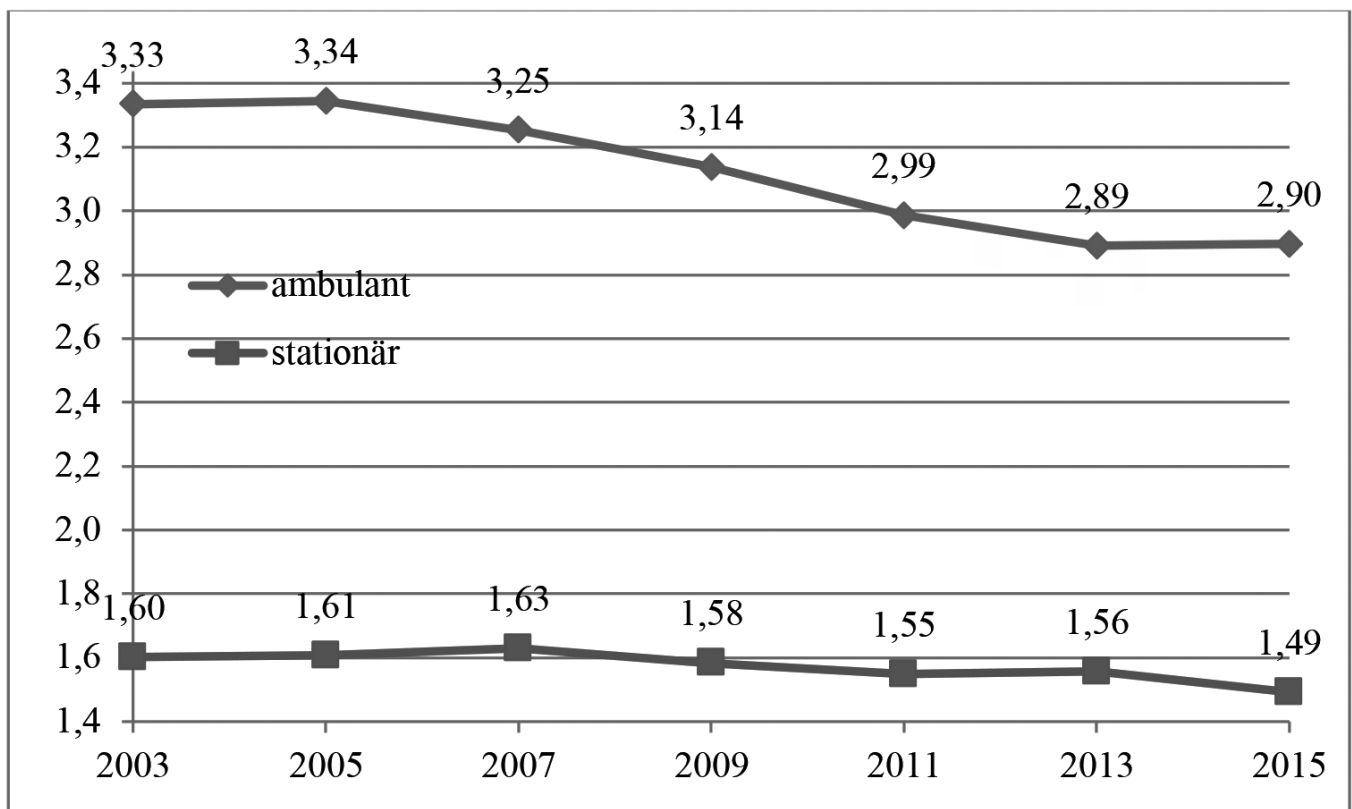
in Pflegeheimen zu verbessern, muss konstatiert werden, dass das Volumen – bei rund 730.000 (zum Stichtag im Dezember 2015) bundesweit Beschäftigten in vollstationären Pflegeeinrichtungen, von denen zwei Drittel ihren Arbeitsschwerpunkt in Pflege und Betreuung haben (Statistisches Bundesamt 2017: 9) – tatsächlich nur der berühmte Tropfen auf den heißen Stein ist. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass es im Jahresdurchschnitt 2017 laut Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit bereits 23.000 gemeldete offene Stellen für Altenpflegefachkräfte sowie 8.000 offene Stellen für Altenpflegehelferinnen und -helfer gab (Bundesregierung 2018: 2f.). Dabei kamen im Jahresdurchschnitt 2017 deutschlandweit auf 100 offene Stellen in der Berufsgruppe Altenpflege 21 arbeitslose Altenpflegefachkräfte und -spezialisten (ebd: 3). Zu berücksichtigen ist hierbei, dass nur ein Teil der offenen Stellen bei der Bundesagentur gemeldet wird, diese Zahlen daher die tatsächliche Zahl der offenen Stellen eher unterschätzen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam das Pflege-Thermometer 2018 des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (DIP). Basierend auf einer Befragung von 13.600 Pflegeeinrichtungen, die allerdings nur einen Rücklauf von knapp 8 % ergeben hat, werden – umgerechnet auf Vollzeit-

täquivalente – 16.950 offene Stellen für Pflegefachkräfte und -hilfskräfte ermittelt (Isfort 2018). Da es Einrichtungen somit derzeit bereits nur sehr schwer gelingt, offene Stellen zu besetzen, besteht die Gefahr, dass das Sofortprogramm mit hohem bürokratischen Aufwand lediglich die Zahl der offenen Stellen erhöht, aber nicht zur Verbesserung der Versorgung beiträgt.

Dem Sofortprogramm sollen – so der Koalitionsvertrag – weitere Schritte folgen. Genannt sind insbesondere „eine Ausbildungsoffensive, Anreize für eine bessere Rückkehr von Teil- in Vollzeit, ein Wiedereinstiegsprogramm, eine bessere Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten sowie eine Weiterqualifizierung von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern zu Pflegefachkräften“ (CDU/CSU/SPD 2018, Zeile 4453ff.). Jeder dieser Punkte ist für sich genommen sinnvoll. Wie diese Maßnahmen im Rahmen der geplanten „Konzertierten Aktion Pflege“ umgesetzt werden sollen, bleibt im Koalitionsvertrag aber genauso offen wie die Zusammensetzung dieser Konzertierten Aktion. Letztlich handelt es sich also um eine Absichtserklärung, über deren Umsetzung noch nichts gesagt werden kann.

Unklar bleibt auch, wie genau die „*Bezahlung in der Altenpflege nach Tarif*“ gestärkt werden soll. Im Koalitionsvertrag heißt es dazu: „Gemeinsam mit den Tarifpartnern wollen wir dafür sorgen, dass Tarifverträge in der Altenpflege flächendeckend zur Anwendung kommen“ (CDU/CSU/SPD 2018, Zeile 4458ff.). Zwar können Tarifverträge vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gemäß § 5 Tarifvertragsgesetz für allgemeinverbindlich erklärt werden, allerdings nur, wenn das die Tarifvertragsparteien gemeinsam beantragen und es im öffentlichen Interesse geboten erscheint. Letzteres gilt insbesondere als gegeben, wenn der Tarifvertrag in seinem Geltungsbereich überwiegende Bedeutung hat. Einen Tarifvertrag, der von der Mehrheit der Einrichtungen angewendet wird, gibt es aber nicht, und eine gemeinsame Beantragung der Tarifvertragsparteien erscheint in der Langzeitpflege ebenfalls unwahrscheinlich, so dass die Umsetzungschancen dieser Ankündigung skeptisch zu beurteilen sind. Bereits im Dritten Pflege-Stärkungsgesetz (PSG III) vom 23.12.2016 (BGBl. I, S. 3191) wurde ein anderer Versuch unternommen, die Gehälter in Pflegeheimen anzuheben, indem in § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB XI geregelt wurde: „Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen

Abbildung 1: Pflegebedürftige pro Pflegepersonal in der Langzeitpflege



Quelle: Pflegestatistik, verschiedene Jahrgänge

sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.“ Damit wird den Einrichtungen eine Refinanzierungsgarantie auch für eine Entlohnung gemäß dem höchsten Tarifvertrag eingeräumt. Allerdings „sind [dabei] insbesondere die in der Pflegesatzverhandlung geltend gemachten, voraussichtlichen Personalkosten einschließlich entsprechender Erhöhungen im Vergleich zum bisherigen Pflegesatzzeitraum vorzuweisen“ (§ 85 Abs. 3 Satz 5 SGB XI). Diese Nachweispflicht konnte bisher noch nicht umgesetzt werden, weil detaillierte Kostennachweise der Personalkosten dazu führen, dass bei der Ermittlung des Gesamtpreises der Leistungen dann auch explizite Verständigungen über „Wagnis und Gewinn“-Sätze der Anbieter notwendig werden. Da dies bislang noch nicht erfolgt ist, laufen auch die auf Steigerung der Entlohnung abzielenden Regelungen des PSG III bislang leer. Insgesamt ist also noch nicht erkennbar, wie die angestrebte bessere Entlohnung von Pflegekräften bewerkstelligt werden soll.

Mit einer besseren Bezahlung und verbesserten Aufstiegschancen sind in den Koalitionsverhandlungen bereits zwei Aspekte adressiert, die auf eine Steigerung

der Attraktivität des Pflegeberufs abzielen. Eine höhere Attraktivität des Pflegeberufs ist tatsächlich dringend notwendig. Wie ausgeführt, besteht bereits derzeit eine Personallücke in der Langzeitpflege, die sich Status quo-Projektionen zufolge aber in der Zukunft noch dramatisch erhöhen wird. So zeigen entsprechende Modellrechnungen, dass sich im Vergleich zum Referenzjahr 2013 bis 2030 eine zusätzliche Personallücke für Beschäftigte (nicht nur Pflegekräfte) in Pflegeeinrichtungen von rund 350 Tsd. Vollzeitäquivalenten eröffnet, wenn keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden (Rothgang et al. 2016b).

Der dritte und zumindest in Bezug auf das Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Beruf entscheidende Aspekt zur Verbesserung der Attraktivität des Pflegeberufs sind die *Arbeitsbedingungen*. So nannten die im „Pflexit-Monitor“ des Medizinprodukteherstellers Paul Hartmann befragten Pflegekräfte den „permanenten Personalmangel“ (72 Prozent) sowie die „generell hohe Arbeitsbelastung“ (57 Prozent) als Hauptgründe für ihre berufliche Unzufriedenheit (Ärztezeitung vom 16.3.2018). Tatsächlich sind die häufig behaupteten Verschlechterung der Relationen von Pflegekräften zu Pflegebedürftigen statistisch

nicht nachweisbar. Basierend auf den Daten der Pflegestatistik ist in Abbildung 1 angegeben, wie viele Pflegebedürftige rechnerisch auf eine Pflegekraft (Vollzeitäquivalente) kommen. Über den gesamten Betrachtungszeitraum ist diese Kennzahl rückläufig, um 7 % in der stationären und um 13 % in der ambulanten Pflege.

Allerdings dürfen diese Werte nicht überinterpretiert werden, da etwa Verschiebungen im Schweregrad der Pflegebedürftigkeit ebenso wenig berücksichtigt sind wie veränderte Anforderungen – etwa im Bereich der Dokumentation – und im ambulanten Bereich nicht kontrolliert ist, wie viele Leistungen pro Pflegebedürftigem erbracht werden. Zudem hilft auch eine leichte Verbesserung der Relation von Pflegebedürftigen zu Pflegepersonal im Zeitverlauf nicht, wenn der Startwert unzureichend ist. Notwendig ist daher die Entwicklung valider Verfahren zur Bestimmung der notwendigen Personalmengen.

Um die Personalbemessung in der Langzeitpflege auf eine neue, wissenschaftlich fundierte Grundlage zu stellen, wurde bereits im PSG II der § 113c in das SGB XI eingeführt, der die Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung verpflichtet, bis zum 30. Juni 2020 ein bun-

desweites Personalbemessungsverfahren zu entwickeln und zu erproben und sich dazu wissenschaftlichen Sachverständigen zu bedienen (vgl. Rothgang 2018a). Der entsprechende Auftrag ist ergangen, und es ist damit zu rechnen, dass bis zum gesetzlich vorgeschriebenen Termin ein solches Verfahren vorgelegt wird. Allerdings enthält § 113c SGB XI *keine* Aussagen über dessen Implementierung, die nur im Zusammenwirken mit den Ländern vorstellbar ist. Insofern ist es bemerkenswert, dass auch der Koalitionsvertrag zur weiteren Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens keine Aussagen enthält.

Krankenhauspflege

Gemäß der Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit betrug die Zahl der gemeldeten offenen Stellen in der Berufsgruppe Krankenpflege im Jahresdurchschnitt 2017 deutschlandweit etwa 12.000 Stellen, darunter rund 11.000 für Krankenpflegefachkräfte und -spezialisten sowie rund 1.400 für Krankenpflegehelferinnen und -helfer (Bundesregierung 2018: 4). Auch hier gilt wieder, dass nicht alle offenen Stellen gemeldet werden, da Krankenhäuser dies zum Teil für wenig erfolgversprechend halten. Die Größenordnung wird aber auch vom Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft bestätigt, der die Zahl der offenen Stellen im Krankenhaussektor auf rund 6.000–10.000 beziffert (Baum 2017). Insofern gilt es – wie für die Altenpflege – auch für die Krankenpflege die Attraktivität des Berufs zu erhöhen, u.a. durch Erhöhung der Entlohnung. Entsprechend wird im Koalitionsvertrag – zu Recht – postuliert, „die Bezahlung in der Alten- und Krankenpflege sofort und spürbar [zu] verbessern (CDU/CSU/SPD 2018, Zeile 4438f.). Allerdings liegt die *Entlohnung* von Pflegefachkräften im Krankenhausbereich derzeit rund 600 Euro über der in Einrichtungen der Langzeitpflege (Seibert et al. 2018). Vor dem Hintergrund der im Pflegeberufereformgesetz vom 17.7.2017 (BGBl. I, S. 2581) eingeführten generalistischen Ausbildung muss diese Diskrepanz abgebaut werden, um zu verhindern, dass die zukünftigen Absolventinnen und Absolventen einer generalistischen Pflegeausbildung sich in einem so hohen Maße für die Arbeit im Krankenhaus entscheiden, dass die Sicherstellung der Langzeitpflege unmöglich wird. Die daraus folgende Notwendigkeit einer differenzierten Gehalts-

entwicklung in Kranken- und Altenpflege wird von den Koalitionspartnern jedoch *nicht* thematisiert.

Ein wesentliches Problem der Krankenhausfinanzierung in der Vergangenheit war, dass die Landesbasisfallwerte gemäß der Grundlohnsteigerung fortgeschrieben wurden – unabhängig von der Tariflohnentwicklung. Im Ergebnis wurden Tariflohnsteigerungen daher nicht (vollumfänglich) refinanziert. Nachdem bereits in der vergangenen Legislaturperiode eine Teilrefinanzierung der Tarifsteigerungen beschlossen wurde, will die Koalition jetzt „eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen herbeiführen, verbunden mit der Nachweispflicht, dass dies auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommt“ (CDU/CSU/SPD 2018, Zeile 4462 ff.). Damit ist noch nichts darüber gesagt, welche Tarifverträge zugrunde gelegt werden. Werden hier – analog zur Regelung im PSG III – alle Tarifverträge akzeptiert, wird damit eine strukturelle Bremse für steigende Tarifentgelte beseitigt.

Weiterhin wird im Koalitionsvertrag bezüglich der Krankenhauspflege auch die *Mengenkomponente* adressiert. Abbildung 2 zeigt diesbezüglich, wie sich die Zahl der Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus – umgerechnet in Vollzeitäquivalente – in Bezug auf die Krankenhäufälle und die Belegungstage entwickelt hat. Dabei wurde die Relation des Jahres 1991 auf 100 gesetzt.

Die Notwendigkeit einer differenzierten Gehaltsentwicklung in Kranken- und Altenpflege wird von den Koalitionspartnern nicht thematisiert.

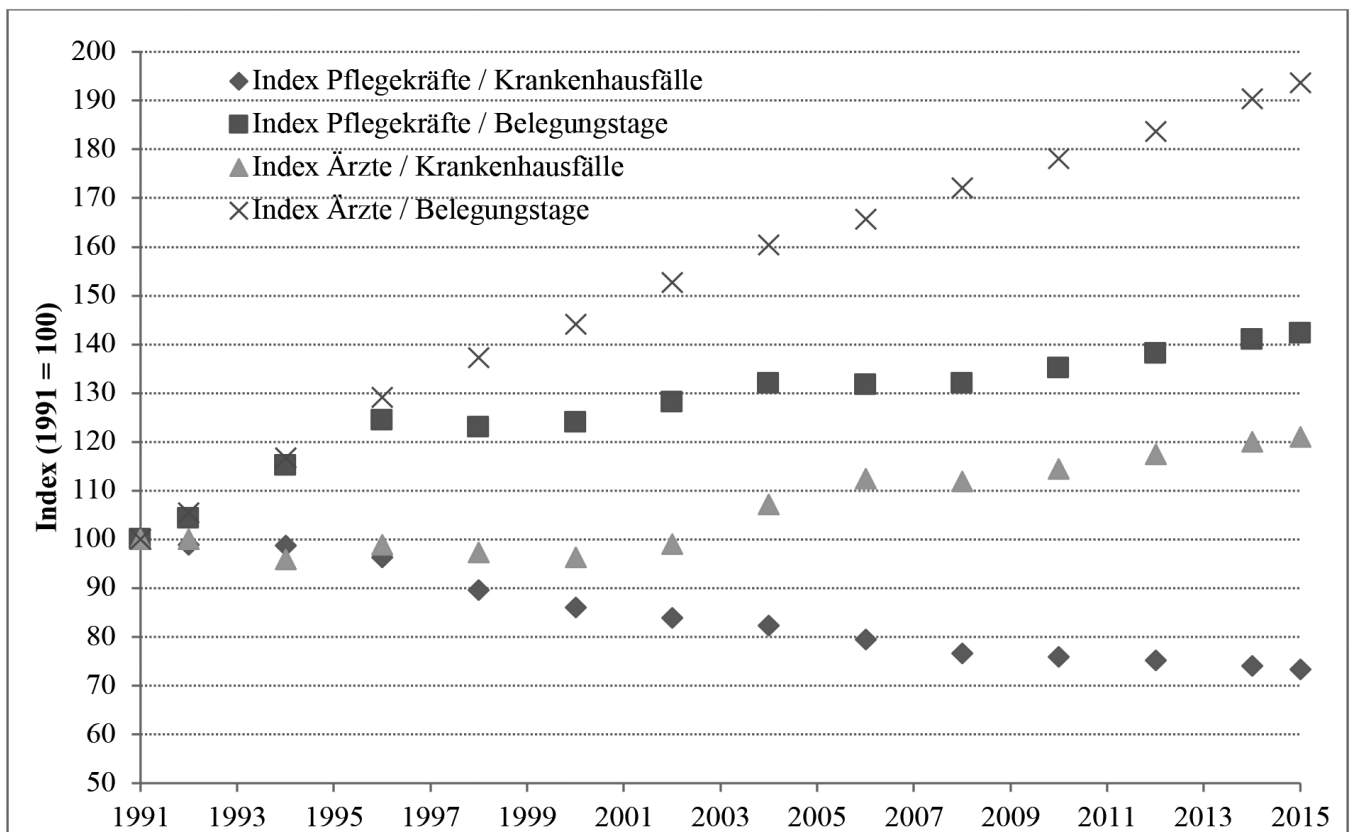
Erkennbar ist zunächst, dass sich der Indikator in Bezug auf die Belegungstage in beiden Berufsgruppen günstiger entwickelt als in Bezug auf die Krankenhäufälle. Dies ist eine logische Folge der Verweildauerverkürzung im Beobachtungszeitraum. Deutlich wird auch, dass sich beide Indikatoren für die Ärzte positiver entwickeln als die der Pflegekräfte. Dies kann ebenfalls als Ausdruck der Verweildauerverkürzung, die eine Verdichtung der ärztlichen Prozeduren nach sich zieht,

angesehen werden. So klagen Ärzte ebenso über unzumutbare Arbeitsbedingungen wie Pflegekräfte (Naegler & Wehkamp 2018), obwohl ihre Zahl im Verhältnis zur Zahl der Pflegekräfte deutlich gestiegen ist. Bei den Pflegekräften ergeben sich bezüglich der beiden Indikatoren gegenläufige Trends. Während sich die Zahl der Pflegekräfte pro Belegungstag von 1991 bis 2015 um 42 % erhöht hat, ist sie in Bezug auf die Krankenhäufälle um 27 % gesunken. Bemerkenswert ist hierbei, dass die Zahl der Pflegekräfte pro Krankenhausfall von 1991 bis 2004, also vor Einführung der DRG-basierten Fallpauschalenfinanzierung mit durchschnittlich (geometrisches Mittel) 1,4 % pro Jahr stärker zurückgegangen ist als von 2004 bis 2015, nach Einführung der DRGs, als der Wert für diesen Indikator jährlich um durchschnittlich 1,0 % zurückgegangen ist. Wiederum ist zu bedenken, dass diese Zahlen keine Auskunft darüber geben, welche Leistungen pro Patient erbracht werden und wie sich dies im Zeitablauf verändert hat.

Bereits in der letzten Legislaturperiode bestand aber weitgehend Einigkeit, dass der ökonomische Druck aufgrund von unzureichenden Anpassungen der Landesbasisfallwerte ebenso wie der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung durch die Länder zu einer negativen Personalentwicklung im Pflegedienst geführt hat, der gegengesteuert werden müsse. So wurde eine Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ unter der Leitung des damaligen Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe eingerichtet, die eine „Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland“ in Auftrag gegeben hat (Schreyögg & Milstein 2016). Ziel dabei war es, die Bereiche zu

identifizieren, in denen geringere Besetzungen des Pflegepersonals zu statistisch signifikant schlechteren Outcomes geführt haben und in derart „pflegesensiblen“ Bereichen Mindestpersonalmengen festzulegen. Dem Grunde nach ging es dabei um Gefahrenabwehr und *Qualitätssicherung* im engen Sinne zugunsten der Patienten. In der Folge kam es aber zu einer Uminterpretation des Ziels der Arbeitsgruppe bei der die Personalausstattung mit Pflegekräften in Krankenhäu-

Abbildung 2: Personal (Vollzeitäquivalente) pro Belegungstag und Personal pro Fall im Krankenhaus



Quellen: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de); Sozialpolitik-aktuell.de

sern insgesamt – ohne nachweisbaren Zusammenhang zu den Outcomes – und aus Sicht der Pflegekräfte thematisiert wurde. Werden die Personalmindestmengen derart global betrachtet, entsteht allerdings die Gefahr, dass Einrichtungen mit höheren Personalmengen ihre Beschäftigtenzahl dann in Richtung Mindestmengen anpassen. Die Ausweitung der Reichweite der Mindestmengen wurde im Koalitionsvertrag weitergetrieben, indem dort festgelegt wird: „Den Auftrag an Kassen und Krankenhäuser, Personaluntergrenzen für pflegeintensive Bereiche festzulegen, werden wir dergestalt erweitern, dass in Krankenhäusern derartige Untergrenzen nicht nur für pflegeintensive Bereiche, sondern für alle bettenführenden Abteilungen eingeführt werden“ (CDU/CSU/SPD 2018: Zeile 4496ff.). Dazu soll die Krankenhausvergütung „auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegekostenvergütung umgestellt“ werden. „Die DRG-Berechnungen werden um die Pflegepersonalkosten bereinigt“ (ebd., Zeile 4623ff.).

Mit diesem Vorhaben wird auf gleich zwei Traditionslinien zurückgegriffen, die sich in der Vergangenheit *nicht* be-

währt haben. Wie bei der *dualen Finanzierung*, die die Finanzierung der Investitionskosten und der laufenden Kosten verschiedenen Kostenträgern zuordnet, sollen hier die laufenden Kosten in zwei verschiedene Kategorien aufgeteilt werden. Das setzt nicht nur voraus, dass es gelingt, die DRGs um die Pflegekosten zu „bereinigen“, sondern setzt Anreize, einen möglichst großen Teil der Kosten in den Pflegeblock zu verschieben, da dieser zu einem durchlaufenden Posten wird, der das Krankenhaus nicht belastet. Entsprechende Verschiebungen können dadurch erfolgen, dass möglichst große Personalanteile dem Pflegedienst zugeordnet werden, aber auch dadurch, dass der Professionenmix nicht nach gesamtwirtschaftlichen Effizienzüberlegungen gesteuert wird, sondern möglichst viele Aufgaben in den Pflegedienst geschoben werden – auch wenn sie durch andere Beschäftigte effizienter erfüllt werden könnten.

Indem die Refinanzierung der Pflegepersonalkosten garantiert wird, wird das bereits überwunden geglaubte *Kostendeckungsprinzip* wieder eingeführt. Das Kostendeckungsprinzip hat im Kranken-

haus aber immer nur die Deckung der betriebsnotwendigen Kosten garantiert – und es ist schwer vorstellbar, dass die Häuser in Zukunft beim Pflegepersonal von den Kostenträgern eine carte blanche erhalten. Vielmehr ist zu erwarten, dass sich ein enges Regelwerk entspinnt, in dem Kosten- und Einrichtungsträger verhandeln, welche Pflegepersonalkosten als „notwendig“ refinanziert werden und die Besonderheiten der jeweiligen Krankenhäuser bei Verhandlungen eine immer geringere Rolle spielen. Sollten die Ankündigungen im Koalitionsvertrag umgesetzt werden, sind an dieser Stelle negative Auswirkungen auf die Innovationsfähigkeit der Häuser zu erwarten.

Fazit

Der Koalitionsvertrag enthält in Bezug auf die Langzeit- und Krankenhauspflege somit eine Vielzahl von Absichtserklärungen und Ankündigungen, die als positiv zu bewerten sind, von denen aber häufig unklar ist, wie sie umgesetzt werden können. Die Schaffung von 8.000 Stellen in Pflegeheimen für die medizinische Behandlungspflege ist

eine Umwegfinanzierung zum partiellen Ausgleich falsch zugeordneter Finanzierungszuständigkeiten. Die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege aus einer Hand unabhängig vom Ort der Pflege wäre hier die überlegene Lösung. Die im Krankenhaus angekündigte Herauslösung der Finanzierung des Pflegedienstes aus dem DRG-System ist dagegen als negativ einzustufen.

Nicht ausreichend adressiert sind zudem Folgewirkungen der geplanten Maßnahmen in der Langzeitpflege. Sowohl höhere Personalschlüssel, die im Koalitionsvertrag als Verbesserung der Arbeitsbedingungen adressiert sind, als auch die dort angekündigte „sofort[ige] und spürbar[e]“ Verbesserung der Bezahlung in der Alten- und Krankenpflege“ (CDU/CSU/SPD 2018: Zeile 4438f.) führen – ebenso wie die sich abzeichnende stärkere Nutzung der Pflegeheime durch Pflegebedürftige in höheren Pflegegra-

den (Rothgang 2018b) – ohne weitere Veränderungen in Struktur und Höhe der Leistungsbeträge zu einem direkten Anstieg der Eigenanteile in vollstationären Pflegeheimen, der kaum tolerabel ist. Diese Folgewirkungen werden im Koalitionsvertrag aber nicht angesprochen. Notwendig ist diesbezüglich mindestens, die durch die Einführung eines bundesweiten Personalbemessungsverfahrens womöglich entstehenden Mehrkosten durch Anpassungen der Leistungsbeträge für stationäre Leistungen auszugleichen und die Kosten einer verbesserten Bezahlung durch eine regelgebundene Leistungsdynamisierung aufzufangen, die die steigenden Personalkosten berücksichtigt.

Besser noch wäre eine grundlegendere Reform, die die derzeitige Teilkostenversicherung in eine Vollversicherung mit Sockelbetrag umwandelt (vgl. Rothgang & Kalwitzki 2017 für Details). Ein solcher „Sockel-Spitze“-Tausch würde dazu

führen, dass der maximale Eigenanteil der Pflegebedürftigen in Höhe und Dauer festgelegt wird, während die Pflegeversicherung die über diesen Sockel hinausgehenden notwendigen Ausgaben übernimmt. Mit einer solchen Begrenzung des Eigenanteils in Höhe und Dauer der Zahlung werden eine lebensstandardsichernde Vorsorge und die Absicherung des Pflegerisikos erstmals ermöglicht – sei es durch Ansparen oder Versicherung. Der Sockelbetrag kann dabei so fixiert werden, dass der Pflegeversicherung zum Umstellungszeitpunkt keine Zusatzausgaben entstehen. Kommt es durch bessere Personalausstattungen und höhere Entlohnung der Pflegekräfte in Pflegeheimen zu Kostensteigerungen, wird dann die Pflegeversicherung und damit die Gesamtheit der Beitragszahler und nicht mehr allein die im Vergleich dazu kleine Zahl der Pflegebedürftigen belastet und so deren ansonsten drohende finanzielle Überforderung vermieden. ■

Literatur

Baum, Georg (2017): Sitzen in einer Unterfinanzierungsfalle. Interview mit dem Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft Georg Baum. <https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/sitzen-in-einer-unterfinanzierungsfalle-11138/>

BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2018): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzungen. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung__2017.xls (aktuell am 10.5.2018).

Bundesregierung (2018): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Unbesetzte Stellen in der Alten- und Krankenpflege“. Bundestags-Drucksache 19/1550.

CDU/CSU/SPD (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode.

Hoberg, Rolf / Klie, Thomas / Künzel, Gerd (2013): Strukturreform Pflege und Teilhabe. Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von PFLERGE und TEILHABE. Freiburg: agp.

Isfort, Michael (2018): Pflege thermometer 2018. Vortrag auf dem Deutschen Pflorgetag 2018. URL: http://www.dip.de/fileadmin/data/images/pressemitteilungen/2_DIP_Pflege-Thermometer_2018.pdf

Naegler, Heinz / Wehkamp, Karl-Heinz (2018): Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung. Krankenhausärzte und Geschäftsführer im Interview. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Rothgang, Heinz (2018a): Personalbedarf in Pflegeeinrichtungen. Einheitliche Bemessung, in: Ersatzkassenmagazin, Heft 3/4. URL: <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2018-0304.html>. (aktuell am 10.5.2018).

Rothgang, Heinz (2018b): Ein Jahr nach der großen Pflegereform – vorläufige Bilanz, in: Soziale Sicherheit, Heft 5, 186-193.

Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas (2015): Pflegestärkungsgesetz II – eine erstaunlich großzügige Reform, in Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, 69. Jg., Heft 5: 48-56. DOI: 10.5771/1611-5821-2015-5.

Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas (2017): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform. URL: https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/Gutachten_Rothgang_Kalwitzki_-_Alternative_Ausgestaltung_der_Pflegeversicherung.pdf.

Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas / Müller, Rolf / Runter, Rebecca / Unger, Rainer (2016a): BARMER GEK Pflegebericht 2016. Siegburg: Asgard-Verlag.

Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas / Unger, Rainer / Amsbeck, Hannah (2016b): Pflege in Deutschland im Jahr 2030 – regionale Verteilung. LebensWerte Kommune | Ausgabe 4 | 2016. Güterloh: Bertelsmann-Stiftung.

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2013): Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung – Ökonomische Expertise. URL: http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Oekonomische_Expertise_Rothgang.pdf.

Schreyögg, Jonas / Milstein, Ricarda (2016): Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Hamburg: Hamburg Center for Health Economics. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf. (aktuell am 21.5.2018).

Seibert, Holger / Carstensen, Jeanette / Wiethölter, Doris (2018): Entgelte von Pflegekräften – weiterhin große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen. IAB-Forum. Das Magazin des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. URL: <https://www.iab-forum.de/entgelte-von-pflegekraeften-weiterhin-grosse-unterschiede-zwischen-berufen-und-regionen/> (aktuell am 13.5.2018).

Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102159004.pdf;fjsessionid=B959E9D94EDFD3D63376E5A17DABEE28.InternetLive?__blob=publicationFile (aktuell am 13.5.2018).