

Kochskämper, Susanna

Research Report

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals: Stellungnahme zu den Anträgen der Fraktion DIE LINKE (BT-Drucksache 19/4523 und BT Drucksache 19/4524) und der Fraktion der AfD (BT-Drucksache 19/4537) sowie (BT-Drucksache 19/4453)

IW-Report, No. 40/2018

Provided in Cooperation with:

German Economic Institute (IW), Cologne

Suggested Citation: Kochskämper, Susanna (2018) : Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals: Stellungnahme zu den Anträgen der Fraktion DIE LINKE (BT-Drucksache 19/4523 und BT Drucksache 19/4524) und der Fraktion der AfD (BT-Drucksache 19/4537) sowie (BT-Drucksache 19/4453), IW-Report, No. 40/2018, Institut der deutschen Wirtschaft (IW), Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/184681>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

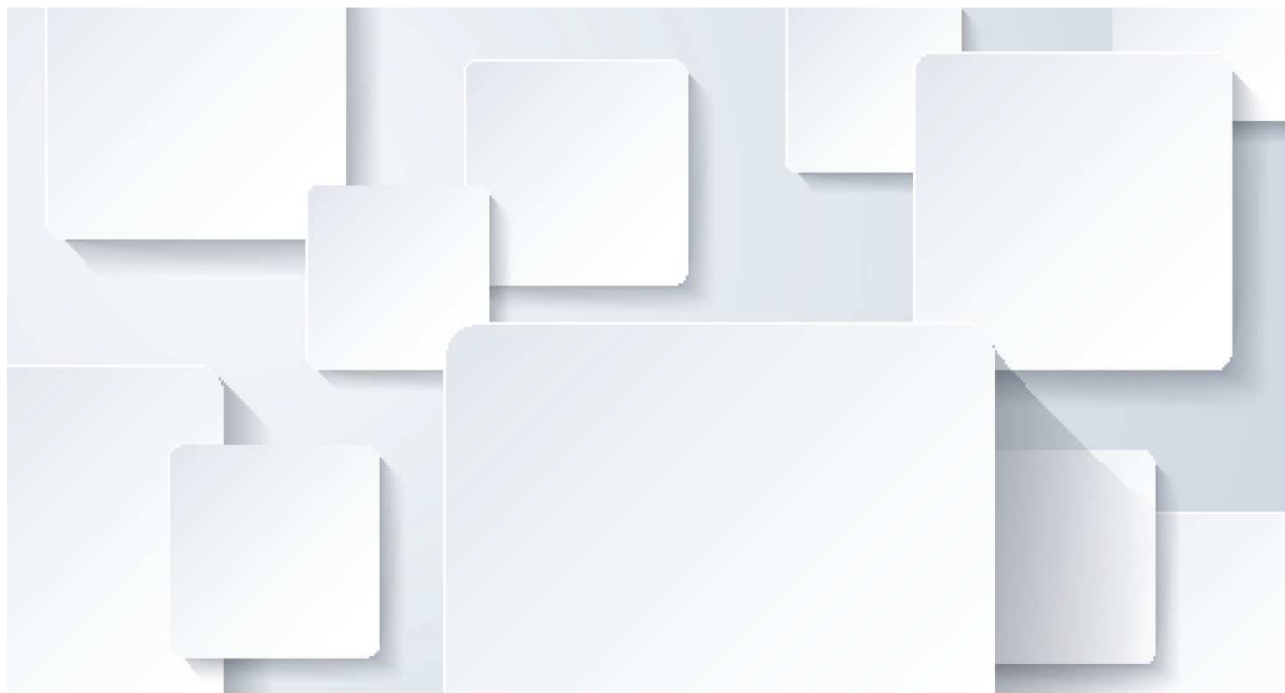
Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



IW-Report 40/18

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals

Stellungnahme zu den Anträgen der Fraktion DIE LINKE (BT-Drucksache 19/4523 und BT-Drucksache 19/4524) und der Fraktion der AfD (BT-Drucksache 19/4537) sowie (BT-Drucksache 19/4453)

Dr. Susanna Kochskämper

Köln, 5.10.2018

Inhaltsverzeichnis

1	Bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege	3
1.1	Einordnung: Arbeitssituation und Personalmangel in der Krankenpflege	3
1.2	Folgerungen für das Gesetzesvorhaben im Bereich Krankenpflege	6
2	Bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Altenpflege	9
2.1	Fachkräftebedarf in der Altenpflege	9
2.2	Folgerungen für das Gesetzesvorhaben im Bereich der Altenpflege	10
2.3	Exkurs: Zum weiteren Umgang mit den Eigenanteilen	12
	Literatur	13

JEL-Klassifikation:

I18 – Gesundheitspolitik; Regulierung; Öffentliches Gesundheitswesen

J44 – Markt beruflich qualifizierter Arbeitskräfte und Tätigkeiten

J60 – Allgemeines

1 Bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege

1.1 Einordnung: Arbeitssituation und Personalmangel in der Krankenpflege

Aus der gegebenen Datenlage ist nicht eindeutig ersichtlich, ob und inwieweit sich die Situation der Pflegekräfte in der Krankenpflege verändert hat. So hat sich seit den 1990er Jahren zwar das Personal im Pflegedienst insgesamt erhöht (Tabelle 1-1), allerdings führte dies nicht zu einer Erhöhung der Pflegekapazitäten insgesamt. Denn umgerechnet in Vollzeitstellen zeigte sich in 2017 ein ähnlich hohes Niveau wie in 1991 – mit einem zwischenzeitlichen Rückgang Anfang der 2000er Jahre.

Tabelle 1-1: Entwicklung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser

	1991	2005	2017	Veränderung von 1991 zu 2017 in Prozent
Absolute Anzahl Personal im Pflegedienst	389.511	393.186	437.648	+ 12,4%
Personal im Pflegedienst, umgerechnet in Vollkräfte	326.072	302.346	328.327	+ 0,7%
Vollkräfte im Pflegedienst pro 1.000 Fälle	22,4	17,9	16,9	- 24,5%
Pflegebelastungszahl	8,5	6,5	5,9	- 31,3%

Quellen: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2018; Statistisches Bundesamt, 2006, 2018; eigene Berechnungen

Gleichzeitig hat sich die Fallzahl aber erhöht: Kamen 1991 noch 22 Vollkräfte in der Pflege auf 1.000 Fälle, waren es in 2005 noch knapp 18 und in 2017 knapp 17. Dabei ist jedoch zu beachten, dass auch die durchschnittliche Verweildauer der Patienten im Krankenhaus zurückgegangen ist: Lag diese in 1991 noch bei durchschnittlich 14 Tagen, verblieben Patienten in 2005 noch im Durchschnitt 8,6 Tage und in 2017 7,2 Tage im Krankenhaus. Daher ist die sogenannte Pflegebelastungszahl aussagekräftiger. Sie gibt an, wie viele Patienten eine Vollkraft pro Arbeitstag durchschnittlich zu betreuen hatte.¹ Waren dies 1991 noch 8,5 Patienten, ging sie bis 2005 auf 6,5 zurück und sank bis 2017 auf 5,9 ab.

¹ Die Berechnung folgt der Methode des Statistischen Bundesamts auf Grundlage der Jahresarbeitszeit: Die Personalbelastungszahl ergibt sich aus (Berechnungs-/Belegungstage * 24h) / (Vollkräfte * 220 [Arbeitstage im Jahr] * 8h).

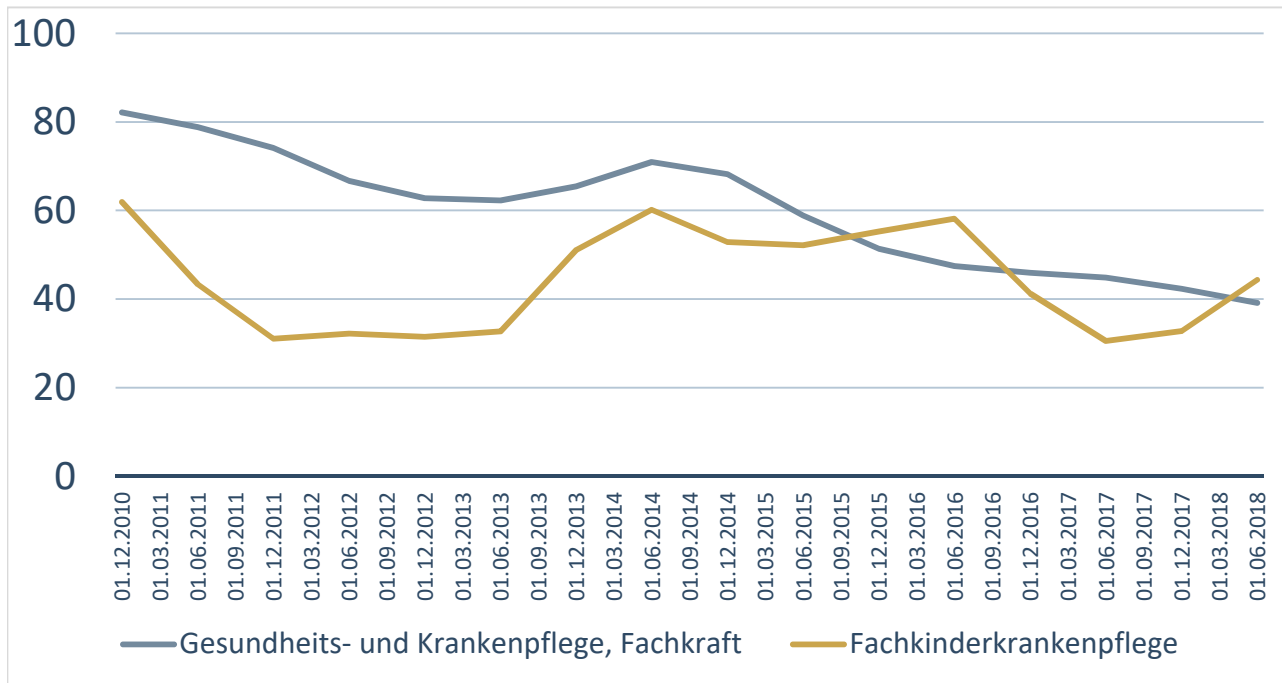
Der Vergleich der Pflegebelastungszahlen zeigt somit eigentlich eine stetige Verbesserung der Arbeitssituation. Allerdings geben diese nicht die Komplexität der Fälle wieder. Zudem bedeuten höhere Fallzahlen vermehrte Aufnahmen und Entlassungen, die unter anderem zusätzlichen Dokumentationsbedarf mit sich bringen, und können daher einen erhöhten Arbeitsbedarf bedeuten – trotz einer insgesamt geringeren Verweildauer. Darüber hinaus kann der Pflegebedarf gerade in den ersten Tagen des Krankenhausaufenthalts besonders hoch sein. Schließlich erfordert eine höhere Teilzeitbeschäftigung des Personals auch eine höhere Anzahl an Übergaben. Insofern steht der gesunkenen Personalbelastungszahl die plausible Annahme gegenüber, dass sie den Grad der Arbeitsbelastung der Pflegekräfte nur unvollständig wiedergibt. Daher kann die subjektiv empfundene Arbeitsbelastung und Arbeitsverdichtung im Durchschnitt durchaus gestiegen sein. Umgekehrt bedeutet dies jedoch nicht, dass dies für alle Krankenhäuser und für alle Fachabteilungen gleichermaßen gilt. Unter anderem Schreyögg und Milstein (2016) verweisen hier auf ein differenziertes Bild.

Ähnlich ist die Frage zu beantworten, wie hoch der tatsächliche Personalbedarf in der Krankenpflege ist. Denn aufgrund der Datenlage ist auch dies nicht eindeutig zu klären. Eine Auswertung der Daten der Bundesagentur für Arbeit ergibt, dass gegenwärtig in den Berufsfeldern Fachkraft Gesundheits- und Krankenpfleger und Fachkinderkrankenpflege die Anzahl der gemeldeten Stellen die der Arbeitssuchenden in diesen Bereichen deutlich übersteigen. So kamen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft in 2017 im Durchschnitt 39 Arbeitssuchende auf 100 gemeldete Stellen und in der Fachkinderkrankenpflege 44 Arbeitssuchende auf 100 gemeldete Stellen. In beiden Bereichen hat sich das Bild laut Datenlage seit 2010 deutlich verschlechtert (Abbildung 1-1). So kamen in 2010 im ersteren Berufsfeld noch 82 Arbeitssuchende auf 100 gemeldete Stellen, im Bereich der Fachkinderkrankenpflege 62 auf 100 gemeldete Stellen.

Bei den Gesundheits- und Krankenpflegehelfern ist dagegen bisher kein Engpass festzustellen, in 2017 standen 369 Arbeitssuchende 100 gemeldeten Stellen gegenüber. Allerdings ist auch hier laut Datenlage das Angebot an Arbeitskräften zurückgegangen, denn in 2010 kamen noch 890 Arbeitssuchenden auf 100 gemeldete Stellen.

Abbildung 1-1: Arbeitsmarktengpässe in der Krankenpflege

Engpassrelation: Arbeitslose pro 100 gemeldete Stellen



Quellen: Sonderauswertungen der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen

Diese Zahlen können jedoch ebenfalls nur einen allgemeinen Eindruck über den Bedarf an Pflegekräften vermitteln und sind nicht als eine exakte Abbildung eines Engpasses, insbesondere im Krankenhausbereich, zu verstehen.

- Denn erstens ist es nicht gesichert, dass sich alle Arbeitssuchenden auch als solche melden – das Angebot an Fachkräften könnte also durchaus höher sein.
- Umgekehrt zeigen aber Erfahrungswerte aus anderen Branchen, dass etwa nur 50 Prozent der freien Stellen auch der Bundesagentur für Arbeit bekannt sind (siehe hierzu Flake et al., 2018, 23). Deshalb kann zweitens der Bedarf an Fachkräften in Krankenhäusern durchaus höher liegen. Zusätzlich ist in der stationären Versorgung nicht abschließend geklärt, ob Krankenhäuser zwar medizinisch-pflegerischen Bedarf haben, dieser jedoch wegen finanzieller Restriktionen nicht ausgeschrieben werden (können) (Schreyögg/Milstein, 2016, 15).
- Drittens wird aus den Zahlen der Bundesagentur nicht ersichtlich, ob die entsprechenden Stellen im stationären oder ambulanten Sektor ausgeschrieben sind.
- Schließlich zeigen diese Angaben nicht an, ob alle Fachabteilungen und Krankenhäuser gleichermaßen betroffen sind oder ob an anderer Stelle im stationären Sektor gegebenenfalls Überkapazitäten herrschen.

1.2 Folgerungen für das Gesetzesvorhaben im Bereich Krankenpflege

Aus diesem Grund ist das Vorhaben zu begrüßen, zunächst krankenhausindividuelle Pflegepersonalquotienten zu ermitteln. Nur so lässt sich ein Bild darüber gewinnen, wie die einzelnen Häuser im Vergleich zueinander stehen und an welchen Stellen gegebenenfalls besonders dringender Handlungsbedarf besteht. So lange dieser Prozess andauert, ist es auch sinnvoll, den Krankenhäusern Sofortmaßnahmen zuzugestehen, um Personal aufzustocken und hierfür entsprechende Mittel bereitzustellen. Auf diese Weise kann zumindest vermieden werden, dass eigentlich benötigte Stellen aus finanziellen Gründen unbesetzt bleiben. Da bislang unklar ist, ob die Pflegequalität in einem nicht akzeptablen Ausmaß unter der aktuellen Ausstattung an pflegerischen Kapazitäten leidet, muss sich hierbei auf die Einschätzung der einzelnen Träger verlassen werden.

Diese Einschätzung steht jedoch unter dem Vorbehalt, dass überhaupt entsprechende Fachkräfte am Markt zu finden sind – dass also eigentlich mehr Personen zur Verfügung stehen, als derzeit als arbeitssuchend gemeldet sind. Da dies jedoch keinesfalls sicher ist, ist auch im Zuge der Sofortmaßnahmen Flexibilität zu schaffen: Sollten Träger kein geeignetes Fachpersonal finden, sollte ihnen die Möglichkeit eingeräumt werden, über andere Maßnahmen Prozesse so umzustrukturieren, dass eine entsprechende Entlastung im Pflegebereich herbeigeführt werden kann – wie beispielsweise über den Personalausbau durch Pflegehelfer oder unter zu Hilfenahme von geeigneten Digitalisierungsstrategien.

Das weiterführende, mittelfristige Vorhaben, zusätzlich eine Untergrenze für den Pflegequotienten festzulegen, stellt zwar einen Eingriff in die Autonomie der Krankenhäuser dar. Hinsichtlich des gegenwärtigen regulativen Hintergrunds erscheint dies jedoch als ein nachvollziehbarer Schritt, soll die Pflegequalität doch gewährleistet und gegebenenfalls in einzelnen Einrichtungen erhöht werden. Denn sowohl eine Selbstverpflichtung seitens der Krankenhausträger als auch eine Integration eines vergütungsrelevanten Pflegebestands in das DRG-System als verbindliche Richtlinie kann nur dann tatsächlich eine gewünschte Wirkung auf Wirtschaftlichkeit und Qualität entfalten, wenn die Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistung auch messbar ist und gemessen wird. Durch die heute vorliegenden technischen Möglichkeiten der Datenerfassung wäre dies in den meisten Fällen zu bewerkstelligen. So könnten die weiteren Behandlungen im ambulanten (oder stationären) Bereich eines Patienten erfasst werden, die sich an einen stationären Aufenthalt anschließen, und mit den Daten anderer Patienten mit gleicher Indikation verglichen werden. Dadurch wären Folgekosten identifizierbar, die aus einer unzureichenden Qualität in der stationären Versorgung resultieren. Krankenhäuser, die in diesem Zusammenhang mehrfach durch schlechte Qualität auffallen, könnten auf der Grundlage einer derartigen Messzahl oder Indikatorik entsprechend sanktioniert werden.

Trotz eigentlich vorhandener technischer Möglichkeiten gibt es bisher jedoch kein solches System der umfangreichen Qualitätskontrolle mit Sanktionsmechanismus. Dies ist auch einem komplexen Geflecht unterschiedlicher Regulierungen geschuldet. So ist es bisher beispielsweise nicht gelungen, dass grundsätzlich Akteure aus den Bereichen der ambulanten und stationären

Versorgung mit den gesetzlichen Kassen zielgerichtet kooperieren und im Sinne eines Case Managements eine fallbezogene Dokumentation von Diagnosen, Therapien und Behandlungserfolgen erfolgt. So lange ein solcher Mechanismus nicht etabliert ist, bleibt aber letztlich nur das starke Instrument der verbindlichen Vorgabe von Untergrenzen im Pflegebereich, um zumindest im Ansatz flächendeckend (Mindest-)Qualitätsziele zu erreichen.

Gleichzeitig hat die Personalpolitik der Krankenhausträger nicht nur Auswirkungen auf die Qualität, sondern auch direkte Auswirkungen auf die Kosten des Gesundheitswesens und damit auch auf die Beiträge der Versicherten. Krankenkassen sind nicht in der Lage, Verträge mit Krankenhausträgern einseitig zu kündigen, selbst wenn deren Kostenstruktur dauerhaft zu hohen Preisen der jeweiligen stationären Leistungen führt. Damit entfaltet eine Personaluntergrenze jedoch eine starke Bindung in diesem System. Denn wird eine bestimmte (Mindest-)Ausstattung als ausreichend erachtet, um ein als akzeptabel angesehenes Qualitätsziel zu erreichen, wird mittelfristig ein Überschreiten der Pflegepersonalausstattung durch einzelne Einrichtungen gegenüber dem Kostenträger schwer zu rechtfertigen sein. Denn damit würde offenkundig, dass Patienten eines Krankenhauses mit einer hohen, und deshalb teureren Personalausstattung gegebenenfalls eine bessere Versorgung am Bett zugestanden wird als anderen, die wiederum alle Versicherten mitfinanzieren – auch diejenigen, die selbst Patienten in einem Haus mit der Mindest-Personalausstattung sind.

Deshalb ist die jetzt geplante Umsetzung zur Finanzierung der Pflege im Krankenhaus insgesamt kritisch zu betrachten:

- So wie der Gesetzesentwurf zum gegenwärtigen Zeitpunkt formuliert ist, beinhaltet er in der Neufassung des §6a des Krankenhausentgeltgesetzes letztlich eine Fortschreibung der gegebenen Pflegestruktur. Wie oben beschrieben, können in manchen Krankenhäusern oder einzelnen Abteilungen auch Überkapazitäten vorherrschen. Dies wäre im Zusammenhang mit den geplanten verbindlichen Personaluntergrenzen zu überprüfen. Denn werden Pflegepersonalkosten einfach fortgeschrieben, ist nicht zu erwarten, dass solche Überkapazitäten abgebaut werden. Entsprechend entsteht das Dilemma der unterschiedlichen Pflegequalität bei gleichem „Preis“ für die Versicherten.
- Darüber hinaus haben die Träger den Anreiz, ein vorab vereinbartes Pflegebudget auch auszuschöpfen, wenn ihr Budget des Folgejahres direkt von den Personalkosten des Vorjahres abhängt. Einsparungen sind daher nicht zu erwarten.
- Auch ist nicht zu erwarten, dass vermehrt in eine Verbesserung der Stationsabläufe und Stationsprozesse, beispielsweise durch die Nutzung digitaler Produkte, investiert wird. Denn so, wie im Gesetzesentwurf vorgesehen, wird dies in der Vergütung eher „bestraft“. Wegfallende Personalkosten werden mit maximal 5 Prozent des Pflegebudgets honoriert. Bedenkt man hierbei, dass auch die Investition in neue Produkte und Prozesse Kosten verursacht, sind keine größeren Anstrengungen seitens der Träger in diesem Bereich zu erwarten.
- Ebenso wenig ermöglicht die Ausgestaltung kaum innerbetrieblichen Spielraum für personalpolitische Maßnahmen, beispielsweise zusätzliche Angebote in der Kinderbetreuung

oder im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen in diesem Bereich mögen zwar als Einmalmaßnahmen geeignet erscheinen. Eine prospektiv ausgelegte Personalpolitik erfordert jedoch je nach einrichtungsspezifischer Beschäftigtenstruktur krankenhaushausindividuelle Maßnahmen und gegebenenfalls häufigere Anpassungen. So mag in einem Haus mit einem im Durchschnitt eher älteren Personal Gesundheitsprävention und Unterstützungsangebote bei der Betreuung zu pflegender Angehöriger einen höheren Stellenwert einnehmen, als es bei einer jüngeren Beschäftigtenstruktur der Fall ist, wo beispielsweise die Fragen der Kinderbetreuung und Vereinbarkeit von Beruf und Familie wichtiger sind.

Sinnvoller wäre daher ein Element, das mehr Flexibilität schafft als die an Ist-Personalkosten orientierten Pflegeentgeltwerte. So könnte beispielsweise das Pflegebudget anhand der Personaluntergrenze errechnet, aber um einen festzulegenden Personal-Sollwert ergänzt werden. Die Verwendung der Differenz zwischen beiden könnte flexibel sein – entweder, um tatsächlich mehr Personal zu finanzieren, oder um personalpolitische Maßnahmen zu ergreifen sowie in pflegeunterstützende Technik zu investieren.

Sicherzustellen wäre dabei, dass ein solcher flexibler Anteil nicht genutzt wird, um fehlende Investitionsmittel zu kompensieren. Ohne hier ins Detail zu gehen, sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass bereits von vielen Akteuren eine notwendige Reform der dualen Krankenhausfinanzierung und der Bedarfsplanung angemahnt wird. Dieser Hinweis erhält vor dem Hintergrund des gegebenen Personalengpasses neue Brisanz. Denn gesetzt den Fall, es existierten im deutschen Krankenhaussystem Überkapazitäten (hohe Bettendichte) sowie weiteres Potenzial für eine Ambulantisierung (s. beispielsweise Herr et al., 2018) und gegenwärtige Finanzierungsstrukturen und -verantwortlichkeiten verhinderten eine sachgerechte Anpassung von Kapazitäten, dann würde mit dem zur Diskussion stehenden Maßnahmenpaket mancherorts gegebenenfalls Personal ineffizient gebunden, das an anderen Orten fehlen würde, wo Personalmangel offenkundig wird.

2 Bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Altenpflege

2.1 Fachkräftebedarf in der Altenpflege

In der Altenpflege sind in den letzten Jahren sowohl die Beschäftigtenzahlen als auch die Anzahl der Anfänger in der Altenpflegeausbildung gestiegen: So erhöhte sich die Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Altenpflegefachkräfte zwischen 2013 und 2016 um 14,5 Prozent, die der Helfer sogar um 15,7 Prozent. Auch im Vergleich zu 2005 zeigt sich eine positive Entwicklung der Beschäftigtenzahl (Tabelle 2-1). Anders als in der Krankenpflege steigt sowohl die absolute Anzahl der Beschäftigten im Bereich der Pflege als auch die Anzahl der Vollzeitäquivalente – und das im ambulanten wie im stationären Sektor. Insbesondere der ambulante Sektor hat hierbei einen starken Ausbau erfahren. Gleichzeitig sind jedoch auch die Pflegefallzahlen gestiegen – allein zwischen 1999 und 2015 von rund 2 Millionen auf über 3 Millionen Menschen. In 2015 haben im Bundesdurchschnitt mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen (52 Prozent) professionelle Pflege in Anspruch genommen, wurden also durch ambulante Anbieter oder in Pflegeheimen versorgt. Hier war zwischen 1999 und 2015 in den meisten Bundesländern sogar ein leichter Aufwärtstrend weg von der familieninternen Betreuung hin zur professionellen Pflege erkennbar.

Tabelle 2-1: Entwicklung der Personalausstattung in der Altenpflege

	2005	2015	Veränderung von 2005 zu 2015 in Prozent
Ambulante Pflegedienste			
Anzahl Personal in der Grundpflege	147.973	238.828	+ 61,4%
Personal im Pflegedienst, umgerechnet in Vollzeitäquivalente	95.854	163.825	+ 70%
Vollzeitäquivalente in der Grundpflege pro 100 Fälle	20,3	22,3	+ 9,8%
Pflegeheime			
Anzahl Personal in Pflege und Betreuung	374.116	468.812	+ 25,3%
Personal im Pflegedienst, umgerechnet in Vollzeitäquivalente	285.032	348.832	+ 22,4%
Vollzeitäquivalente in der Grundpflege pro 100 Fälle	42,1	39,6	- 5,9%

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2007, 2017; eigene Berechnungen

Ein Blick auf die jüngsten Zahlen für die in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen zeigt, dass dieser Trend weiterhin anhält: Zwischen 2013 und 2016 hat sich die Nachfrage nach professioneller Pflege – also unter anderem nach ambulanten Pflegeleistungen, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeit- und vollstationärer Pflege – um 14 Prozent erhöht. Durch die steigende Nachfrage nach professioneller Pflege hat sich deshalb trotz Personalaufbau in den Pflegeheimen die Relation zwischen Personalausstattung und Pflegebedürftigen seit 2005 verschlechtert. In der ambulanten Pflege war hingegen eine positive Entwicklung zu verzeichnen.

Wie für die Krankenpflege gilt jedoch auch hier, dass diese Zahlen keine Aussagen zur Pflegeintensität oder zur subjektiv empfundenen Arbeitsbelastung machen. Ebenso können mehr Wegezeiten in der ambulanten Pflege zu einer Arbeitsverdichtung führen.

Gleichzeitig ist der Fachkräfteengpass, der sich aus den Daten der Bundesagentur ergibt, noch höher ausgefallen als in der Krankenpflege (s. zu den folgenden Ausführungen Flake et al., 2018): Im Jahr 2017 waren durchschnittlich 14.220 offene Stellen für Altenpfleger und zusätzliche 8.000 Stellen für Altenpflegehelfer gemeldet. Ihnen gegenüber steht eine vergleichsweise geringe Zahl an passend qualifizierten Arbeitslosen, die nicht annähernd zur Besetzung der offenen Stellen ausreicht: In 2017 kamen auf je 100 gemeldete Stellen für Altenpfleger gerade einmal 22 arbeitslose Fachkräfte, in 2014 waren es noch 42. Auch hier hat sich die Situation also verschärft. Ebenso wie in der Krankenpflege ist auch in der Altenpflege die Situation bei den Helferberufen weniger stark angespannt (380 Arbeitslose je 100 gemeldeter Stellen), allerdings kam es auch hier seit 2011 zu einem Rückgang der Arbeitslosigkeit und einem gleichzeitigen Stellenaufbau.

Wie oben ausgeführt, zeigen die Zahlen der Bundesagentur für Arbeit nur ein unvollständiges Bild, da das Meldeverhalten bei Arbeitssuchenden und bei Anbietern berücksichtigt werden muss. Schließlich steht zu erwarten, dass der Trend hin zu professioneller Pflege künftig zunehmen wird und sich der Fachkräfteengpass ohne gegensteuernde Maßnahmen verschärfen wird. Dies ergibt sich allein aus der zunehmenden Bevölkerungsalterung. Selbst eine Projektion des Status quo aus 2015 – in die die jüngste Gesetzesänderung und die damit verbundene Erhöhung der Pflegefallzahlen noch nicht einfließt – ergibt einen weiteren Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen auf rund 4 Millionen in 2035. Unter der Annahme, dass sich die anteilige Nachfrage nach professioneller Pflege nicht ändert (wie in der Vergangenheit geschehen), ergibt sich dann ein Fachkräftebedarf von zusätzlichen fast 150.000 beziehungsweise in einem „positiven“ Szenario von zusätzlichen 130.000 Personen (Flake et al., 2018, 31 ff.).

2.2 Folgerungen für das Gesetzesvorhaben im Bereich der Altenpflege

Neben einer angekündigten sofortigen Finanzierung von zusätzlichem Pflegepersonal sind im Gesetzesentwurf Maßnahmen vorgesehen, die das Arbeitsumfeld und damit die Bedingungen für die Pflegekräfte attraktiver gestalten können. Allerdings können diese bestenfalls als einmalige Maßnahmen wirken, die allenfalls nur kurzfristigen Nutzen für die Pflegeanbieter entfalten können, wenn nicht weitere Maßnahmen folgen:

- Laut den Daten der Bundesagentur für Arbeit wäre es derzeit nicht möglich, die zusätzlich zu finanzierenden Stellen in den Pflegeheimen zu besetzen.
- Im Gesetzentwurf sind einmalig oder zeitlich befristet gedeckelte Budgets vorgesehen, die von den Pflegeanbietern abgerufen werden können. So soll beispielsweise die Pflegeversicherung einmalig bis zu 12.000 Euro für „Digitalisierung“ zur Verfügung stellen, falls die Pflegeeinrichtungen selbst mindestens 18.000 Euro aufbringen. Woher aber gerade kleinere Einrichtungen diese Eigenmittel für die notwendigen Investitionsbudgets bekommen sollen, bleibt offen.

So lange sich die Strukturen, in denen sich Pflegeanbieter bewegen, nicht ändern, wirken kurzfristig bereitgestellte Mittel nicht nachhaltig. Der Fachkräftemangel lässt sich nur bewältigen, wenn Bürokratie und Regulierung in der Pflege abgebaut werden. Dazu gehören die Reduktion und Bündelung von Dokumentationsanforderungen. Dazu gehört aber auch, dass Anbieter bei einem Fachkräftengpass Mittel flexibler umwidmen können, um beispielsweise in Digitalisierung zu investieren und das bestehende Personal so zu unterstützen. Gleichzeitig ist auch, wie im Krankenhausbereich, eine grundsätzliche Orientierung der Anbietervergütung ausschließlich an Ist-Kosten (oder ihrer Fortschreibung) nicht zielführend. Auch hier muss Spielraum für die Anbieter geschaffen werden, um auch längerfristig einrichtungsspezifische Maßnahmen durchführen zu können. Gefordert ist deshalb ein Umdenken sowohl bei den Bundesländern, die größtenteils für die Regulierung zuständig sind, als auch ein Umdenken bei den Pflegekassen und Trägern der Sozialhilfe, die über die Pflegeentgelte im Einzelfall verhandeln.

Problematisch wirkt dies aber auch im Finanzierungskontext: Jegliche Preiserhöhung für die professionelle Pflege, die sich aus durchaus sinnvollen personalpolitischen Maßnahmen ergeben kann, schlägt sich aufgrund des Teilleistungscharakter zum einen direkt in den Kosten der Pflegeversicherung nieder. Zum anderen müssen aber die Pflegebedürftigen gegebenenfalls einen höheren Eigenanteil entrichten. Das wirkt sich wiederum mittelbar auch bei den Trägern der Sozialhilfe aus, falls die Pflegebedürftigen Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) in Anspruch nehmen. Dieser Zusammenhang sollte jedoch nicht als Begründung dafür dienen, notwendige Investitionen in Personal und Ausstattung zu verschleppen, da dies allenfalls nur kurzfristig Wirtschaftlichkeit suggeriert, mittel- und langfristig jedoch zwangsläufig Einbußen in der Qualität der Leistungen mit sich bringt.

Deshalb ist mittelfristig auch noch einmal die Gestaltung der gesetzlichen Pflegeversicherung zu überprüfen. Vor dem Hintergrund der Bevölkerungsalterung und einem entsprechend zu erwartenden Anstieg der Pflegefallzahlen müssen dabei aber die Belastungen künftiger Beitragszahler mit den Schutzinteressen der Pflegebedürftigen sowie der Verantwortung der Kostenträger abgewogen werden.

2.3 Exkurs: Zum weiteren Umgang mit den Eigenanteilen

Soll dem herrschenden Fachkräftemangel in der Altenpflege begegnet werden, ist davon auszugehen, dass dadurch die Pflegekosten und damit auch die Preise für Pflegeleistungen ansteigen. Dies wirkt sich dann auch entsprechend auf die Höhe der Eigenanteile der Pflegebedürftigen aus. Letztlich ist dies als eine Korrektur einer jahrelang verschleppten Personalpolitik zu verstehen, die, wie oben beschrieben, nicht einzig den Anbietern angelastet werden kann, sondern aus strukturellen Probleme resultiert. Um Personal in einem entsprechend benötigten Umfang zu gewinnen und zu erhalten und so einem Mangel entgegenzuwirken, hätten die Pflegesätze und damit auch die Eigenanteile in der Vergangenheit schon höher liegen müssen. Allerdings betraf dies die vorangegangene Generation an Pflegebedürftigen. Insofern könnte für heutige Pflegebedürftige über Unterstützung bei einem steigenden Eigenanteil nachgedacht werden, da ihnen nun zusätzlich Kosten „der Vergangenheit“ angelastet werden.

Dies betrifft aber ausschließlich die Kosten, die nun aus notwendig gewordenen Korrekturen der Personalpolitik resultieren. Es handelt sich damit um eine einmalige Leistung für die gegenwärtige Generation an Pflegebedürftigen.

Nicht zu vermischen ist dies mit der generellen Frage, ob die Eigenanteile in ihrer jetzigen Form auch für zukünftig Pflegebedürftige weiterhin Bestand haben sollen. Hierzu bedarf es aber einer viel weitergehenden und tiefen Diskussion über mögliche Finanzierungsalternativen. Auf Eigenanteile, die je nach Pflegesatz der Anbieter variieren, gänzlich zu verzichten, hat zum einen den Nachteil, dass Preissignale verloren gehen und damit eine entsprechende preissensitive Steuerung der Nachfrage. Zum anderen ist aber ganz generell die keineswegs triviale Frage zu beantworten, ob die Norm der Eigenverantwortung heute noch als gültig erachtet wird oder nicht – unbenommen einer staatlichen Unterstützung in Härtefällen. Denn Pflege fällt in der Regel im hohen Lebensalter an, was einen langen Zeitraum für Vorsorge schafft. Jegliche Ausweitung einer Pflegeversicherung – ob umlagefinanziert, kapitalgedeckt oder durch gedeckelte pauschale Selbstbehalte – verpflichtet hingegen alle Bürger, einen höheren Teil ihres Einkommens als heute verbindlich in die Pflegeversicherung einzuzahlen. Damit würde ihnen die Möglichkeit genommen, frei zwischen verschiedenen Vorsorgearten zu wählen, die beispielsweise auch die selbstgenutzte Immobilie sein kann. Das Argument, dass davon Geringverdiener besonders profitieren würden, trägt nur bedingt. Denn auch heute werden für denjenigen, der nicht ausreichend für den Pflegefall vorsorgen konnte, durch die Hilfe zur Pflege die Pflegekosten vollständig übernommen – es gibt in der Versorgung de facto keine Unterschiede zwischen Pflegebedürftigen, die diese Sozialhilfeleistung erhalten, und denjenigen, die die Zuzahlungen aus eigenen Mitteln leisten (einzig für den sogenannten Pflegegrad 1 gibt es Ausnahmen). Fallen jedoch durch eine Ausweitung der Pflegeversicherung umgekehrt höhere Beitragszahlungen an, haben gerade Geringverdiener noch deutlich weniger frei zur Verfügung stehende Mittel in der Erwerbsphase – ohne im Pflegefall unbedingt besser abgesichert zu sein als heute.

Literatur

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2018, Nichtärztliches Personal in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Funktionsbereich/Beruf, Art der Beschäftigung, Einrichtungsmerkmale.

Herr, David / Hohmann, Anja / Varabyova, Yauheniya / Schreyögg, Jonas, 2018, Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit in der stationären Versorgung, in: Klauber, Jürgen / Geraedts, Max / Friedrich, Jörg / Wasem, Jürgen (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit, Stuttgart

Schreyögg, Jonas / Milstein, Ricarda, 2016, Expertise zur Quantifizierung der Pflegezahlen in Deutschland sowie zum Überblick über die normative Bestimmung des Pflegebedarfes in ausgewählten OECD-Ländern im Auftrag der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ im Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Flake, Regina / Kochskämper, Susanna / Risius, Paula / Seyda, Susanne, 2018, Fachkräfteengpass in der Altenpflege, in: IW-Trends, Jg. 45, Nr. 3, S. 21–39

Statistisches Bundesamt, 2006, Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12/Reihe 6.1, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2007, Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2017, Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2018, Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12/Reihe 6.1, Wiesbaden