

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0006(4)

gel. ESV zur öAnh am 18.04.2018 -
Pflegepersonalmangel
12.04.2018

Stellungnahme

Finanzierung von Sofortprogrammen für mehr Personal in der Alten- und Krankenpflege

Stellungnahme zu den Anträgen der Fraktionen DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vor dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags, BT-Drucksachen 19/30, 19/79, 19/446, 19/447

Ansprechpartner:

Dr. Jochen Pimpertz

Köln, 12.04.2018

Kontaktdaten Ansprechpartner

Dr. Jochen Pimpertz
+49 (0)221 / 4981 - 760
pimpertz@iwkoeln.de

Institut der deutschen Wirtschaft Köln
Postfach 10 19 42
50459 Köln

Inhaltsverzeichnis

1 Zur Personalausstattung in der Krankenpflege und der Forderung nach einer verbindlichen Personalbemessung	3
1.1 Personalentwicklung in der akut-stationären Versorgung	3
1.2 Verbindliche Personalbemessung erfordert nicht zwingend das Außerkraftsetzen von DRGs	5
2 Finanzierung zusätzlichen Personals in der Altenpflege	6
2.1 Auflösung des Pflegevorsorgefonds bietet keine nachhaltige Finanzierung	7
2.2 Vergütung des Unternehmerrisikos essentiell für private Pflegedienste	10
Literaturverzeichnis	13
Tabellenverzeichnis	15

1 Zur Personalausstattung in der Krankenpflege und der Forde- rung nach einer verbindlichen Personalbemessung

1.1 Personalentwicklung in der akut-stationären Versorgung

In den Anträgen der Fraktionen DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN werden ein akuter Personalmangel in der stationären Krankenpflege beklagt und Sofortprogramme zur Beseitigung dieses Missstands gefordert. Eine Antwort auf die Frage, ob aus der derzeitigen Personalausstattung Versorgungsdefizite resultieren, entzieht sich allerdings der ökonomischen Expertise; eine Beurteilung sollte sich vor allem an medizinischen und pflegewissenschaftlichen Kriterien orientieren. Unabhängig davon lassen sich aber anhand einfacher statistischer Indikatoren auffällige Entwicklungen beschreiben.

Aus dem vom Bundesgesundheitsministerium bereitgestellten Kompendium „Daten des Gesundheitswesens“ geht hervor, dass sowohl die Zahl des ärztlichen Personals als auch die Krankenpflegepersonals in Krankenhäusern von 2006 bis 2015 gestiegen ist. Mit einem Plus von rund 27 ½ Prozent fällt dieser Zuwachs bei dem ärztlichen Personal deutlich stärker aus als bei dem Pflegepersonal, das – ausgehend von einer ungefähr 2,7-fach höheren Beschäftigtenzahl – lediglich um rund 6 ½ Prozent zugelegt hat (Tabelle 1-1). Mit knapp 8 Prozent hat dabei die Beschäftigung der Krankenpflegefachkräfte (einschließlich Kinderkrankenpfleger/-innen) überproportional stark zugelegt, während bei den Krankenpflegehelfern/-innen nur ein Zuwachs um 1 Prozent zu verzeichnen ist. In dem betrachteten Zeitraum ist gleichzeitig die Zahl der Belegungstage um rund 1 Prozent gesunken, so dass die Zuwächse bei den Relationen von ärztlichem und pflegerischem Personal je Belegungstag sogar noch ein wenig höher ausfallen.

Gleichzeitig ist aber die Zahl der zu behandelnden Patienten um 12 Prozent gestiegen (Angaben für 2007 und 2015; Bundesgesundheitsministerium 2009 und 2017, Tabelle 7.4). Bezogen auf den einzelnen Behandlungsfall ergibt sich daraus eine für den ärztlichen und pflegerischen Dienst entgegengesetzte Entwicklung der Personalausstattung in Krankenhäusern: Je 1.000 Fälle ist in der akut-stationären Versorgung in der vergangenen Dekade die Zahl der Ärzte/-innen von 8 auf gut 9 Personen beziehungsweise um rund 14 Prozent gestiegen, die des Pflegepersonals je 1.000 Fälle von rund 21 ¾ Prozent auf gut 20 ½ Prozent oder um rund 5 Prozent gesunken.

Da gleichzeitig die durchschnittliche Verweildauer der Patienten um 12 Prozent gesunken ist, könnte man vermuten, dass die Pflegedienste im Krankenhaus trotz steigender Fallzahlen zumindest nicht zusätzlich belastet worden sind. Dies gilt aber nur unter der Annahme, dass sich der pflegerische Aufwand gleichmäßig über die Belegungstage verteilt. Ein anderes Bild ergibt sich jedoch unter der plausiblen Annahme, dass der Pflegeaufwand zum Beispiel unmittelbar nach einer operativen Versorgung höher ist als mit fortschreitender Genesung. Dann vermag die Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer den mit steigenden Fallzahlen wachsenden Pflegebedarf nicht zu kompensieren. Diese einfache Plausibilitätsüberlegung stützt deshalb das in den Anträgen der Fraktionen DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN skizzierte Bild einer zunehmenden Arbeitsverdichtung für das Pflegepersonal in den Krankenhäusern – vorbehaltlich einer weiteren medizinischen und pflegewissenschaftlichen Beurteilung.

Tabelle 1-1: Entwicklung Personalausstattung Krankenhäuser

Angaben gerundet

	2006	2015	Veränderung in Prozent
Ärzte stationär	137.800	175.863	27,6
Pflegepersonal insgesamt	373.127	397.524	6,5
darunter:			
Gesundheits-/Krankenpflege	316.889	341.877	7,9
Kinderkrankenpflege	37.078	37.312	-2,0
Krankenpflegehelfer	18.160	18.335	1,0
Belegungstage	142.893.016	141.281.148	-1,1
Fallzahlen	17.178.573	19.139.574	12,0
Verweildauer	8,32	7,34	-11,7
Je 1.000 Belegungstage			
Ärzte stationär	0,964	1,245	29,1
Pflegefachkräfte	2,484	1,6384	8,0
Pflegehelfer	0,127	0,130	2,1
Pflegepersonal insgesamt	2,311	2,814	7,8
Je 1.000 Fälle			
Ärzte stationär	8,022	9,141	14,0
Pflegefachkräfte	20,663	19,709	-4,6
Pflegehelfer	1,057	0,953	-9,9
Pflegepersonal insgesamt	21,720	20,622	-4,9

Krankenhäuser: ohne Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen; Angaben zur Beschäftigung: teil- und vollzeitbeschäftigte Personen; Belegungstage, Fallzahlen, Verweildauer: 2006=2007; Pflegedienst: ohne OP-Dienst, medizinisch-technische Assistenz, Pflegepersonal in Ambulanzen und Geburtshilfe; Pflegefachkräfte: einschließlich Kinderkrankenpfleger/-innen.

Quellen: Bundesgesundheitsministerium, 2009 und 2017

1.2 Verbindliche Personalbemessung erfordert nicht zwingend das Außerkraftsetzen von DRGs

Vor diesem Hintergrund fordern sowohl die Fraktion DIE LINKE als auch die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN die Einführung verbindlicher Personalbemessungsinstrumente, wobei sich der Antrag der Fraktion DIE LINKE explizit dafür ausspricht, das bestehende System der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) mit Blick auf die Personalkosten außer Kraft zu setzen und durch eine „am Gemeinwohl orientierte Krankenhausfinanzierung“ zu ersetzen. Im Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird ein Sofortprogramm in Höhe von 1,3 Milliarden Euro gefordert, die gezielt und nachweislich für zusätzliche Pflegekräfte eingesetzt werden sollen.

Kommt man aus medizinischer und/oder pflegewissenschaftlicher Sicht zu dem Ergebnis, dass die aktuelle Personalausstattung für die akut-stationäre Krankenpflege unzureichend ist, so ergibt sich daraus jedoch nicht zwingend die Notwendigkeit, das DRG-System zu verwerfen. Das wird deutlich, wenn man sich die grundlegende Logik der diagnosebezogenen Fallpauschalen vergegenwärtigt:

- Ausgangspunkt bildet die Festlegung eines Numeraire (Standard-Gut) mit dem Wert 1, zu dem alle anderen Diagnosen je nach erforderlichem Behandlungs- und daraus resultierendem Ressourcenaufwand in Relation gesetzt werden. Das Entgelt für einzelne Leistungen ergibt sich erst durch die monetäre Bewertung des Numeraire und die anschließende Multiplikation mit den diagnosebezogenen Gewichten.
- In diesem System – so die Zielsetzung – entstehen Anreize, nach einer wirtschaftlichen Organisation der stationären Versorgung zu streben, zum Beispiel durch eine Konzentration der Kliniken auf Leistungsbereiche mit ausgewiesenen Qualitäts-, Größen- und/oder Effizienzvorteilen.
- Fraglich ist, ob die veränderte relative personelle Ausstattung des Pflegedienstes in der akut-stationären Versorgung – wie im Antrag der Fraktion DIE LINKE angedeutet – ursächlich auf die Anwendung diagnosebezogener Fallpauschalen zurückzuführen ist. Dies erscheint zumindest zweifelhaft, weil unter den gleichen Anreizbedingungen das ärztliche Personal überproportional stark aufgebaut wurde, ohne dass mit dieser Entwicklung die Vermutung begründet werden kann, die asymmetrische Personalentwicklung sei durch potenzielle Kostenersparnisse motiviert worden.
- Mit der Empfehlung einer Personalmindestausstattung ist dann aber das Personaleinsatzverhältnis von ärztlichem und pflegerischem Dienst zu hinterfragen, das ursprünglich bei der Kalkulation der DRGs zugrunde gelegt wurde. Konsequenterweise wäre entweder eine medizinisch und pflegewissenschaftlich begründete Personalbemessung bei der Gewichtung der diagnosebezogenen Fallpauschalen zu revidieren oder explizit einzuführen. Unabhängig davon bleibt aber die Notwendigkeit bestehen, Anreize für eine möglichst effiziente Leistungserstellung zu setzen, um auch dem Anspruch einer möglichst wirtschaftlichen Versorgung zu genügen.

Die Überprüfung der DRGs würde allerdings Zeit in Anspruch nehmen. Je dringender der Handlungsbedarf nach dem Urteil einschlägiger Expertisen ausfällt, desto eher müssen deshalb zumindest vorübergehend Alternativen zur Beseitigung eines Missstands in Erwägung gezogen werden. Interpretiert man in diesem Sinne die Forderung nach einem kurzfristig einzurichtenden Budget für die Beschäftigung zusätzlicher Pflegekräfte, ergeben sich aber weiterführende Fragen, die für die Lösung des beklagten Missstands notwendigerweise zu beantworten sind, im Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN aber nicht thematisiert werden:

- Laut dem Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN können mit einem Budget von 1,3 Milliarden Euro ungefähr 25.000 Pflegekraftstellen zusätzlich eingerichtet werden. Gleichzeitig ist aber in der Antragsbegründung von einem darüber hinausgehenden Bedarf die Rede. Wie hoch ist aber die bedarfsgerechte Personalausstattung im Krankenhaus? Es fehlt nicht nur an einer Klarstellung, es mangelt auch an einer Benennung geeigneter pflegewissenschaftlicher und medizinischer Kriterien. Das wird aber notwendig, sobald eine dauerhaft tragfähige Lösung angestrebt werden soll. Denn bei einem demografisch bedingt wachsenden Versorgungsbedarf wird sich künftig auch die personelle Ausstattung des Pflegediensts in den Krankenhäusern dynamisch entwickeln müssen, um dem Anspruch einer personellen Mindestausstattung oder einer verbindlichen Personalbemessung genügen zu können.
- Mit der Frage nach der personellen Ausstattung des Pflegediensts in der akut-stationären Versorgung wird implizit auch die Frage nach einer Bewertung der Personalausstattung des ärztlichen Dienstes gestellt. Denn je nachdem, ob die Anzahl der Krankenhausärzte für unzureichend, ausreichend oder zu hoch erachtet wird, fällt die ökonomische Antwort unterschiedlich aus, wie die Behebung eines Personalmangels im Pflegedienst finanziert werden kann. Bei einer unzureichenden Personalausstattung im ärztlichen Dienst müssen über die neu einzurichtenden Pflegekraftstellen hinaus gegebenenfalls zusätzliche Planstellen für ärztliches Personal vorgesehen werden – dies führt zu nochmals höheren zusätzlichen Ausgaben. Für den Fall einer zu hohen Ausstattung mit ärztlichem Personal kann aber auch eine aufkommensneutrale Umwidmung von Planstellen in Erwägung gezogen werden. Die Beantwortung dieser Frage ist nicht trivial, denn die Forderung von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nach einem Sofortprogramm im Umfang von 1,3 Milliarden Euro entspricht aktuell einem Beitragsaufkommen von rund einem Zehntelpunkt Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

2 Finanzierung zusätzlichen Personals in der Altenpflege

Auch für den Bereich der Altenpflege beklagen die Fraktionen DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in ihren Anträgen eine mangelhafte personelle Ausstattung. Beide Anträge beschreiben mit den Stichworten einer zunehmenden Arbeitsverdichtung, eines frühzeitigen Berufswechsels hochqualifizierter Pflegekräfte, eines überdurchschnittlich hohen Krankenstands, einer schlechteren Bezahlung im Vergleich zur Krankenpflege, eines hohen Anteils unfreiwilliger Teilzeitbeschäftigung, wenig familienfreundlicher Arbeitsbedingungen und in der Konsequenz drohender Altersarmut für Altenpfleger/-innen ein ungünstiges Berufsbild der Altenpflege. Eine

besondere Belastungssituation wird in dem Antrag der Fraktion DIE LINKE zudem für die Angehörigen der Pflegebedürftigen dargelegt, die mit den Eigenanteilen, Zulagen zu den Investitionskosten der Heimbetreiber und Ausbildungszuschlägen mehr als 50 Prozent der Heimentgelte tragen. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE fordert deshalb unter anderem einen verbindlichen Personalschlüssel bis zur Umsetzung einer wissenschaftlich fundierten Personalbemessung sowie die Umwidmung des Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds, den Einstieg in eine „solidarische Pflegeversicherung“ und außerdem ein Anheben des Pflegemindestlohns sowie des Gehaltsniveaus von Altenpflegefachkräften auf das Niveau der Fachkräfte in der Krankenpflege. Explizit sollen Pflegebedürftige und ihre Familien nicht mit den zusätzlichen Kosten einer verbesserten Personalausstattung belastet werden. Auch die Abgeordneten der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordern in ihrem Antrag eine Auflösung des Pflegevorsorgefonds und die Umwidmung der freiwerdenden Mittel für ein Sofortprogramm in Höhe von 1,2 Milliarden Euro für die Beschäftigung zusätzlicher Pflegekräfte mit tarifgerechter Entlohnung. Der Antrag schließt in der Antragsbegründung ebenfalls eine Überwälzung der Kosten auf die Pflegebedürftigen aus.

Im Folgenden wird zu den verteilungspolitischen Konsequenzen einer Auflösung des Pflegevorsorgefonds Stellung bezogen sowie zu der ergänzenden Forderung der Fraktion DIE LINKE, den gesetzlichen Vergütungsanspruch des Unternehmerrisikos für Einrichtungsbetreiber laut §84 Absatz 2 SGB XI zu streichen.

2.1 Auflösung des Pflegevorsorgefonds bietet keine nachhaltige Finanzierung

Mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz PSG I wurde in der vergangenen Legislaturperiode die Einrichtung eines Pflegevorsorgefonds beschlossen, der der langfristigen Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung in der Pflegeversicherung sowie einer gerechteren Verteilung der Beitragsslasten auf die Generationen dienen soll. Dazu fließen ab 2015 über einen Zeitraum von 19 Jahren jährliche Beitragseinnahmen in den Fonds, die dem Aufkommen von 0,1 Prozent Beitragssatz entsprechen – anfänglich rund 1,2 Milliarden Euro per anno. Ab dem Jahr 2035 können die Mittel zur Stabilisierung der Beitragseinnahmen und somit zur Glättung der Beitragssatzentwicklung verwendet werden. Zum Schutz vor einer Umwidmung der Mittelverwendung ist das Sondervermögen von dem übrigen Vermögen der sozialen Pflegeversicherung (sPV) getrennt zu halten, Anlage und Verwaltung der Mittel obliegen der Deutschen Bundesbank (Deutscher Bundestag, 2017).

Aus der Konstruktion des Pflegevorsorgefonds wird deutlich, dass mit der Bildung einer Kapitalrücklage in der sPV nicht eine Zwei- oder Drei-Säulen-Strategie analog zur Organisation der Alterssicherung angestrebt wird. Vielmehr dient das Konstrukt einer intertemporalen Umschichtung von Beitragsslasten. Die ist mit den Belastungswirkungen begründet, die durch den demografischen Wandel und dessen Auswirkung auf die umlagefinanzierten Systeme der gesetzlichen Sozialversicherung hervorgerufen werden:

- Auf Grundlage der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts und unter der Annahme einer vergleichsweise günstigen Entwicklung der Pflegefallwahrscheinlichkeiten (die altersabhängigen Pflegefallwahrscheinlichkeiten werden dazu mit steigender Lebenserwartung in entsprechend höhere Altersstufen verschoben) ergibt sich ein Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen von gut 2,6 Millionen Personen im Jahr 2016 auf über 3,1 Millionen im Jahr 2030 und danach weiter bis auf 4 Millionen im Jahr 2050 (Kochskämper, 2017, 15).
- Mit einer entsprechenden Hochrechnung der realen Ausgaben ergibt sich bis zum Jahr 2030 in der sozialen Pflegeversicherung ein um mindestens 40 Prozent erhöhtes Ausgabenniveau gegenüber dem Status quo, bis 2050 sogar ein um 80 Prozent höheres Ausgabenniveau (Kochskämper, 2017, 16). Dabei bleiben nicht nur Kostensteigerungen infolge höherer Personalaufwendungen oder steigender Sachkosten pro Fall unberücksichtigt, sondern auch die Zunahme an Pflegefällen infolge der Anwendung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs seit 2017. Es handelt sich also um eine ausgesprochen optimistische Schätzung künftiger Bedarfe.
- Die Alterung der Bevölkerung führt aber nicht nur auf der Ausgabenseite der sPV zu besonderen Herausforderungen, sondern sie belastet auch die Einnahmenseite der umlagefinanzierten sPV. Denn mit einem steigenden Anteil von Versicherten im Ruhestandsalter steigt auch der Anteil von Mitgliedern, die aufgrund des im Vergleich zum Erwerbseinkommen niedrigeren Alterseinkommens einen relativ geringen Beitrag entrichten.
- Insgesamt entsteht bei unverändertem Beitragssatz eine Deckungslücke in der sPV in Höhe von 7,6 Milliarden Euro bis zum Jahr 2030, die bis zum Jahr 2050 auf über 16,5 Milliarden Euro anzusteigen droht – gemessen in heutigen Werten, ohne Kostensteigerungen bei dem Einsatz von Personal oder Sachmitteln und ohne die zusätzliche Nachfrage, die infolge eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs seit 2017 entsteht. Bereits auf der Grundlage dieser als optimistisch einzustufenden Schätzung ergibt sich ein notwendiger Anstieg des Beitragssatzes zur sPV von bis auf 3,7 Prozent im Jahr 2050 (Kochskämper, 2017, 17 ff.).

Eine Umwidmung der Mittelverwendung aus dem Pflegevorsorgefonds hätte angesichts der unabänderlichen demografischen Herausforderung relevante Verteilungspolitische Effekte:

- Zunächst würde eine Verwendung der Mittel für zusätzliche Leistungsversprechen (zusätzliches Pflegepersonal, verbesserte Entlohnung) die Ausgaben unmittelbar erhöhen mit der Folge, dass künftig über den hier beschriebenen Umfang hinaus zusätzliche Finanzierungserfordernisse entstanden.
- Dadurch profitierten die Mitglieder älterer Kohorten von einem umfangreicheren Leistungsniveau, weil die Wahrscheinlichkeit der Leistungsinanspruchnahme mit dem Lebensalter steigt. Gleichzeitig sind sie aber entsprechend der verbleibenden Lebenserwartung nur noch über einen begrenzten Zeitraum an der Finanzierung höherer Lasten beteiligt.

- Aufgrund der Umwidmung des Pflegevorsorgefonds fehlten für die Mitglieder jüngerer Kohorten auf der einen Seite die Mittel, mit denen die Beitragssatzentwicklung nach 2035 geglättet werden könnte. Auf der anderen Seite erforderte die Absicherung vergleichbarer Ansprüche in der Zukunft angesichts der nunmehr erhöhten Leistungsversprechen einen höheren Beitragssatz als ursprünglich erwartet.

Die Begründung der Fraktionen DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für eine Umwidmung der Mittel aus dem Pflegevorsorgefonds ist also insofern nachvollziehbar, als die Kapitalrücklage lediglich eine intertemporale Glättung der Beitragssatzentwicklung bewirken soll, aber nicht das Beitragssatzniveau in ferner Zukunft nachhaltig senken kann. Aufgrund der beschriebenen Verteilungswirkungen ergibt sich aber eine Privilegierung der heute älteren Kohorten. Die intergenerative Lastverschiebung zulasten der Mitglieder jüngerer Kohorten, die ohnehin angesichts der Bevölkerungsalterung in einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung mit stark altersabhängigem Pflegefallrisiko angelegt ist, wird dadurch verstärkt.

Dieser Effekt kann auch nicht durch den Einstieg in das Modell einer „solidarischen Pflegeversicherung“ nach den Vorstellungen der Partei DIE LINKE vermieden werden. Weder eine Ausweitung des Kreises der versicherungspflichtigen Personen auf die gesamte Bevölkerung noch eine Ausweitung der Beitragspflicht auf alle Einkommensquellen und Einkommensbestandteile jenseits der heutigen Beitragsbemessungsgrenze vermag den intergenerativen Verteilungszusammenhang nachhaltig aufzulösen. Selbst wenn aufgrund einer aufkommensneutralen Umverteilung der aktuellen Beitragslasten der Beitragssatz in einer ersten Runde gesenkt werden könnte (Rothgang/Domhoff, 2017), muss auch dann mit einem demografisch bedingten Anstieg der Beitragslasten gerechnet werden.

Auch mit Blick auf eine mögliche Entlastung des Faktors Arbeit bestehen Zweifel. Während in einer ersten Runde für die Beschäftigungsverhältnisse mit Entgelten unterhalb der bisherigen Beitragsbemessungsgrenze bei einem niedrigeren Beitragssatz sowohl höhere Nettoentgelte also auch geringere Arbeitskosten locken, werden im Gegenzug hoch produktive Vollzeit-Arbeitsverhältnisse mit Entgelten jenseits der bisherigen Beitragsbemessungsgrenze stärker belastet. Für einen Teil dieser Arbeitsverhältnisse können die Arbeitskosten sogar über das Niveau im Status quo hinaus steigen. Dies droht die wirtschaftliche Standortentwicklung ebenso zu belasten wie negative Investitionsanreize, die von einer Beitragsbelastung weiterer Einkommensquellen zu erwarten sind.

2.2 Vergütung des Unternehmerrisikos essentiell für private Pflegedienste

Mit Blick auf die demografischen Herausforderungen gilt es auch die Forderung zu bewerten, den Vergütungsanspruch des Unternehmerrisikos für Einrichtungsbetriebe nach §84 Absatz 2 SGB XI zu streichen. Laut Antrag der Fraktion DIE LINKE steht dahinter die Vorstellung, dass mit dieser Norm ein Anreiz für die Träger von stationären Pflegeeinrichtungen gesetzt werde, den betriebswirtschaftlichen Nutzen zu maximieren. Dem wird entgegengehalten, dass ein solcher Anreiz nicht „mit guter Pflege und guter Arbeit in Klang zu bringen“ sei.

Um diesen vermeintlichen Gegensatz von betriebswirtschaftlich rationalem Verhalten und Sozialwirtschaft einordnen zu können, gilt es zunächst die bisherige Rolle privatwirtschaftlichen Engagements in der Pflege zu betrachten, um dann künftige Herausforderungen zu skizzieren und vor diesem Hintergrund die Bedeutung einer Vergütung des Unternehmerrisikos würdigen zu können.

- Zunächst ist festzustellen, dass der Pflegebedarf nicht erst mit dem bevorstehenden demografischen Wandel wachsen wird, sondern bereits in der Vergangenheit einer dynamischen Entwicklung unterlag. So ist die Anzahl pflegebedürftiger Personen (ohne Differenzierung nach Pflegebedarf) allein zwischen 2009 und 2016 um rund eine Millionen auf 2,9 Millionen Menschen gestiegen (Statistisches Bundesamt 2017).
- Um diesen zusätzlichen Pflegebedarf decken zu können, war bereits in der vergangenen Dekade ein entsprechender Aufbau zusätzlicher Kapazitäten in der ambulanten und stationären Pflege vonnöten. Die Veränderung der Marktanteile, die auf private, freigemeinnützige und öffentliche Träger der ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen entfallen, kann Auskunft darüber geben, welche Segmente der Pflegewirtschaft die notwendige Dynamik entfalten, um den schnell wachsenden Pflegebedarf in der deutschen Bevölkerung decken zu können. Das mit Abstand dynamischste Wachstum verzeichneten dabei bislang ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen privater Pflegeanbieter (vgl. Rothgang/Sünderkamp/Weiss, 2015).
 - Gemessen an dem Status der Träger ist der Anteil der privaten Pflegedienste in der stationären Versorgung von 1999 bis 2015 von 50,9 Prozent auf 65,1 Prozent gestiegen. Private Pflegedienste versorgen derzeit schätzungsweise die Hälfte aller ambulant zu versorgenden Personen, 1999 war es noch gut ein Drittel (Tabelle 2-1).
 - Bei den stationären Pflegeeinrichtungen ist der Anteil der Heime in privater Trägerschaft zwischen 1999 und 2015 von 34,9 Prozent auf 42,2 Prozent gestiegen. Damit versorgen privatwirtschaftlich organisierte Einrichtungen mittlerweile mehr als ein Drittel der stationär betreuten Pflegebedürftigen, 1999 war es noch ein Viertel (Tabelle 2-2).

Tabelle 2-1: Ambulante Pflege

Marktanteil nach Trägerschaft in Prozent

	1999	2015
Anteil an allen ambulanten Diensten		
Öffentlich	2,0	1,4
Freigemeinnützig	47,2	33,5
Privat	50,9	65,1
Anteil an allen ambulant versorgten Pflegebedürftigen, geschätzt		
Öffentlich	1 ½	2
Freigemeinnützig	63	48
Privat	36	50

Marktanteil nach Anzahl der Pflegebedürftigen: Hochrechnung auf Basis durchschnittlicher Patientenzahlen laut amtlicher Pflegestatistik, Angaben gerundet.

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2017; eigene Berechnungen

Tabelle 2-2: Pflegeheime

Marktanteil nach Trägerschaft in Prozent

	1999	2015
Anteil an allen Einrichtungen		
Öffentlich	8,5	4,8
Freigemeinnützig	56,6	53,0
Privat	34,9	42,2
Anteil an den stationär versorgten Pflegebedürftigen, geschätzt		
Öffentlich	11	6
Freigemeinnützig	64	56
Privat	25	36

Anteil an den stationär versorgten Pflegebedürftigen: Hochrechnung auf Basis durchschnittlicher Patientenzahlen laut amtlicher Pflegestatistik, Angaben gerundet.

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2017; eigene Berechnungen

Damit sind es vor allem private Dienste und Einrichtungen, die mit ihrem dynamischeren Wachstum dazu beigetragen haben, den steigenden Pflegebedarf zu befriedigen. Dies ist ihnen bei einem mindestens durchschnittlichen Ressourceneinsatz gelungen, wie ein Vergleich von strukturellen Qualitätskennziffern nach Trägerschaft verdeutlicht. Bei dem Verhältnis von Pflegepersonal (Vollzeitäquivalente) zu Pflegebedürftigen, der Quote von Beschäftigten in Pflege und Betreuung oder dem Verhältnis von Fach- zu Hilfskräften weisen die privat betriebenen Einrichtungen nahezu identische Werte auf wie die Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft, und beide schneiden dabei leicht günstiger ab als öffentliche Einrichtungen (Rothgang/Sündermann/Weiss, 2015, 57 f.).

- Für privatwirtschaftlich betriebene ambulante Pflegedienste oder stationäre Pflegeeinrichtungen ist es zwingend, betriebswirtschaftlich rational zu kalkulieren. Dies ist zum einen notwendig, um den Schuldendienst (Tilgung und Zinsen) für Investitionen leisten zu können, die durch eine Aufnahme von Fremdkapital finanziert werden. Insbesondere im Bereich der stationären Versorgung wird das relevant. Zum anderen ist auch eine positive Verzinsung des eigenen unternehmerischen Engagements vonnöten. Denn unternehmerisches Handeln ist geprägt von Unsicherheit und Risiko, für das eine Entlohnung erwartet werden darf, die a) über einer vergleichbaren Entlohnung angestellter Leitungskräfte liegt, und b) im Vergleich zu einem alternativen Engagement von Arbeitskraft und Eigenkapital außerhalb der Pflegewirtschaft einer hinreichend attraktiven Verzinsung verspricht.
- Dass diese Anreizfunktion dringend zu bewahren ist, darauf deutet der Pflegeinfrastrukturbedarf, der angesichts des demografischen Wandels bereits in den kommenden Jahren entsteht. So rechnet das Institut der deutschen Wirtschaft damit, dass allein in der vollstationären Dauerpflege bis zum Jahr 2030 zwischen 180.000 und 220.000 zusätzliche Plätze geschaffen werden müssen, Investitionsbedarfe infolge der Abnutzung und Modernisierung von Bestandskapazitäten noch nicht eingerechnet (Kochskämper/Pimpertz, 2015, 69). Vor dem Hintergrund des zuvor dargelegten Befunds, dass das dynamische Wachstum der Dienste und Einrichtungen in privatwirtschaftlicher Trägerschaft für die Befriedigung eines wachsenden Pflegebedarfs von besonderer Bedeutung war, spricht aus ökonomischer Sicht vieles dafür, die Vergütung des Unternehmerrisikos zu erhalten, womöglich sogar zu stärken. Andernfalls droht unternehmerisches Potenzial in der Pflege verloren zu gehen und in andere Sektoren abzuwandern (zum Beispiel bei der immobilienwirtschaftlichen Entscheidung zu gunsten eines Engagements in der Pflege, in anderen Bereichen der Sozialwirtschaft oder außerhalb).

Vor dasselbe unternehmerische Kalkül sind im Übrigen auch die freigemeinnützigen und öffentlichen Träger von Diensten und Einrichtungen gestellt, müssen doch auch sie angesichts knapper Ressourcen darüber entscheiden, in welchem Bereich der Sozialwirtschaft sie sich künftig engagieren wollen.

Literaturverzeichnis

Bundesgesundheitsministerium, 2009, Daten des Gesundheitswesens 2009, Bundesgesundheitsministerium (Hrsg.), https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/BMG-G-09030-Daten-des-Gesundheitswesens_200907.pdf [6.4.2018]

Bundesgesundheitsministerium, 2017, Daten des Gesundheitswesens 2017, Bundesgesundheitsministerium (Hrsg.), https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/170927_BMG_DdGW.pdf [6.4.2018]

Deutscher Bundestag, 19. Wahlperiode, Wahlkampfversprechen erfüllen – Verbindliche Personalbemessung in den Krankenhäusern durchsetzen, Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Doris Achelwilm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE, 03.11.2017, BT-Drucksache 19/30

Deutscher Bundestag, 19. Wahlperiode, Sofortprogramm gegen den Pflegenotstand in der Altenpflege, Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau), Doris Achelwilm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE, 20.11.2017, BT-Drucksache 19/79

Deutscher Bundestag, 19. Wahlperiode, Sofortprogramm für mehr Personal in der Altenpflege, Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, 17.01.2018, BT-Drucksache 19/446

Deutscher Bundestag, 19. Wahlperiode, Sofortprogramm für mehr Pflegepersonal im Krankenhaus, Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, 17.01.2018, BT-Drucksache 19/447

Deutscher Bundestag, 2017, Wissenschaftliche Dienste, Sachstand – Zur Umnutzung der Mittel im Pflegevorsorgefonds, WD 9 – 3000 -045/17, <https://www.bundestag.de/blob/535034/453d326c56dce020ae06951a31b93efd/wd-9-045-17-pdf-data.pdf> [11.04.2018]

Kochskämper, Susanna, 2017, Alternde Bevölkerung. Herausforderungen für die Gesetzliche Kranken- und für die soziale Pflegeversicherung, IW-Report, Nr. 8, Köln

Kochskämper, Susanna / Pimpertz, Jochen, 2015, Herausforderungen an die Pflegeinfrastruktur, in: IW-Trends, Nr. 3, Köln, S. 59–70

Rothgang, Heinz / Sünderkamp, Susanne / Weiß, Christian, 2015, Die Rolle der privaten Anbieter in der Pflegeversorgung in Deutschland, Expertise für den bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., http://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAN-dateien/BUND/Studien /BU_Studie_0012.pdf [11.4.2018]

Rothgang, Heinz / Domhoff, Dominik, 2017, Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“, Gutachten im Auftrag

Stellungnahme BT-DS 19/30,
19/79, 19/446, 19/447

der Bundestagsfraktion DIE LINKE und der Rosa-Luxemburg-Stiftung, https://www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Sonstiges/Solidarische_Gesundheits-_und_Pflegeversicherung__Mai_2017.pdf [11.4.2018]

Statistisches Bundesamt, 2017, Pflegetatistik, Wiesbaden

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1-1: Entwicklung Personalausstattung Krankenhäuser	4
Tabelle 2-1: Ambulante Pflege	11
Tabelle 2-2: Pflegeheime	11