

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0036(32)
gel. ESV zur öAnh am 10.10.2018 -
PpSG
10.10.2018

Abteilung
Gesundheit, Pflege und Alterssicherung

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Abteilungsleiter

UNICOM, Mary-Somerville-Str. 5
Raum 3.4250
28359 Bremen
Telefon (0421) 218 - 58557
eMail rothgang@uni-bremen.de
www www.socium.uni-bremen.de

Sekretariat:
Vicki May
Telefon (0421) 218 - 58556
Fax (0421) 218 - 58623
eMail vicki.may@uni-bremen.de

www.socium.uni-bremen.de

10.10.2018

Stellungnahme zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) BT-Drucksache 19/4453

**anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit
des Deutschen Bundestages am 10. Oktober 2018**

Einleitung

Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) bezieht sich auf „die Kranken- und Altenpflege“. Mit „Altenpflege“ wird auf Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 SGB XI abgestellt, die „Pflegebedürftige“ im Sinne des § 14 SGB XI versorgen. Die deutsche Pflegeversicherung stellt – anders als etwa die japanische – ihre Leistungen aber für Pflegebedürftigen aller Altersstufen bereit. Tatsächlich sind rund 400 Tsd. Pflegebedürftige jünger als 60 Jahre und haben altersspezifisch eigene Bedürfnisse und Versorgungsbedarfe (Rothgang et al. 2017). Es wäre daher wünschenswert, den diskriminierenden Begriff der „Altenpflege“ durch den sachgerechten Begriff der Langzeitpflege zu ersetzen.

Die nachfolgende Stellungnahme geht lediglich auf die in diesem Sinne definierte Langzeitpflege und nicht auf den Krankenhaussektor ein. Im Zentrum des PpSG steht hierbei die Finanzierung von 13.000 zusätzlichen Stellen in der Langzeitpflege aus Mitteln der GKV im Vordergrund, damit der „Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege besser berücksichtigt“ wird (PpSG-E, S. 2). Nachstehend wird daher zunächst auf die Problematik der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege eingegangen (Abschnitt 1). Anschließend wird die vorgeschlagene Lösung diskutiert (Abschnitt 2), um abschließend eine Alternative vorzustellen (Abschnitt 3).

1. Das Problem: Die Finanzierung der medizinische Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Obwohl medizinische Behandlungspflege systematisch dem Bereich „cure“ und nicht dem Bereich „care“ zuzurechnen ist (Hoberg et al. 2013), werden entsprechende Leistungen derzeit nur dann als häusliche Krankenpflege von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert, wenn der Pflegebedürftige in der eigenen Häuslichkeit lebt. Lebt er in einem vollstationären Pflegeheim, geht dieser Anspruch gegen die Krankenversicherung verloren und die entsprechenden Leistungen 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 (vgl. Rothgang 2018), über den Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung liegen, müssen die Pflegebedürftigen im Heim im Ergebnis *selbst* für die medizinische Behandlungspflege aufkommen, die außerhalb des Heimes durch die GKV getragen würde. Dies führt zu Fehlanreizen im Versorgungsgeschehen und zu Verteilungsungerechtigkeiten.

Für eine Krankenkasse ist jeder Pflegebedürftige in häuslicher Pflege damit ein Kostenfaktor, da die häusliche Krankenpflege (HKP) nach § 37 SGB V die Kasse finanziell belastet, diese Belastungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich aber nicht berücksichtigt werden. Dies wiegt umso schwerer als die Ausgaben für die häusliche Krankenpflege deutlich schneller wachsen als die übrigen GKV-Ausgaben. Wird der Pflegebedürftige dagegen vollstationär versorgt, fallen die Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen und somit diese Ausgaben für die Krankenkasse weg. Das finanzielle Eigeninteresse der untereinander im Wettbewerb stehenden Krankenkassen spricht daher dafür, einen möglichst hohen Anteil von Pflegebedürftigen vollstationär versorgen zu lassen. Das vor diesem Hintergrund der Grundsatz „ambulant vor stationär“ in den Beratungsaktivitäten der Kassen entsprechend umgesetzt wird, ist wenig plausibel.

Die unterschiedliche Behandlung des ambulanten und stationären Pflegesektors in Bezug auf die medizinische Behandlungspflege ist zudem ein Grund dafür, dass die zwingende Verortung innovativer, ambulanter Wohn- und Pflegeformen in einem der beiden Sektoren von so großer Bedeutung ist. Das Zusammenwachsen dieser Sektoren und die Aufhebung der Fragmentierung und Segmentierung der Pflegelandschaft werden dadurch behindert.

Schließlich beinhaltet die derzeitige Regelung Ungerechtigkeiten für die Versicherten, deren Leistungsanspruch gegenüber der GKV – trotz unveränderter Beitragszahlung – eingeschränkt wird, wenn sie ins Pflegeheim übersiedeln. Ein großer Teil der Eigenanteile in vollstationärer Pflege, deren Höhe heute schon als zu hoch gilt, ist darauf zurückzuführen, dass die medizinischen Behandlungspflege im Heim nicht GKV-finanziert ist.

2. Lösung im PpSG: Schaffung 13.000 neuer Stellen im Pflegeheim finanziert über die GKV

Der Gesetzgeber greift damit im PpSG-Entwurf somit zu Recht die Problematik der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege auf und erkennt an, dass die derzeitige Regelung korrigiert werden muss. Allerdings wird dafür ein ungeeignetes Mittel vorgesehen, nämlich die Schaffung von 13.000 Stellen für Pflegekräfte, die explizit die medizinische Behandlungspflege in Heimen erbringen sollen. Diese Regelung ist in mehrfacher Hinsicht problematisch.

Erstens ist sie quantitativ unzureichend. Werden für jede dieser Stellen durchschnittliche Kosten von 50 Tsd. Euro pro Jahr unterstellt und wird weiterhin – angesichts der aktuellen Arbeitsmarktlage wenig realistisch – unterstellt, dass diese zusätzlichen Stellen besetzt werden können, beläuft sich das Volumen dieser Umwegfinanzierung auf jährlich 650 Mio. Euro, während die geschätzten Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen bei jährlich mehr als 2 Mrd. Euro liegen (vgl. Rothgang/Müller 2013). Im PpSG wird also nur *ein kleiner Teil* der Ausgaben für medizinische Behandlungspflege in die GKV verlagert.

Zweitens, kommt diese Umwegfinanzierung nur in dem Umfang zustande, in dem es gelingt, die neuen Stellen zu besetzen. Tatsächlich gab 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 Vollzeitäquivalente – 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.

3. Alternative Lösung: Verlagerung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege auf die Krankenversicherung

Sinnvoller wäre daher eine systematische Lösung, durch die die Finanzierungskompetenz für die medizinische Behandlungspflege – wie in der häuslichen Pflege – auf die Krankenkassen verlagert würde (vgl. Rothgang/Kalwitzki 2017). Die medizinische Behandlungspflege würde dann ärztlich verordnet und von den Pflegeheimen erbracht, die diese gegenüber den Krankenkassen abrechnen. Die so bei den Pflegeheimen entstehenden Mehreinnahmen können genutzt werden, um die Eigenanteile der Pflegebedürftigen substanziell zu senken, indem die Pflegevergütungen um die durchschnittlichen Einnahmen aus der medizinischen Behandlungspflege gekürzt werden. Rechnerisch könnten die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile damit um monatlich mehr als 200 Euro verringert werden.

Die Überwindung der Fragmentierung der Pflegelandschaft, die die Entstehung und Ausbreitung neuer innovativer Versorgungsformen derzeit erschwert, die Abschaffung der Fehlanreize für die Kassen und die Aufhebung der Ungleichbehandlung von häuslich und stationär versorgten Pflegebedürftigen gelingt immer, wenn eine gleiche Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege unabhängig vom Ort der Leistungserbringung erfolgt. Nur die Verlagerung der Finanzierungskompetenz auf die Krankenversicherung vermag aber zu einer Entlastung der Pflegebedürftigen bei den Eigenanteilen zu führen.

Bezüglich der Personalausstattung von Pflegeheimen ist die gemeinsame Selbstverwaltung gemäß § 113c SGB XI verpflichtet, bis zum 30. Juni 2020 ein erarbeitetes und erprobtes Personalbemessungsverfahren vorzulegen, das dann wissenschaftsbasiert Aussagen über notwendigen Personalstärken enthält. Zur Vorbereitung darauf erscheint es sinnvoller, auf eine Erhöhung der Ausbildungskapazitäten und zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes hinzuwirken, um das Arbeitskräfteangebot zu erhöhen. Die Finanzierung zusätzlicher Stellen, die derzeit kaum besetzt werden können, ist demgegenüber sekundär.

Literatur

- 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.
- Hoberg, Rolf / Klie, Thomas / Künzel, Gerd (2013): Strukturreform Pflege und Teilhabe. Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von PFLEGE und TEILHABE. Freiburg: agp.
- Isfort, Michael (2018): Pflege thermometer 2018. Vortrag auf dem Deutschen Pflege tag 2018. URL: http://www.dip.de/fileadmin/data/images/pressemitteilungen/2_DIP_Pflege-Thermometer_2018.pdf
- Rothgang, Heinz (2018): Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Eigenanteile in Pflegeheimen senken – Menschen mit Pflegebedarf finanziell entlasten“, BT-Drucksache 19/960 anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 4. Juni 2018. Ausschuss-Drucksache 19(14)0014(15).
- 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](https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/Gutachten_Rothgang_Kalwitzki_-_Alternative_Ausgestaltung_der_Pflegeversicherung.pdf)
- Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Runter, Rebecca / Unger, Rainer (2017): BARMER GEK Pflege-report 2017. Schwerpunktthema: Junge Pflegebedürftige. Siegburg: Asgard-Verlag.