

pg papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit

pg-papers 02/2018

Dezember 2018

Umsetzung und Implementierung der Personalstandards nach § 113c SGB XI in der Langzeitpflege

Stefan Greß, Klaus Stegmüller



Stefan Greß, Klaus Stegmüller

Umsetzung und Implementierung der Personalstandards nach § 113c SGB XI in der Langzeitpflege

Gutachterliche Stellungnahme im Auftrag der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di

pg-papers 02/2018

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.d-nb.de> abrufbar.

pg-papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

Herausgeber:

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Leipziger Straße 123

36037 Fulda

Tel: +49(0)661/9640-600

Fax:+49(0)661/9640-649

ISBN 978-3-940713-22-3

Copyright © pg-papers, Dezember 2018

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	6
1 Hintergrund	9
2 Kurzfristig wirksame Strategien für eine verbesserte Personalausstattung	10
2.1 Kurzfristiges Maßnahmenprogramm zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen	12
2.1.1 Koalitionsvertrag, Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und Konzertierte Aktion	12
2.1.2 Kurzfristig notwendiges Maßnahmenpaket.....	15
2.2 Attraktivere Vergütung in der Langzeitpflege.....	18
2.2.1 Vergütung von Pflegekräften in der Langzeitpflege.....	18
2.2.2 Handlungsoptionen	20
2.2.3 Finanzielle Wirkungen	22
3 Rahmenbedingungen zur Etablierung bundeseinheitlicher Personalstandards	24
3.1 Bundesweite Implementierung.....	25
3.2 Monitoring und Sanktionierung	27
3.3 Finanzierung der zusätzlichen Personalausstattung	29
3.3.1 Entwicklung der Eigenanteile.....	29
3.3.2 Deckelung der Eigenanteile	31
3.3.3 Pflegebürgerversicherung.....	33
Abbildungsverzeichnis	35
Tabellenverzeichnis	36
Literaturverzeichnis	37

Kurzfassung

Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und Konzertierte Aktion: Zu wenig und zu spät

Zur Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen sind kurzfristige Maßnahmen notwendig, um die Belastung von Beschäftigten in der Langzeitpflege zu verringern und Gefahren für die Pflegequalität zu vermeiden. Die von der Bundesregierung geplanten Maßnahmen entsprechen jedoch nicht diesen Anforderungen. Die im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz geplanten zusätzlichen 13.000 Stellen sind bei weitem nicht ausreichend, um den bestehenden Personalbedarf zu decken. Die stationären Einrichtungen sind außerdem nicht dazu verpflichtet, zusätzliches Fachpersonal einzustellen. Die professionelle ambulante Langzeitpflege wird zudem von den Regelungen des Gesetzes nur am Rande erfasst. Weitergehende Maßnahmen sollen erst in der Konzertierte Aktion Pflege verabredet werden, deren Ergebnisse jedoch frühestens im Sommer 2019 vorliegen werden.

Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch Verbesserung der Betreuungsrelation

Kurzfristig notwendig ist die bundesweite Festlegung einer durchschnittlichen Relation aus Pflegekräften und Pflegebedürftigen von 1:2 im Tagdienst und 1:20 im Nachtdienst bei einer Fachkraftquote von 50 Prozent. Diese Regelung gilt bis zum 30. Juni 2020 bzw. bis zur Festlegung wissenschaftlich belegter Personalrichtwerte nach § 113c SGB XI. Das zur Erreichung der oben genannten Relationen notwendige Personal wird zunächst aus den Mitteln des entsprechend umgewidmeten Pflegepersonalfonds finanziert. Dazu stehen derzeit 1,4 Mrd. Euro jährlich zur Verfügung – damit können jährlich mindestens 26.000 Stellen finanziert werden. Die Pflegebedürftigen würden durch die Einstellung des zusätzlichen Personals nicht finanziell belastet und erwerben analog zum § 43b SGB XI einen gesetzlichen Anspruch auf eine verbesserte Personalausstattung.

Verbesserung der Vergütung: Politische Intervention ist notwendig

Zwar sind die Gehälter in der Langzeitpflege in den letzten Jahren auch aufgrund der hohen Nachfrage nach Pflegekräften gestiegen. Die Lücke zum Vergütungsniveau in der Krankenpflege konnte jedoch nicht geschlossen werden. Alleine die Knappheitssignale auf dem Arbeitsmarkt werden nicht dazu führen, dass die Beschäftigten in der Langzeitpflege eine Vergütung erhalten, die die Tätigkeit auch für Berufsanfänger*innen und Rückkehrer*innen attraktiv macht. Dazu sind politische Interventionen notwendig. Eine Erklärung der Allgemeinverbindlichkeit von Tarifverträgen ist unter den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen nach den bisherigen Erfahrungen wegen des Widerstands der branchenfremden Arbeitgebervertreter*innen in den Tarifausschüssen zum Scheitern verurteilt. Bessere Umsetzungschancen hat die Erstreckung von Tarifverträgen auf der Grundlage des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes. Hier kann die Bundesregierung ein Patt in den Tarifausschüssen durch einen Kabinettsbeschluss überwinden.

Bundeseinheitliche Implementierung durch Rechtsverordnung der Bundesregierung

Die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen ist nicht gleichbedeutend mit dessen Implementierung und Finanzierung. Ohne begleitende Maßnahmen des Gesetzgebers besteht die ernstzunehmende Gefahr, dass die wissenschaftlich abgeleiteten Betreuungsrelationen in der Praxis insbesondere aus finanziellen Gründen unterlaufen werden und damit wirkungslos bleiben. Schließlich haben die Rahmenvertragspartner keinerlei Verpflichtung zur Umsetzung der empirisch fundierten Personalstandards. Der derzeit bestehende und fachlich in keiner Art und Weise zu rechtfertigende Flickenteppich länderspezifischer Betreuungsrelationen hat dann weiterhin Bestand.

Diese Entwicklung kann durch eine Rechtsverordnung der Bundesregierung nach § 83 SGB XI vermieden werden. Eine solche Verordnung ersetzt landesspezifische Vereinbarungen zur Normierung von Personalschlüsseln durch eine bundeseinheitliche Anwendung des wissenschaftlich abgeleiteten Standards. Zwar kann die Bundesregierung diese Verordnung nur mit Zustimmung der Bundesländer erlassen, jedoch kann die Zustimmung etwa im Rahmen der Konzertierte Aktion Pflege vereinbart werden. Damit würden Bund und Länder ein außerordentlich wichtiges Signal an die Beschäftigten in der Langzeitpflege senden, die Attraktivität des Berufsfeldes deutlich steigern und dazu beitragen, Gefahren für die Pflegequalität dauerhaft abzuwenden.

Monitoring und Sanktionierung als Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge

Im derzeitigen System sind die Rahmenvertragspartner dafür zuständig, die Einhaltung von vertraglich vereinbarten oder von der Bundesregierung verordneten Personalstandards zu überwachen und zu sanktionieren. Dies ist keine tragfähige Lösung, weil weder Kostenträger noch Einrichtungsträger ein nachhaltiges Interesse an einer adäquaten Personalausstattung haben. Das Monitoring von Personalstandards mit einer entsprechenden Sanktionierung bei Abweichungen ist daher als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu begreifen. Diese Aufgabe können die Bundesländer im Sinne einer echten Kommunalisierung, eine mit eigenen politischen Entscheidungsrechten verbundene Aufgabenverlagerung, an die Kommunen übertragen. Dies bedeutet in der Konsequenz, dass Einrichtungen mit dauerhaft niedrigen Personalschlüsseln von Sanktionierungen bedroht sind, die von einer Kürzung der Vergütung bis hin zur vorübergehenden oder auch dauerhaften Schließung reichen.

An dieser Stelle ist mit Nachdruck darauf hinzuweisen, dass der Gesetzgeber im Rahmen des § 113c SGB XI keinerlei Regelungen für die professionelle ambulante Langzeitpflege getroffen hat. Es besteht damit die Gefahr, dass bei einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der stationären Langzeitpflege das Personal in der professionellen ambulanten Langzeitpflege weiter ausgedünnt wird. Die negativen Auswirkungen einer unzureichenden Personalausstattung für die Beschäftigten und die Pflegebedürftigen werden damit aus der stationären Langzeitpflege auf die professionelle ambulante Langzeitpflege verlagert.

Vermeidung finanzieller Überforderung durch Deckelung der Eigenanteile

In der derzeitigen Finanzierungslogik der Pflegeversicherung führen steigende Personalkosten durch eine adäquate Personalausstattung und eine leistungsgerechte Bezahlung zu steigenden Eigenanteilen der Pflegebedürftigen. Eine Dynamisierung des Leistungsanspruchs erfolgt nach den gesetzlichen Regelungen frühestens im Jahr 2020. Aufgrund der geltenden Vorgaben ist es zudem mehr als unwahrscheinlich, dass die steigenden Eigenanteile in vollem Umfang durch eine Ausweitung des Leistungsanspruchs kompensiert werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Umkehrung der Finanzierungslogik zu fordern. Eine Festschreibung der Eigenanteile auf niedrigem Niveau stellt sicher, dass steigende Personalkosten nicht zu steigenden finanziellen Belastungen für die Pflegebedürftigen führen. Gleichzeitig wird die vom Gesetzgeber ursprünglich angestrebte finanzielle Schutzfunktion der Pflegeversicherung zumindest teilweise wiederhergestellt. Die zusätzliche Belastung der Versichertengemeinschaft ist perspektivisch durch einen Finanzierungsbeitrag der privaten Pflegepflichtversicherung und die Einführung einer Pflegebürgerversicherung zu finanzieren.

1 Hintergrund

Bisher existiert kein allgemein anerkanntes, in allen Bundesländern eingesetztes Personalbemessungssystem in der stationären Langzeitpflege. Vielmehr ist die Situation durch einen Flickenteppich unterschiedlicher landesspezifischer Personalrichtwerte gekennzeichnet. Daran hat sich auch mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nichts Grundsätzliches geändert (Deutscher Bundestag 2018a).

Als Reaktion auf diese unbefriedigende Situation hat der Gesetzgeber im Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) in § 113c SGB XI die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen normiert. Eine entsprechende Konzeptentwicklung erfolgt bis zum 31. Juli 2019 an der Universität Bremen. Dabei werden im Rahmen eines Unterauftrags auch Empfehlungen für personelle Vorgaben in der ambulanten Pflege entwickelt. Entwicklung und Erprobung sind nach den gesetzlichen Vorgaben bis zum 30. Juni 2020 abzuschließen.

Wir haben an anderer Stelle bereits darauf hingewiesen, dass alleine die Entwicklung und Erprobung eines Verfahrens gemäß § 113c SGB XI weder die Personalausstattung verbessern, noch positive Effekte auf die Pflegequalität nach sich ziehen wird (Greß/Stegmüller 2016; Greß/Stegmüller 2018a). Zur politischen Durchsetzung und praktischen Implementation entsprechender Personalstandards sind vielmehr kurz-, mittel- und langfristig weitere Maßnahmen notwendig. Dieses Maßnahmenbündel besteht erstens aus kurzfristigen Maßnahmen für verbesserte Arbeitsbedingungen und einer besseren Bezahlung von Pflegekräften. Zweitens müssen mittel- bis langfristig wirksame Rahmenbedingungen entwickelt werden, unter denen die Standards zur Personalbemessung gemäß 113c SGB XI tatsächlich zu einer erhöhten Personalausstattung und positiven Effekten auf die Pflegequalität führen.

Vor diesem Hintergrund entwickeln wir im ersten Teil dieses Gutachtens zunächst ein kurzfristig umzusetzendes Maßnahmenpaket für verbesserte Arbeitsbedingungen durch eine verbesserte Personalausstattung. In diesem Zusammenhang bewerten wir auch die von der Bundesregierung geplanten Maßnahmen, insbesondere im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes und der Konzertierte Aktion Pflege. Im Anschluss analysieren wir politische Handlungsoptionen, um die Tarifbindung und damit die Vergütung in der Langzeitpflege zu verbessern. Beide Maßnahmen zusammen – eine verbesserte Personalausstattung und eine adäquate Vergütung – sind aus unserer Sicht zwingend notwendig, um die Tätigkeit in der Langzeitpflege kurzfristig etwa für Berufsanfänger*innen und Berufsrückkehrer*innen attraktiver zu machen.

Der zweite Teil des Gutachtens widmet sich der Analyse von Rahmenbedingungen für eine Implementierung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen. Dazu gehören insbesondere die bundesweit einheitliche Umsetzung, die Etablierung von Mechanismen und Zuständigkeiten für Monitoring und Sanktionierung sowie Optionen zur Finanzierung des entstehenden zusätzlichen Personalbedarfs.

2 Kurzfristig wirksame Strategien für eine verbesserte Personalausstattung

Im Gegensatz zur Akutpflege im Krankenhaus ist es in der stationären Langzeitversorgung in der Vergangenheit gelungen, einen Personalabbau bei den Pflegekräften zu verhindern. Es ist sogar zu einem moderaten Personalaufwuchs gekommen. Gleichzeitig haben sich jedoch die Anforderungen an die stationäre Pflege in Pflegeheimen in der jüngeren Vergangenheit massiv verschärft. Das gilt nicht nur für den rein quantitativen Anstieg der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen. Außerdem ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Pflegeheimen gestiegen, es sind die Verweildauern gesunken und zudem die Bedeutung von Behandlungspflege genauso gestiegen wie die Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt (Greß/Stegmüller 2016).

Die Zahl der Pflegebedürftigen mit stationärem Versorgungsbedarf wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten noch weiter deutlich zunehmen (Flake et al. 2018). Schon in der Vergangenheit konnte der bescheidene Personalaufwuchs in der stationären Altenpflege den gestiegenen Pflegebedarf nur teilweise kompensieren. Verschlechterte Betreuungsrelationen und eine moderat gesunkene Fachkraftquote weisen allerdings schon jetzt auf ansteigende Belastungen für die Beschäftigten sowie auf Gefahren für die Pflegequalität in Pflegeheimen hin. Ausdruck dieser Belastungen sind unter anderem eine hohe Fluktuationsrate, vorzeitiger Berufsausstieg sowie eine hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen von Beschäftigten in Pflegeheimen (Greß/Stegmüller 2016). Im Jahr 2016 haben die Beschäftigten in der Langzeitpflege nach Angaben der Bundesregierung zudem rund 9,5 Millionen Überstunden geleistet (Deutscher Bundestag 2018a).

Die aktuelle und anhaltend angespannte Situation der von den Beschäftigten subjektiv als zunehmend belastend empfundenen Arbeitsbedingungen sind in jüngeren Untersuchungen wiederholt und erneut gut und ausführlich dokumentiert. So sieht sich nach dem BKK Gesundheitsatlas 2017 mehr als jede fünfte in der Altenpflege beschäftigte Person sowohl in psychischer als auch in physischer Hinsicht durch die Arbeit gefährdet – ein alarmierender Wert, der fünfmal höher liegt als im Gesamtdurchschnitt der Beschäftigten insgesamt (Kliner et al. 2017). Die Beschäftigten in der Altenpflege sind nach dieser BKK-Umfrage darüber hinaus überdurchschnittlich länger und häufiger arbeitsunfähig und weisen überdurchschnittlich hohe Anteile mit schlechter Arbeitsfähigkeit auf. Dagegen ist die Bereitschaft der in der Altenpflege Beschäftigten, an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung teilzunehmen, mit 80 Prozent überdurchschnittlich hoch, sofern diese überhaupt angeboten werden. Dies ist, der Untersuchung zufolge, allerdings nur bei 43 Prozent der Befragten der Fall. Es gehört in den Verantwortungsbereich der Arbeitgeber, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bis hin zum systematischen Aufbau und der Erweiterung bestehender Elemente eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements auch in kleineren Betrieben zu initiieren bzw. zu erweitern. Dies könnte zu einer Entschärfung der angespannten Arbeitssituation der Beschäftigten beitragen (Kliner et al. 2017).

So zeigt beispielsweise eine aktuelle Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit zu den Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege, dass nahezu zwei Drittel der Beschäftigten eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem positiv bewerteten gesellschaftlichen Nutzen

ihrer Arbeit einerseits und der leistungsgerechten Entlohnung andererseits empfinden, 70 Prozent in der Altenpflege bzw. 80 Prozent in der Krankenpflege häufig oder oft gehetzt arbeiten und drei Viertel der Beschäftigten häufig schwer heben oder tragen müssen (DGB-Index Gute Arbeit 2018). Auch werden im Vergleich zu anderen Branchen von den Pflegekräften die emotionalen Anforderungen und der daraus resultierenden Belastungen als überproportional hoch empfunden. Der gravierendste Befund ist jedoch, dass 46 Prozent der Pflegenden in ihrer Selbsteinschätzung „sehr häufig“ oder „oft“ Abstriche bei der Qualität der Arbeit machen müssen, um das von ihnen erwartete Arbeitspensum schaffen zu können (DGB-Index Gute Arbeit 2018). Die nur geringfügigen Unterschiede zwischen der Alten- und Krankenpflege verweisen auf die in beiden Berufsgruppen auch im Vergleich zu anderen Beschäftigtengruppen höchst prekäre Situation in den Pflegeberufen insgesamt, die zum einen den engen Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen, der Personalausstattung und der Qualität der Pflege erneut ins Zentrum rücken. Zum anderen verweisen die Ergebnisse aber auch auf den ebenso engen Zusammenhang, der zwischen den vorherrschenden Arbeitsbedingungen und dem Verbleib im Beruf besteht: Nur 22 Prozent der Pflegebeschäftigten (23 Prozent in der Kranken-, 20 Prozent in der Altenpflege) antworteten auf die Frage zum Berufsverbleib bis zum gesetzlichen Rentenalter mit „Ja, wahrscheinlich“¹. Für alle Branchen bundesweit liegt der entsprechende Anteil bei 48 Prozent (DGB-Index Gute Arbeit 2018).

Zukünftig ist von einer Verschärfung dieser Situation auszugehen – bis zum Jahr 2030 ist nach einer von der Bertelsmann-Stiftung in Auftrag gegebenen Studie flächendeckend und bundesweit mit Personalengpässen in der Langzeitpflege zu rechnen. Besonders brisant stellt sich die Situation regional vor allem in den ostdeutschen Bundesländern dar, wonach ein sinkendes Angebot an Pflegekräften einer schnell steigenden Nachfrage nach professioneller Pflege gegenübersteht. Allerdings übersteigt auch in vielen Landkreisen Bayerns und Schleswig-Holsteins die hohe Nachfrage das Angebot an künftigem Pflegepersonal (Hackmann et al. 2016: 31).

Aus unserer Sicht stehen zwei zentrale Maßnahmen im Mittelpunkt von Strategien zur Bekämpfung des sich verschärfenden Fachkräftemangels in der Langzeitpflege (vgl. auch Greß/Jacobs 2016).

Erstens steigt die Attraktivität des Pflegeberufs in der Langzeitpflege durch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Allgemeinen und die Verbesserung der Personalausstattung im Besonderen. Die im Gesetz normierte Entwicklung und Erprobung von Personalstandards bis Mitte 2020 ist zwar langfristig sinnvoll und geboten. Jedoch bedarf es kurz- bis mittelfristig weiterer ergänzender Maßnahmen, um den Beschäftigten in der Langzeitpflege eine Perspektive in Richtung einer attraktiven und gesunden Ausübung ihres Berufes aufzuzeigen.

Zweitens ist eine zwingende Voraussetzung für die Bekämpfung des Fachkräftemangels die Verbesserung der – insbesondere im Vergleich zu Akutpflege – unattraktiven Vergütung in der Langzeitpflege. Auch hier gilt es, bereits kurz- bis mittelfristig geeignete Strategien zu entwickeln. Dabei gilt für beide Maßnahmen, dass eine finanzielle Überforderung der Pflegebedürftigen bzw. von deren Angehörigen zu vermeiden ist (Greß/Stegmüller 2017).

¹ Der Wortlaut der Frage war: „Meinen Sie, dass Sie unter den derzeitigen Anforderungen Ihre jetzige Tätigkeit bis zum gesetzlichen Rentenalter ohne Einschränkung ausüben könnten?“

In diesem Abschnitt werden daher kurzfristig wirksame Maßnahmen vorgestellt, um die Arbeitsbedingungen und die Vergütung in der Langzeitpflege zu verbessern. Die Notwendigkeit hierzu hat auch die Bundesregierung mittlerweile erkannt. Die Vereinbarungen im Koalitionsvertrag, die Regelungen im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und die Vorhaben im Rahmen der Konzertierte Aktion Pflege sollen ebenfalls die Personalsituation in der Langzeitpflege verbessern.

2.1 Kurzfristiges Maßnahmenprogramm zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Es ist grundsätzlich positiv zu bewerten, dass der Gesetzgeber im PSG II die Personalausstattung und damit die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege in den Blick genommen hat. Erste wirksame Schritte zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen müssen jedoch deutlich vor dem 30. Juni 2020 erfolgen. Diese Maßnahmen sind dringend und zeitnah notwendig, um ein gesellschaftspolitisches Signal zur Aufwertung des Pflegeberufs zu senden, die Arbeitsbedingungen für das in der Langzeitpflege beschäftigte Personal spürbar zu verbessern und Gefahren für die Pflegequalität abzuwenden. Die Koalition aus CDU/CSU und SPD hat diese Notwendigkeit sowohl im Koalitionsvertrag als auch im Entwurf zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz aufgegriffen. Außerdem soll eine Konzertierte Aktion Pflege bis zum Sommer 2019 weitere Schritte in fünf Handlungsfeldern entwickeln. Die geplanten Maßnahmen sind jedoch nicht ausreichend und sind zu ergänzen.

2.1.1 Koalitionsvertrag, Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und Konzertierte Aktion

Es ist unstrittig, dass die Stimmung bei den professionellen Pflegekräften derzeit außerordentlich schlecht ist. Dies äußert sich unter anderem darin, dass 91 Prozent der professionell Pflegenden einen geringen Stellenwert der Pflege in der Politik sehen. 80 Prozent der Pflegekräfte und 72 Prozent der Ärztinnen und Ärzte bewerten die Personalausstattung als unzureichend, während diese Einschätzung nur auf 45 Prozent der befragten Kostenträger zutrifft (Psyma 2018).

Zumindest die Wahrnehmung der Problematik bei den politischen Entscheidungsträgern scheint sich jedoch nach und nach zu verändern. So spielten die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege als eines der wenigen gesundheits- bzw. pflegepolitischen Themen im Bundestagswahlkampf 2017 überhaupt eine nennenswerte Rolle. Diese erhöhte Problemwahrnehmung findet ihren Niederschlag zunächst in vergleichsweise umfassenden Absichtserklärungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege im Koalitionsvertrag zwischen Union und SPD. Ziel der dort vereinbarten Vorschläge ist es, dass „ausreichend Menschen den Pflegeberuf ergreifen, beibehalten und damit die Versorgung sicherstellen“ (CDU et al. 2018: 96). Dieser Zielsetzung ist grundsätzlich zuzustimmen. Die dort vorgestellten konkreten Maßnahmen sind jedoch nur eingeschränkt dazu geeignet, die genannten Ziele zu erreichen.

Im Rahmen eines „Sofortprogramms Pflege“ sollen nach den Verabredungen im Koalitionsvertrag zunächst 8.000 neue Fachkraftstellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen geschaffen werden. Finanziert werden sollen diese zusätzlichen Stellen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung. Diesem Sofortprogramm sollen nach der Formulierung des Koalitionsvertrags weitere nicht spezifizierte Schritte folgen. In der öffentlichen Reaktion auf diese Passage des Koalitionsvertrags ist mit Recht darauf hingewiesen worden, dass die genannten 8.000 Stellen noch

nicht einmal eine zusätzliche Stelle in jeder der rund 13.000 stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland bedeuten. Fachlich lässt sich zudem nur eingeschränkt rechtfertigen, warum die zusätzlichen Stellen primär in der Behandlungspflege geschaffen werden sollen – schließlich gibt es auch in den Bereichen der Grund- und Betreuungspflege zusätzlichen fachlich-professionellen Personalbedarf. Hier scheint es eher um eine Begründung zu gehen, warum die Beitragszahler in der Krankenversicherung für die Finanzierung dieser Stellen aufkommen sollen.

Die öffentliche Kritik an den im Koalitionsvertrag angekündigten Maßnahmen hat dazu geführt, dass im vom Kabinett beschlossenen Entwurf des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (Stand 1. August 2018) die Anzahl der zusätzlich zu finanzierenden Stellen von 8.000 auf 13.000 erhöht wurde. Damit wird im Durchschnitt für jede der etwa 13.000 Pflegeeinrichtungen in Deutschland eine zusätzliche Stelle finanziert. Zur Finanzierung sollen die gesetzlichen Krankenkassen jährlich 640 Mio. Euro zahlen. Die private Pflegeversicherung wird anteilig pauschal mit 44 Mio. Euro zur Finanzierung herangezogen.

Voraussetzung für die Finanzierung in Form eines Vergütungsvorschlags ist, dass die Pflegeeinrichtung tatsächlich über Personal verfügt, das über das gemäß Pflegesatzvereinbarung vorzuhaltende Personal hinausgeht (Entwurf § 8 SGB XI, Abs. 6, S. 2). Es sollen – wie auch im Koalitionsvertrag vereinbart – im Grundsatz Fachkraftstellen gefördert werden. Im Gesetzentwurf ist jedoch auch eine Ausnahmeregelung vorgesehen. Weist demnach eine Pflegeeinrichtung nach, dass es ihr über einen Zeitraum von drei Monaten nicht gelungen ist, geeignete Fachkräfte einzustellen, kann sie den Vergütungszuschlag auch für Pflegehilfskräfte erhalten (Entwurf § 8 SGB XI, Abs. 6, S. 4). Als Nachweise für anhaltende Aktivitäten zur Besetzung der Stellen sind in der Gesetzesbegründung beispielhaft die Ausschreibung der Stellenanteile und die Meldung der Suche bei der Bundesagentur für Arbeit genannt. Zudem sind die Vorgaben des Heimrechts der Länder, insbesondere zur Fachkraftquote, zu beachten (Gesetzesbegründung, S. 109). Die Details der Antragstellung und die angesprochenen Nachweise für das Bemühen zur Besetzung der Stelle mit einer Pflegefachkraft legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen fest (Entwurf § 8 SGB XI, Abs. 6).

Neben den beschriebenen Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation in der stationären Langzeitpflege sollen im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie Investition in Digitalisierung gefördert werden. Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf wie Betreuungsangebote, Schulungen und Weiterbildungen sollen in den Jahren 2019 bis 2024 mit 100 Mio. Euro jährlich gefördert werden. Es handelt sich um eine Teilförderung, da nur bis zu 50 Prozent der verausgabten Mittel refinanziert werden. Der jährliche Förderzuschuss pro Pflegeeinrichtung ist zudem auf 7.500 Euro begrenzt (Entwurf § 8 SGB XI, Abs. 7).

In den Jahren 2019 bis 2021 sollen ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen darüber hinaus einen einmaligen Zuschuss für digitale Anwendungen zur Entlastung von Pflegekräften bekommen. Beispielfähig werden im Gesetzentwurf digitale Anwendungen genannt, die das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, die Zusammenarbeit von Ärzt*innen und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege betreffen. Auch hier handelt es sich um eine Teilförderung. Gefördert werden höchstens 40 Prozent der durch die Einrichtung veraus-

gabten Mittel. Maximal ist pro Pflegeeinrichtung ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12.000 Euro möglich (Entwurf § 8 SGB XI, Abs. 8).

Mangels eines wissenschaftlich fundierten und erprobten Instruments zur Personalbemessung ist unklar, wie hoch der zusätzliche Personalbedarf in stationären Pflegeeinrichtungen bundesweit derzeit ist.² Es ist in der Fachdiskussion allerdings unstrittig, dass der im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz angestrebte Personalaufwuchs bei weitem nicht ausreichen wird, um die steigenden Belastungen der Beschäftigten zu kompensieren und die Gefahren für die Pflegequalität für die Pflegebedürftigen abzuwenden. Zwar ist zu begrüßen, dass auch die Bundesregierung für die Einstellung zusätzlicher Fachkräfte plädiert. Zu kritisieren ist allerdings, dass die gesetzlichen Anforderungen an die Einstellungsbemühungen der Einrichtungen jedoch relativ niedrig sind. Aus gut belegten internationalen Erfahrungen ist bekannt, dass in solchen Situationen die Einrichtungen eher in Hilfs- als in Fachkräfte investieren. Das könnte zwar zur kurzfristigen Entlastung bereits eingestellter Pflegekräfte führen – positive Auswirkungen auf die Pflegequalität sind allerdings bei einer Einstellung von Hilfskräften eher nicht zu erwarten (Greß/Stegmüller 2016; Greß/Stegmüller 2018a).

Zudem werden die Einrichtungen nicht dazu verpflichtet, zusätzliches Personal einzustellen. Selbst eine Verpflichtung für die Länder, das vorgesehene freiwillige Antragsverfahren auf einen Vergütungszuschlag durch eine entsprechende Anpassung der länderspezifischen Rahmenverträge vorzunehmen, gibt es nicht. Darüber hinaus sind keinerlei Mechanismen vorgesehen, mit denen Heimaufsicht, Beschäftigte oder Pflegebedürftige selbst auf eine Aufstockung des Personals dringen können. Die vorgesehenen Förderungen von Investitionen für digitale Anwendungen zur Entlastung von Pflegebedürftigen sowie von Aktivitäten in die verbesserte Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf dürften im Hinblick auf die geringen Förderbeträge pro Einrichtung zudem lediglich symbolischen Charakter haben.

Die wenig konkreten Ausführungen im Koalitionsvertrag im Hinblick auf eine Konzertierte Aktion Pflege hat die Bundesregierung bisher nicht wesentlich konkretisieren können. In einer dreiseitigen Antwort auf eine kleine Anfrage der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wurden immerhin ein Zeitplan und die Handlungsfelder der Konzertierten Aktion Pflege benannt (Deutscher Bundestag 2018d). Danach sollen Ergebnisse in den folgenden Handlungsfeldern bis Mitte 2019 vorliegen:

- Ausbildung und Qualifizierung,
- Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung,
- Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung,
- Pflegekräfte aus dem Ausland,
- Entlohnungsbedingungen in der Pflege.

Die Überschriften für die fünf Handlungsfelder erscheinen zwar sinnvoll. Entscheidend wird allerdings sein, mit welchen konkreten Maßnahmen diese Handlungsfelder innerhalb des doch vergleichsweise langen Beratungszeitraums gefüllt werden sollen. Es ist außerdem unklar, was genau in diesem Zu-

² Für eine überschlägige Berechnung des Personalbedarfs vgl. Abschnitt 2.1.2.

sammenhang unter einer konzertierten Aktion zu verstehen ist. In der Vergangenheit war die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ein auf freiwilligen Vereinbarungen beruhendes Steuerungsinstrumentarium. Dieses Instrument sollte im Wesentlichen die Ausgaben im Gesundheitssystem begrenzen. Dieser Versuch einer „Steuerung über Konsens in korporatistischen Strukturen“ (Wasem/Greß 2005: 414) war weitgehend erfolglos und wurde spätestens Anfang der neunziger Jahre durch konkrete politische Vorgaben ersetzt. Es ist nicht zu erkennen, inwieweit eine konzertierte Aktion in der Pflege erfolgreicher sein sollte – schließlich sind die Interessen von Kostenträgern, Pflegeeinrichtungen und Beschäftigten keineswegs deckungsgleich und voraussetzungslos „konzertierbar“.

Nach den Ausführungen des Koalitionsvertrags sollen etwa im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege „verbindliche Personalbemessungsinstrumente, auch im Hinblick auf die Pflegesituation in der Nacht“ (CDU et al. 2018: 96) entwickelt werden. Derartige unkonkrete Formulierungen ohne jegliche Verbindlichkeit sind nach unserer Auffassung wenig dazu geeignet, die zwingend notwendigen Entwicklungsschritte einzuleiten und das Vertrauen der professionell Pflegenden in die Handlungsfähigkeit der Politik wiederherzustellen. Zudem findet sich ein Verweis auf Personalbemessungsinstrumente zumindest in den Überschriften der fünf Handlungsfelder, die im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege bearbeitet werden sollen, nicht wieder.

2.1.2 Kurzfristig notwendiges Maßnahmenpaket

Deutlich konkreter und zielführender als die von der Bundesregierung geplanten Maßnahmen sind zwei von der parlamentarischen Mehrheit von CDU/CSU und SPD abgelehnte Anträge der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein „Sofortprogramm für mehr Personal in der Altenpflege“ (Deutscher Bundestag 2018c) bzw. der Bundestagsfraktion DIE LINKEN für ein „Sofortprogramm gegen den Pflege-notstand in der Altenpflege“ (Deutscher Bundestag 2017a). Die Grünen fordern die Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte mit tarifgerechter Entlohnung aus den Mitteln des Pflegevorsorgefonds. Die zusätzlichen Pflegestellen sollen nach Anzahl der Pflegebedürftigen außerhalb des Pflegesatzverfahrens analog der Regelung zu § 43b SGB XI (zusätzliche Betreuungskräfte) finanziert werden (Deutscher Bundestag 2018c). Auch die Linken plädieren, zusätzliche Stellen aus den Mitteln des Pflegevorsorgefonds zu finanzieren, damit nicht die Pflegebedürftigen und deren Angehörige die zusätzlichen Ausgaben tragen müssen. Allerdings fordern die Linken bis zur Umsetzung eines wissenschaftlichen Verfahrens zur Personalbemessung einen Personalschlüssel von 1:2 im Tagdienst und von 1:20 im Nachtdienst als vorläufige Mindestpersonalbesetzung in stationären Pflegeeinrichtungen vorzugeben. Die Fachkraftquote von 50 Prozent ist demnach einzuhalten (Deutscher Bundestag 2018c).

In Tabelle 1 wird der zusätzliche Personalbedarf bei einer Umsetzung der Zielrelation von 1:2 überschlägig berechnet. Danach würden auf der Basis von Daten aus dem Jahr 2015 bundesweit etwa 67.000 Vollzeitstellen fehlen – davon die Hälfte Fachkraftstellen.³ Gemessen an der relativ großzügigen mone-

³ Aktuellere Daten aus der zweijährlich erhobenen Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts liegen nicht vor.

tären Bewertung von zusätzlichen Pflegestellen durch die Bundesregierung im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz ergäbe sich hieraus ein Finanzierungsbedarf von etwa 3,5 Mrd. Euro.⁴

Die Vorschläge der beiden Oppositionsfraktionen sind grundsätzlich positiv zu bewerten. Sie würden kurzfristig die Finanzierung zusätzlicher Stellen in nennenswertem Umfang ermöglichen, ohne dass die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörige zusätzlich finanziell belastet werden müssten. Dem Pflegevorsorgefonds werden im Jahr 2018 voraussichtlich etwa 1,4 Mrd. Euro zugeführt. Damit ließen sich allein mit dieser kurzfristig zu realisierenden, „beitragssatzneutralen“ Finanzierungsmaßnahme mindestens 26.000 Stellen dauerhaft finanzieren – doppelt so viele wie derzeit von der Bunderegierung geplant.

Tabelle 1: Personalbedarf stationäre Langzeitpflege bei Betreuungsrelation 1:2

Pflegebedürftige stationär	783.416
Personal für Pflege und Betreuung	324.419
Aktuelle durchschnittliche Betreuungsrelation	1:2,41
Personalbedarf bei einer Betreuungsrelation 1:2	391.708
Zusätzlicher Personalbedarf	67.290
Davon Fachkräfte	33.645

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis von Zahlen aus dem Jahr 2015 (Statistisches Bundesamt 2017). Alle Angaben zu Personalstellen in Vollzeitäquivalenten.

Die kurzfristige Deckung einer derartigen Nachfrage nach Arbeitskräften in der professionellen Pflege stellt zweifellos eine enorme Herausforderung für alle beteiligten Akteure dar. Schon aktuell übersteigt die Nachfrage das Arbeitskräfteangebot bei weitem (BA 2018). Doch schon alleine die Bereitschaft zur dauerhaften Finanzierung einer angemessenen Bezahlung von mindestens 26.000 Pflegekräften wäre ein wichtiges politisches Zeichen zur Aufwertung des Pflegeberufs.⁵ Darüber hinaus können die bereits genannten Verbesserungen der Arbeitsbedingungen wie auch derjenigen Rahmenbedingungen erreicht werden, unter denen eine individuelle Motivation zur Aufrechterhaltung bzw. Wiederaufnahme des Pflegeberufs gestärkt werden könnte. Dazu zählen beispielsweise solche Maßnahmen im Bereich der Reduktion der Teilzeitquote, des längeren Berufsverbleibs und der Kinderbetreuung in einrichtungseigenen Kitas. Richtig ist, dass auch diese Maßnahmen nur sukzessive umgesetzt werden können; sie sind allerdings aktuell zügig in Angriff zu nehmen. Dabei sind solche Initiativen dann besonders vielversprechend und erfolgreich, wenn sie den auf der betrieblichen Ebene in vielfältiger Hinsicht sichtbaren Handlungsbedarf (Anerkennung, Führung, Bezahlung, Arbeitsbedingungen, Work-Life-Balance, Qualifikation, personelle Ausstattung u.a.m.) systematisch und zielgerichtet aufgreifen. In den betrieblichen Verantwortungsbereich fällt dann allerdings auch, dass Arbeitgeber auf Maßnahmen verzichten, die

⁴ Die Bundesregierung kalkuliert mit Kosten von fast 53.000 Euro pro Stelle. Das durchschnittliche Gehalt einer Fachkraft in der Altenpflege liegt – selbst bei Berücksichtigung der vom Arbeitgeber zu tragenden Lohnzusatzkosten – deutlich darunter (vgl. Tabelle 2).

⁵ Zu Vorschlägen für eine Finanzierung des darüber hinausgehenden Finanzbedarfs für eine bedarfsgerechte Personalausstattung vgl. Abschnitt 3.3.

eine langfristige Bindung von Arbeitskräften verhindern – wie etwa den auch derzeit üblichen Einsatz von Leiharbeit und unfreiwillig befristet Beschäftigten.

Die Idee zur Umwidmung des Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds haben die Autoren bereits an anderer Stelle entwickelt (Greß/Stegmüller 2016; Greß/Stegmüller 2018a). Sie basiert auf verschiedenen Vorschlägen – unter anderem der Auftraggeberin dieses Gutachtens – die für den Pflegevorsorgefonds vorgesehenen Mittel besser in die Pflegeausbildung zu investieren. Bei dem Pflegevorsorgefonds handelt es sich um ein Sondervermögen, das mit 0,1 Beitragssatzpunkten (derzeit ca. 1,4 Mrd. Euro pro Jahr) der sozialen Pflegeversicherung gebildet wird. Mit den Mitteln des Fonds sollen künftige Beitragssatzsteigerungen nach dem Jahr 2035 abgemildert werden. Der Pflegevorsorgefonds ist jedoch viel zu klein, um den nach 2035 zu erwartenden Beitragsanstieg spürbar reduzieren zu können, insbesondere in Zeiten eines anhaltenden Niedrigzinsniveaus (Jacobs/Rothgang 2014). Zudem ist es deutlich sinnvoller, die im Fonds gesammelten Finanzmittel unmittelbar und kurzfristig in eine verbesserte Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen als in eine zweifelhafte Beitragssatzstabilisierung in den Jahren 2035 bis 2055 zu investieren. Nach den Ausführungen in einem Papier der wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestags könnte der Verwendungszweck der im Pflegevorsorgefonds angesparten und noch anzusparenden Mittel durch ein einfaches Bundesgesetz verändert werden (Deutscher Bundestag 2017b).

In den beiden genannten Sofortprogrammen werden unterschiedliche Ansätze zur Umsetzung gewählt. Die Linken legen konkrete Relationen aus Pflegekräften und Pflegebedürftigen im Tag- und im Nachtdienst fest. Diese liegen deutlich über den bisher verwendeten Richtwerten in den Bundesländern und würden daher bei vollständiger Implementierung die Personalausstattung deutlich verbessern. Problematisch ist grundsätzlich, dass die genannten Richtwerte keine empirische Fundierung in Deutschland haben. Das ist vor Abschluss der entsprechenden wissenschaftlichen Untersuchungen allerdings auch nicht zu erwarten. Die evidenzbasierten Empfehlungen der Hartford-Kommission sowie des Center of Medicare und Medicaid Services (CMS) in den USA liegen bei 1:1,8 bzw. bei 1:2 und damit nahe an den im Antrag der Linken gemachten Vorgaben. Die Erfahrungen aus den USA zeigen, dass sich positive Effekte auf die Pflegequalität allerdings nur dann ergeben, wenn eine ambitionierte Fachkraftquote eingehalten wird (Greß/Stegmüller 2016). Insofern sind die im Antrag der Linken genannten Relationen durchaus dazu geeignet, eine sinnvolle und zielkonforme Größe für die kurz- bis mittelfristige Verbesserung der Personalausstattung vorzugeben.

Der Vorschlag der Grünen verzichtet zwar auf eine konkrete Zielgröße, er benennt aber erstens mit dem § 43b SGB XI ein konkretes Instrument, mit dem zusätzliches Personal ohne finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen finanziert werden kann. Zweitens würden Pflegebedürftige bei einer gesetzlichen Umsetzung einer solchen Regelung einen gesetzlichen Anspruch auf zusätzliches Pflegepersonal erwerben. Insofern wäre es aus unserer Sicht sinnvoll, beide Ansätze zu kombinieren. Ein entsprechendes kurzfristig zu realisierendes Maßnahmenpaket zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch eine Erhöhung der Personalausstattung müsste daher aus den drei folgenden Komponenten bestehen:

1. Eine bundesweite Festlegung einer durchschnittlichen Relation aus Pflegekräften und Pflegebedürftigen von 1:2 im Tagdienst und 1:20 im Nachtdienst bei einer Fachkraftquote von 50 Prozent. Diese Regelung gilt bis zum 30. Juni 2020 bzw. bis zur Festlegung wissenschaftlich belegter Personalrichtwerte nach § 113c SGB XI.
2. Das zur Erreichung der oben genannten Relationen notwendige Personal wird zunächst aus den Mitteln des entsprechend umgewidmeten Pflegepersonalfonds finanziert. Dazu stehen derzeit 1,4 Mrd. Euro jährlich zur Verfügung. Allein aus diesem Pflegepersonalfonds lassen sich mindestens 26.000 Stellen finanzieren.
3. Die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen werden durch die Einstellung des zusätzlichen Personals nicht finanziell belastet und erwerben analog zum § 43b SGB XI einen gesetzlichen Anspruch auf eine verbesserte Personalausstattung.

2.2 Attraktivere Vergütung in der Langzeitpflege

In der öffentlichen Debatte um die Attraktivität des Pflegeberufs spielt mittlerweile auch die Vergütung der Pflegekräfte in der Langzeitpflege eine prominente Rolle. Forderungen nach einer verbesserten Vergütung finden sich auch im Koalitionsvertrag wieder. Demnach soll die Bezahlung nach Tarif in der Altenpflege gestärkt werden. Die Bundesregierung will dazu gemeinsam mit den Tarifparteien dafür sorgen, dass Tarifverträge flächendeckend zur Anwendung kommen. Für angemessene Löhne sollen die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen werden. Darüber hinaus soll die Pflegemindestlohn-Kommission „gebeten“ werden, sich zeitnah mit der Angleichung des Pflegemindestlohns in Ost und West zu befassen (CDU et al. 2018: 96). In diesem Abschnitt stellen wir zunächst den Hintergrund für die Forderungen nach einer deutlich verbesserten Vergütung für Pflegekräfte in der Langzeitpflege dar, bewerten politische Handlungsoptionen zur Erreichung dieses Ziels und analysieren abschließend den entstehenden Finanzierungsbedarf.

2.2.1 Vergütung von Pflegekräften in der Langzeitpflege

Der Hintergrund der Vereinbarungen im Koalitionsvertrag ist in Form aktueller Zahlen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (IAB) gut dokumentiert (vgl. Tabelle 2). Fachkräfte in der Altenpflege verdienen demnach im Jahr 2016 mit 2.621 Euro brutto 16 Prozent weniger als der Durchschnitt aller Beschäftigten in Deutschland. Die Bruttoentgelte in der Altenpflege sind zwischen 2012 und 2016 nur geringfügig stärker gestiegen als in der Krankenpflege sowie bei den Beschäftigten insgesamt. Die Differenz der Entlohnung zwischen Alten- und Krankenpflege hat sich dadurch nur marginal verringert. Hinzu kommen erhebliche regionale Unterschiede – vor allem zwischen West- und Ostdeutschland. So verdient eine Fachkraft in der Altenpflege in Mecklenburg-Vorpommern im Durchschnitt 2.798 Euro, im Saarland liegt die Vergütung für die gleiche Tätigkeit bei 3.476 Euro. Die Autoren des IAB schlussfolgern, dass der Lohn als „Instrument zur Motivation und längerfristigen Mitarbeiterbindung von erheblicher Bedeutung“ sei. Gerade im Bereich der Altenpflege bestehe hier „nach wie vor Verbesserungspotenzial“ (Seibert et al. 2018: 8).

Tabelle 2: Monatliche Bruttoentgelte von Pflegekräften in Euro

Berufsgruppe	2012	2016	Veränderung von 2012 auf 2016
Fachkräfte Krankenpflege	2.975	3.239	+8,9%
Fachkräfte Altenpflege	2.395	2.621	+9,4%
Helfer Krankenpflege	2.314	2.478	+7,1%
Helfer Altenpflege	1.707	1.870	+9,6%
Alle Beschäftigten	2.884	3.133	+8,6%

Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte (in Vollzeit, ohne Auszubildende) im Jahresdurchschnitt

Quelle: (Seibert et al. 2018).

Die Zahlen des IAB – insbesondere in der Entwicklung der Jahre 2012 bis 2016 – deuten darauf hin, dass die Vergütung in der Langzeitpflege zwar im Rahmen der allgemeinen Entwicklung der Löhne und Gehälter ansteigt. Dies ist schon als Erfolg für die Beschäftigten zu beurteilen, weil der gewerkschaftliche Organisationsgrad als Voraussetzung für kollektives Handeln in der Altenpflege außerordentlich gering ist (Schroeder 2017). Insofern kann diese Entwicklung als erstes Indiz für die zunehmende Knappheit an Pflegekräften interpretiert werden. Hinzu kommt eine Reihe von Tarifabschlüssen in den vergangenen Monaten, die vor allem in Ostdeutschland teils erhebliche Tarifsteigerungen für die Beschäftigten erreichen konnten.⁶ Nach Medienberichten hat sich als Konsequenz die durchschnittliche Vergütung für Fachkräfte in der Altenpflege alleine im Jahr 2017 um 4,7 Prozent erhöht, für Hilfskräfte in diesem Bereich lag der Anstieg mit 4 Prozent etwas niedriger. Das ist ein deutlich höherer Anstieg als in der Vergangenheit. Diese Entwicklung hat der Bundesarbeitgeberverband Privater Pflegeanbieter (BPA) als Beleg dafür bewertet, dass der Arbeitsmarkt auch ohne Lohnvorgaben der Politik funktioniere und hat sich gegen politische Interventionen zur Erhöhung des Vergütungsniveaus ausgesprochen.⁷ Letzteres ist nicht überraschend, da private Pflegeheimbetreiber einen geringeren Anteil der Einnahmen für Personal ausgeben und gleichzeitig eine höhere Gesamtkapitalrendite erzielen als öffentlich-rechtliche und freigemeinnützige Träger (vgl. Tabelle 3). Steigende Personalkosten als Konsequenz einer Tarifbindung schmälern daher die Profitabilität der Einrichtungen.

⁶ Für Schlagzeilen sorgte etwa ein Tarifabschluss von ver.di mit der Tarifgemeinschaft der AWO Brandenburg, der eine Vergütungserhöhung von bis zu 600 Euro monatlich für die Beschäftigten vorsah (vgl. Neues Deutschland vom 19.12.2017, S. 13: „Wenn das Pflegeheim zu teuer wird“).

⁷ Vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 11.08.2018, S. 17: „Gehälter von Altenpflegern steigen deutlich an.“

Tabelle 3: Personalkosten und Gesamtkapitalrendite nach Träger

Träger	öffentlich-rechtliche	frei-gemeinnützige	private
Personalkosten	62,0 %	61,7 %	50,0 %
Sachkosten	21,3 %	16,9 %	17,4 %
Jahresüberschuss nach Steuern	1,5 %	2,2 %	4,7 %

Quelle: (Heger et al. 2017). Der Anteil der Personalkosten bei den privaten Trägern ist nach Angaben der Autoren zumindest zum Teil deswegen so niedrig, weil ein Teil der Personalkosten (Küche, Wäscherei) extern vergeben und daher als Sachkosten verbucht wird.

Nichtsdestoweniger bedarf es auch nach unserer Einschätzung unterstützender Maßnahmen der Politik, um die Vergütung in der Langzeitpflege zeitnah und flächendeckend zu verbessern. Es wäre angesichts der Dringlichkeit wenig zielführend, wenn nicht gar fahrlässig, diese Aufgabe alleine dem individuellen Verhandlungsgeschick der Beschäftigten bzw. dem kollektiven Handeln der Tarifparteien zu überlassen. Die Handlungsfähigkeit der Tarifparteien ist nicht nur dadurch geschwächt, dass der Organisationsgrad auf Seite der Beschäftigten sehr niedrig ist. Auch auf Seiten der Arbeitgeber gibt es keinen handlungsfähigen Verbund. Die privaten, gemeinnützigen und kirchlichen Träger verfolgen jeweils eigenständige Interessen und weisen darüber hinaus auch sehr unterschiedliche Vergütungsstrukturen auf.

2.2.2 Handlungsoptionen

Zur Verbesserung der Vergütung in der Langzeitpflege werden aktuell vor allem drei Maßnahmen diskutiert – die politisch erklärte Allgemeinverbindlichkeit von Tarifverträgen, eine Rechtsverordnung im Rahmen des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes (AEntG) und die Erhöhung des Mindestlohns in der Pflege. Diese drei Maßnahmen werden im Hinblick auf ihre Praktikabilität und Durchsetzbarkeit geprüft.

Die politische Erklärung der Allgemeinverbindlichkeit von Tarifverträgen ist nicht voraussetzungslos. Die Allgemeinverbindlicherklärung ist nach § 5 Tarifvertragsgesetz in der Regel im öffentlichen Interesse geboten, wenn der Tarifvertrag in seinem Geltungsbereich für die Gestaltung der Arbeitsbedingungen überwiegende Bedeutung erlangt hat oder die Absicherung der Wirksamkeit der tarifvertraglichen Normsetzung gegen die Folgen wirtschaftlicher Fehlentwicklung eine Allgemeinverbindlicherklärung verlangt. Zudem müssen beide Tarifvertragsparteien eine Allgemeinverbindlichkeit beantragen.

Wesentliche Voraussetzung ist also erstens, dass es eine kritische Masse von Tarifverträgen gibt, die im öffentlichen Interesse für allgemeinverbindlich erklärt werden könnten. Hier besteht zunächst das Problem, einen entsprechenden Tarifvertrag in der Langzeitpflege zu identifizieren. Selbst wenn dies gelänge, so würden durch die Allgemeinverbindlichkeit eines Tarifvertrags solche individuellen oder kollektiven Gehaltsvereinbarungen unter Druck geraten, die oberhalb des für allgemeinverbindlich erklärten Tarifniveaus liegen.

Die zweite zentrale Voraussetzung besteht darin, dass auch auf Arbeitgeberseite die Bereitschaft erkennbar sein muss, die Allgemeinverbindlichkeit erstens zu beantragen und zweitens im zuständigen Tarifausschuss zuzustimmen. Zumindest bei den kirchlichen Organisationen und den freien Wohlfahrts-

verbändern scheint es für die Beantragung der Allgemeinverbindlichkeit eine gewisse Bereitschaft zu geben.⁸ Diese Bereitschaft ist jedoch bislang beim Arbeitgeberverband der privaten Einrichtungsträger nicht zu erkennen. Selbst wenn dieser – etwa aufgrund des politischen Drucks⁹ – seine Auffassung ändert, verhindert die Interessenlage der Arbeitgebervertreter in dem zuständigen Tarifausschuss eine Zustimmung zur Allgemeinverbindlichkeit von Tarifverträgen. Dies legen bisherige Erfahrungen nahe. So ist etwa eine Allgemeinverbindlichkeitserklärung eines Ausbildungstarifvertrags zwischen der Tarifgemeinschaft Pflege Bremen und der Gewerkschaft ver.di trotz politischer Unterstützung auf Landes- und Bundesebene am Widerstand der Arbeitgeber im Tarifausschuss gescheitert. In dem sechsköpfigen Tarifausschuss, paritätisch zusammengesetzt aus Arbeitnehmer- und branchenfremden Arbeitgebervertretern, hatte es eine Pattsituation gegeben. In diesem Fall darf das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMAS) – das in diesem Fall die Zuständigkeit an den Bremer Arbeitssenator delegiert hatte – aus rechtlichen Gründen eine Allgemeinverbindlichkeit nicht erklären.¹⁰ Dies ist erst nach Änderung des Tarifvertragsgesetzes möglich.

Hintergrund der ablehnenden Haltung der Arbeitgeber in den Tarifausschüssen sind nicht nur ideologische Vorbehalte oder, wie im Bremer Beispiel, der Druck der privaten Pflegeheimbetreiber. Die branchenfremden Arbeitgeber in den Tarifausschüssen sind zudem primär an einer Begrenzung der Lohnzusatzkosten und nicht an der Verbesserung der Personalsituation in der Langzeitpflege interessiert. Aus Sicht der Arbeitgeber besteht vor allem die Gefahr, dass steigende Tariflöhne mittels steigender Beitragssätze in der sozialen Pflegeversicherung – oder wie im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vorgesehen – durch die Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden müssten. In beiden Fällen müssten die Arbeitgeber im Rahmen der paritätischen Finanzierung die Hälfte des Ausgabenanstiegs finanzieren.

Etwas weniger voraussetzungsvoll als die politische Erklärung der Allgemeinverbindlichkeit von Tarifverträgen ist eine Rechtsverordnung des BMAS nach § 7a des AEntG auf Antrag der Parteien eines Tarifvertrags. Eine solche Rechtsverordnung kann das BMAS nach § 4 Abs. 2 AEntG erlassen, wenn die Erstreckung der Rechtsnormen des Tarifvertrages im öffentlichen Interesse geboten erscheint. Mit der Erstreckung der Inhalte eines Tarifvertrags soll insbesondere einem Verdrängungswettbewerb über die Lohnkosten entgegengewirkt werden. Nach § 7a Abs. 4 AEntG muss sich vor dem Erlass der entsprechenden Rechtsverordnung auch hier der Tarifausschuss mit dem Inhalt der Verordnung befassen. Es ist allerdings nicht zwingend die Zustimmung beider Tarifvertragsparteien notwendig. Die Verordnung kann durch das BMAS erlassen werden, wenn mindestens vier von sechs Mitgliedern dem Verordnungstext zustimmen. Im Unterschied zur Allgemeinverbindlichkeit ist der Antrag der Tarifparteien jedoch nicht endgültig gescheitert, wenn es zu einem Patt im Tarifausschuss kommt. Stimmen nur zwei oder drei Mitglieder zu, so kann die Verordnung dennoch durch die Bundesregierung erfolgen. Die Erstreckung eines Tarifvertrags gemäß AEntG benötigt somit auf der Arbeitgeberseite nur die Bereitschaft, ein ent-

⁸ Vgl. Frankfurter Rundschau von 28.02.2018, S. 14: „In der Pflege tut sich etwas.“

⁹ Vgl. dazu etwa die Äußerungen des Vorsitzenden der Christlich-Demokratischen-Arbeitnehmerschaft (CDA) Karl-Josef Laumann in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung vom 19.06.2018, S. 20: „Woran höhere Löhne in der Pflege bisher scheitern.“

¹⁰ Vgl. Pressemitteilung der Tarifgemeinschaft Pflege und ver.di vom 1.12.2015. Download unter https://www.dwol.de/meta_downloads/67473/tarifgemeinschaft-pflege-bremen.pdf am 19. September 2018.

sprechendes Verfahren durch die Antragstellung beim BMAS zu initiieren. Die branchenfremden Arbeitgeber im Tarifausschuss können zudem durch einen Kabinettsbeschluss der Bundesregierung überstimmt werden.

Die Untergrenze für die Vergütung in der Langzeitpflege wird durch den Pflegemindestlohn gesetzt, diese beträgt aktuell in Westdeutschland 10,55 Euro und in Ostdeutschland 10,05 Euro. Eine substantielle Erhöhung des Pflegemindestlohns wäre zumindest ein weiteres Instrument, um die Vergütung von Pflegehilfskräften deutlich zu verbessern – sie wäre aber ebenso auf die Zustimmung beider Tarifparteien in der paritätisch besetzten Mindestlohnkommission angewiesen. Zudem wäre erheblicher, vor allem ideologisch motivierter, Widerstand gegen diese staatliche Intervention in den Markt für Pflegedienstleistungen zu erwarten (Hages et al. 2017).

Aus den bisherigen Ausführungen ist deutlich geworden, dass die politischen Handlungsoptionen zur angekündigten Verbesserung der Vergütung in der Langzeitpflege begrenzt sind. Um den Widerstand insbesondere der branchenfremden Arbeitgeber zu überwinden, kann der Gesetzgeber erstens das Tarifvertragsgesetz ändern. Diese Maßnahme kann das Patt in den Tarifausschüssen überwinden, ist allerdings von verfassungsrechtlichen Unwägbarkeiten begleitet. Zweitens kann die Bundesregierung den Weg über das Arbeitnehmer-Entsendegesetz wählen und damit die Zustimmung der Arbeitgeber im Tarifausschuss ersetzen. Auch hier haben insbesondere die Träger der privaten Einrichtungen bereits politischen und rechtlichen Widerstand angekündigt. Weitere Voraussetzungen – etwa die Beantragung der Erstreckung eines Tarifvertrags – müssen ohnehin durch beiden Tarifvertragsparteien geschaffen werden. Insofern ist es auch nicht überraschend, dass die Bundesregierung in dieser Frage bisher keine Lösungen präsentieren konnte, die über die unverbindlichen Absichtserklärungen im Koalitionsvertrag hinausgehen.

2.2.3 Finanzielle Wirkungen

Eine verbesserte Vergütung für Pflegekräfte wird in der derzeitigen Systematik der Finanzierung von Pflegeleistungen sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Langzeitpflege ausschließlich von den Pflegebedürftigen, deren Angehörigen bzw. den Sozialhilfeträgern im Rahmen der Hilfe zur Pflege finanziert werden müssen. Diesen Effekt wollte der Gesetzgeber bei der Finanzierung der zusätzlichen 13.000 Stellen im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz offensichtlich verhindern und hat daher die Finanzierung der zusätzlichen Stellen durch die Krankenversicherung vorgesehen. Diese Finanzierungsoption steht allerdings nicht dauerhaft zur Verfügung.

Steigende Eigenanteile als Konsequenz einer verbesserten Vergütung sind insofern problematisch, als dass damit ein Keil zwischen den Interessen der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen auf der einen Seite und den Beschäftigten auf der anderen Seite getrieben würde. Zwar sollten zuallererst Pflegebedürftige und deren Angehörige ein hohes Interesse an einer adäquaten Personalausstattung in der Langzeitpflege haben. Pflegebedürftige und deren Angehörige haben jedoch primär ein hohes Interesse an den in Eigenanteilen ausgedrückten Preisen von Pflegeeinrichtungen. Das gilt zumindest solange, bis adäquate Qualitätsindikatoren als Vergleichsmaßstab zur Verfügung stehen (Greß 2018). Insofern sind Adjustierungen an der Finanzierungssystematik in der sozialen Pflegeversicherung dringend notwendig,

wenn das Vergütungsniveau in der Langzeitpflege ohne übermäßige zusätzliche Belastungen der Pflegebedürftigen angehoben werden soll (vgl. ausführlich Abschnitt 3.3).

Perspektivisch ist die Anhebung des Vergütungsniveaus der Langzeitpflege auf das Niveau der Krankenpflege anzustreben. Dieser Maßstab ergibt sich zum einen grundsätzlich und zum anderen neuerdings auch daraus, dass nach Implementierung des neuen Pflegeberufegesetzes die Ausbildung in den Pflegeberufen weitgehend angeglichen wird. Bei weiterbestehenden Vergütungsdifferenzen zwischen Kranken- und Langzeitpflege besteht verstärkt die Gefahr, dass die ausgebildeten Fachkräfte sich für die deutlich besser vergütete Krankenpflege entscheiden. Zudem wird sich der Druck auf die Gehälter in der Krankenpflege und den von den Krankenhäusern finanzierbaren Personalbedarf als Konsequenz der Maßnahmen im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz weiter verschärfen.¹¹ Eine Angleichung der Gehälter in der Langzeitpflege auf das Niveau der Krankenpflege ist wegen der hohen bestehenden Vergütungsdifferenz und der Vielzahl der betroffenen Beschäftigten nicht preiswert. Dadurch entsteht ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf von bis zu knapp 6 Mrd. Euro (Greß/Jacobs 2016; Greß/Stegmüller 2017).

Auch wenn eine solche Vergütungsangleichung nicht auf einen Schlag erfolgt, so ist den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen eine derartige finanzielle Zusatzbelastung nicht zuzumuten.¹² Allerdings ist die Pflegeversicherung generell so konstruiert, dass nur ein Teil des notwendigen Finanzierungsbedarfs von der Versichertengemeinschaft gedeckt wird. Die Vollfinanzierung des Finanzierungsbedarfs von 6 Mrd. Euro über erhöhte Leistungsansprüche in der Pflegeversicherung – was derzeit einer Beitragssatzerhöhung von knapp 0,5 Beitragssatzpunkten entsprechen würde – ist gleichbedeutend mit einem Paradigmenwechsel in dieser Finanzierungssystematik.

¹¹ Zu nennen sind hier insbesondere die Refinanzierbarkeit von Tarifabschlüssen und der Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus der Kalkulation der Fallpauschalen (Greß/Stegmüller 2018b).

¹² Vgl. etwa Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 01.02.2018, S. 18: „Heimbewohner werden zur Kasse gebeten.“

3 Rahmenbedingungen zur Etablierung bundeseinheitlicher Personalstandards

In diesem zweiten Teil des Gutachtens werden Antworten auf die Frage erarbeitet, welche institutionellen Voraussetzungen zur Umsetzung und Finanzierung bundeseinheitlicher Personalstandards in der Langzeitpflege realisiert werden müssen.

Bislang geht der Gesetzgeber von der Fiktion aus, dass der Bedarf an ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen in der Langzeitpflege durch den Steuerungsmechanismus Markt reguliert werden kann (Greß 2017). Diese Fiktion ist nicht aufrechtzuerhalten, da insbesondere Pflegebedürftige in ihrer Konsumentensouveränität massiv eingeschränkt und nicht regelhaft zu informierten Entscheidungen in der Lage sind. Auch der Einfluss der Kommunen, der in einigen Ländergesetzen zur Pflegeplanung normiert ist, ist im Wesentlichen auf eine Beratungsfunktion reduziert.

Der Gesetzgeber hat im PSG II in § 113c SGB XI die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen normiert. Dieses Anliegen wird mit sehr konkreten Zeitvorgaben sowie der Drohung einer Ersatzvornahme begleitet. Die wissenschaftliche Entwicklung des Verfahrens zur Personalbemessung wurde fristgerecht in Auftrag gegeben. Es gibt erfreulicherweise derzeit keine Anzeichen dafür, dass das Instrument nicht wie vorgesehen Mitte des Jahres 2020 entwickelt und erprobt sein wird.

Wir haben allerdings bereits an anderer Stelle darauf hingewiesen, dass Entwicklung und Erprobung nicht gleichbedeutend sind mit bundeseinheitlicher Implementierung und Finanzierung (Greß/Stegmüller 2016). Die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur Personalbemessung ist ohne Zweifel ein erheblicher Fortschritt. Es wird damit eine notwendige Bedingung auf dem Weg zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch das Vorhalten einer adäquaten Personalausstattung erfüllt. Die Erfüllung dieser Bedingung ist aber nicht hinreichend, um die Pflegekräfte nachhaltig zu entlasten und Gefahren für die Pflegequalität dauerhaft abzuwenden. Es fehlen bislang gesetzliche Regelungen zur Anwendung bzw. Implementierung eines noch zu entwickelnden Verfahrens zur Personalbemessung. Ohne solche Regelungen besteht aus unserer Sicht die ernstzunehmende Gefahr, dass das wissenschaftlich fundierte Instrument zur Personalbemessung in den bestehenden institutionellen Strukturen weitgehend wirkungslos bleiben würde.

Es sind daher Regelungen notwendig, die erstens eine bundesweit einheitliche Anwendung garantieren. Zweitens bedarf es Mechanismen, die ein wirkungsvolles Monitoring und im Bedarfsfall eine ebenso wirkungsvolle Sanktionierung sicherstellen. Außerdem bedarf es drittens Finanzierungsoptionen, die zum einen eine Finanzierung des notwendigen zusätzlichen Personals sicherstellen und zum anderen eine finanzielle Überforderung der Pflegebedürftigen bzw. deren Angehöriger in Gestalt von Erhöhungen der Eigenanteile vermeiden.

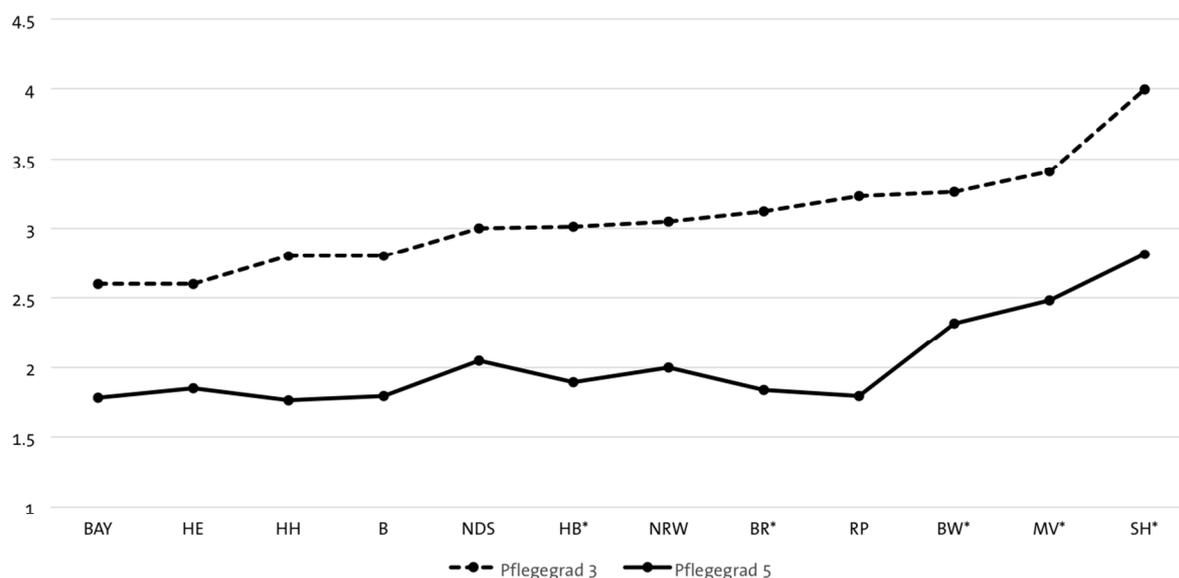
An dieser Stelle ist mit Nachdruck darauf hinzuweisen, dass der Gesetzgeber im Rahmen des § 113c SGB XI keinerlei Regelungen für die professionelle ambulante Langzeitpflege getroffen hat. Dies ist nicht nur deswegen problematisch, weil der Gesetzgeber auch schon im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz die Be-

schäftigten in der ambulanten Pflege vernachlässigt hat. Es besteht außerdem die Gefahr, dass bei einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der stationären Langzeitpflege das Personal in der professionellen ambulanten Langzeitpflege weiter ausgedünnt wird. Die negativen Auswirkungen einer unzureichenden Personalausstattung für die Beschäftigten und die Pflegebedürftigen werden damit aus der stationären Langzeitpflege auf die professionelle ambulante Langzeitpflege verlagert.

3.1 Bundesweite Implementierung

Die erste zentrale Rahmenbedingung für die Umsetzung der Personalstandards nach 113c SGB XI ist aus Sicht der Autoren deren bundesweite Implementierung. Die landesspezifischen Zuständigkeiten der Rahmenvertragspartner haben bislang zu einem „Flickenteppich“ unterschiedlicher Regelungen geführt. Daran hat sich auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nichts grundsätzlich geändert (vgl. Abbildung 1). Die Vertragspartner der Landesrahmenverträge auf Seiten der Kostenträger bzw. der Leistungserbringer haben weiterhin unterschiedlich hohe Personalrichtwerte vereinbart. Teilweise werden konkrete Betreuungsrelationen vereinbart, die beispielsweise beim Pflegegrad 3 zwischen 1:2,6 in Bayern sowie Hessen und 1:3,23 in Rheinland-Pfalz schwanken. In einigen Bundesländern wurden allerdings auch Korridore vereinbart, die entweder relativ eng sind wie in Bremen (1:2,95 bis 1:3,01 in Pflegegrad 3) oder außerordentlich weit gefasst sind wie in Schleswig-Holstein (1:3,277 bis 1:3,994 in Pflegegrad 3). Insgesamt zeigt sich, dass die vereinbarten Personalschlüssel in Bayern und Hessen deutlich besser sind als etwa in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein.

Es ist jedoch nicht ersichtlich, aus welchen inhaltlichen Gründen sich Vorgaben zur Personalbemessung in einzelnen Bundesländern unterscheiden sollten. Die unterschiedlichen Personalschlüssel sind genau wie die Entscheidung über feste Werte oder Korridore Ergebnisse von Verhandlungen der Rahmenvertragspartner. Über die Verhandlungsmotive bzw. Verhandlungsstrategien, die zu diesen Ergebnissen geführt haben, lässt sich nur spekulieren. Sachlich-fachliche Gründe für eine länderspezifisch unterschiedliche Personal- bzw. Betreuungsquote lassen sich nicht finden. Es ist vielmehr anzunehmen, dass die derzeitigen Unterschiede politische bzw. vor allem finanzielle Gründe haben. So führt eine vertraglich vereinbarte günstige Betreuungsrelation und die Vorhaltung des entsprechenden Personals zu höheren Kosten, die nicht nur höhere finanzielle Belastungen für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige nach sich ziehen. Belastet werden auch die kommunalen Sozialhilfeträger im Rahmen der Hilfe zur Pflege. Die von den Kostensteigerungen betroffenen Kommunen sitzen auf der Seite der Kostenträger mit am Verhandlungstisch und haben damit ein unmittelbares Verhandlungsinteresse an weniger großzügigen Betreuungsrelationen. Dennoch sind die Unterschiede in den Personalschlüsseln schon heute sachlich und fachlich nicht zu rechtfertigen. Sie haben zur Konsequenz, dass Pflegebedürftige in Bayern oder Hessen Anspruch auf deutlich mehr Personal haben als Pflegebedürftige in Schleswig-Holstein.

Abbildung 1: Aktuelle Personalrichtwerte in den Bundesländern (Pflegegrade 3 und 5)

Quelle: WippCARE, Karlsruhe. Download unter <https://www.michael-wipp.de/fachbeitraege/pflegekennzahlen> am 19. September 2018. Sachsen-Anhalt, Sachsen, Saarland und Thüringen sind nicht berücksichtigt. Hier liegen aktuell keine Personalrichtwerte nach Pflegegraden vor. In den mit einem Sternchen gekennzeichneten Bundesländern wurden Korridore vereinbart. In Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein sind diese Korridore relativ groß, in Bremen und Brandenburg eher klein. In der Abbildung ist jeweils die Mindestausstattung im Rahmen der Personalrichtwerte ausgewiesen.

Die angesprochenen Unterschiede lassen sich aber noch viel weniger rechtfertigen, wenn ab Mitte 2020 ein empirisch abgeleiteter Personalstandard verfügbar sein wird. Ohne ergänzende gesetzliche Regelungen wird sich an der jetzigen Situation in den Bundesländern auch nach 2020 nichts grundsätzlich ändern. Zwar wird die Lücke zwischen den in den Rahmenverträgen tatsächlich vereinbarten Betreuungsrelationen und der empirisch abgeleiteten notwendigen Betreuungsrelation transparent und offensichtlich werden. Die Rahmenvertragspartner sind auf Landesebene jedoch weiterhin nicht dazu verpflichtet, die empirisch abgeleiteten Betreuungsrelationen in den Rahmenverträgen zu verankern. Die Vertragspartner haben demzufolge keinerlei Veranlassung, von ihrer bisherigen Verhandlungspraxis abzuweichen. Das gilt insbesondere dann, wenn die Finanzierungsmechanismen in der sozialen Pflegeversicherung unverändert bleiben. Die Sozialhilfeträger werden weiterhin steigende Kosten zur Refinanzierung einer verbesserten Personalausstattung befürchten müssen.

Erfahrungen aus dem Ausland – insbesondere aus den USA – zeigen dann auch, dass die Lücke zwischen wissenschaftlich abgeleiteten Relationen und tatsächlich vorhandenen Betreuungsschlüsseln nur durch gesetzlich verordnete Vorgaben nachhaltig verringert werden kann. Dies ist zunächst Angelegenheit der Bundesländer. Es ist allerdings wenig gewonnen, wenn der Flickenteppich unterschiedlicher Personalschlüssel als Ergebnis von Verhandlungen der Rahmenvertragspartner durch einen Flickenteppich unterschiedlicher Personalschlüssel als Ergebnis der Gesetzgebung in 16 Bundesländern abgelöst wird.

Eine bundeseinheitliche Umsetzung der Personalstandards nach § 113c SGB XI, die ggf. auch sukzessive erfolgen kann, lässt sich mit überschaubarem bürokratischen Aufwand durch die Anwendung des § 83 SGB XI (Verordnung zur Regelung der Pflegevergütung) sicherstellen. Die Bundesregierung wird darin ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über „Maßstäbe

und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag (...) orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen“ zu erlassen (§ 83 SGB XI Abs. 1 S.4). Der Gesetzgeber hat außerdem klargestellt, dass nach Erlass einer solchen Rechtsverordnung Rahmenverträge und Schiedsstellenregelungen nach § 75 SGB XI zu den in der Verordnung erfassten Regelungsbereichen nicht mehr zulässig sind. Eine entsprechende Rechtsverordnung kann damit landesspezifische Vereinbarungen zur Normierung von Personalschlüsseln durch eine bundeseinheitliche Anwendung des wissenschaftlich abgeleiteten Standards ersetzen. Andere Regelungsbereiche in den Landesrahmenverträgen bleiben unberührt und damit weiter in der Zuständigkeit der Rahmenvertragspartner.

Voraussetzung für den Erlass einer solchen Verordnung ist jedoch der Wille des Verordnungsgebers und die Zustimmung zumindest der Stimmenmehrheit im Bundestag. Bislang hat die Bundesregierung von der Ermächtigung gemäß § 83 SGB XI alleine durch den Erlass der Pflege-Buchführungsverordnung Gebrauch gemacht. Regelungen zur personellen Ausstattung der Pflegeeinrichtungen werden bisher ausschließlich durch die Rahmenvertragspartner bzw. durch die zuständigen Schiedsstellen getroffen. Ein Abweichen von diesem Entwicklungspfad – das etwa im Rahmen der Konzertierte Aktion Pflege vereinbart werden könnte¹³ – würde ein außerordentlich wichtiges Signal an die Beschäftigten in der Langzeitpflege senden, die Attraktivität des Berufsfeldes deutlich steigern und dazu beitragen, Gefahren für die Pflegequalität dauerhaft abzuwenden.

3.2 Monitoring und Sanktionierung

Zur Implementierung bundesweiter empirisch abgeleiteter Personalschlüssel sind Rahmenbedingungen zu entwickeln, mit denen die Umsetzung wirkungsvoll überwacht und sanktioniert werden kann. In der derzeitigen Systematik sind das Monitoring und die mögliche Sanktionierung bei Nichteinhalten entsprechender Regelungen ausschließlich Sache der Rahmenvertragspartner selbst. Es ist allerdings schon heute außerordentlich intransparent, ob die in den Rahmenverträgen vereinbarten Personalschlüssel in den Einrichtungen eingehalten werden und welche Sanktionen bei Nichteinhaltung angewendet werden.

Die Informationen hierüber sind nicht nur für die Beschäftigten, sondern auch für die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen von größtem Interesse. Die Beschäftigten könnten bei einem Auseinanderdriften von vertraglich vereinbarten Personalschlüsseln und tatsächlich vorgehaltenem Pflegepersonal im Rahmen der betrieblichen Interessenvertretungen tätig werden. Dies setzt allerdings voraus, dass entsprechende Informationen – auch im Vergleich zu anderen Einrichtungen – tatsächlich verfügbar sind. Für die Pflegebedürftigen ist die Transparenz über die Personalausstattung ein wichtiger Indikator für die Struktur- und mittelbar auch für die Ergebnisqualität von Pflegeeinrichtungen. Diese Informationen liegen derzeit nicht vor, so dass die Wahlentscheidung der Pflegebedürftigen bzw. der Angehörigen überwiegend auf der Basis des zu finanzierenden Eigenanteils erfolgen muss (Greß 2018). In einem ersten Schritt ist daher die regelmäßige Veröffentlichung der tatsächlich vorgehaltenen Personalschlüssel

¹³ An der Konzertierte Aktion Pflege sind auch die Bundesländer und die kommunalen Spitzenverbände beteiligt (Deutscher Bundestag 2018d).

in den Einrichtungen und ggf. deren Abweichung von den vertraglich vereinbarten bzw. durch die Bundesregierung verordneten Personalschlüssel (vgl. Abschnitt 3.1) zu fordern.

Die erhöhte Transparenz über das tatsächlich vorgehaltene Personal ist jedoch nur eine notwendige und keine hinreichende Bedingung für die Umsetzung wissenschaftlich abgeleiteter Personalstandards. Notwendig ist weiterhin glaubwürdiges Sanktionieren bei dauerhaften Abweichungen von den vereinbarten bzw. verordneten Personalschlüsseln. In der derzeitigen Systematik ist dies zunächst Aufgabe der Rahmenvertragspartner. Aus unserer Sicht ist dies wegen der widerstreitenden Interessen von Pflegekassen, Sozialhilfeträgern und Einrichtungsträgern kein dauerhaft tragfähiges Modell. Es besteht etwa die Gefahr, dass Sanktionierungen durch den Widerstand der Einrichtungen mindestens verzögert – wenn nicht vollständig verhindert werden. Auch die Kostenträger haben nicht zwingend ein Interesse an personell gut ausgestatteten und damit aufwändig zu finanzierenden Pflegeeinrichtungen. Das gilt insbesondere für die Sozialhilfeträger und in eingeschränktem Ausmaß auch für die Pflegekassen.¹⁴ Es ist daher äußerst zweifelhaft, ob die Rahmenvertragspartner die Interessen der primär Betroffenen, die in den Pflegeberufen Beschäftigten und die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen, repräsentieren können.

Insofern gibt es gute Argumente dafür, das Monitoring und vor allem das Sanktionieren abweichender Personalschlüssel nicht als Verhandlungsgegenstand zwischen den Rahmenvertragspartnern, sondern als Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu begreifen. Zuständig sind dann nicht die Vertragspartner, sondern die Bundesländer. Diese Aufgabe können die Bundesländer im Sinne einer echten Kommunalisierung, eine mit eigenen politischen Entscheidungsrechten verbundene Aufgabenverlagerung, an die Kommunen übertragen (Brüker et al. 2017). Es ist dann allerdings auch von den Ländern sicherzustellen, dass die Kommunen diese zusätzlichen Aufgaben auch erfüllen können. Voraussetzung hierfür ist eine adäquate personelle und finanzielle Ausstattung.

Dabei ist außerdem zu berücksichtigen, dass die Kommunen als Sozialhilfeträger ein hohes Interesse an Kostendämpfung in der Langzeitpflege haben. Damit muss eine verbesserte Personalausstattung von kommunalen Entscheidungsträgern als aus deren Sicht durchaus ambivalent bewertet werden. Insofern besteht eine weitere Voraussetzung für die angesprochene echte Kommunalisierung darin, dass die finanziellen Interessen der Kommunen in diesem Zusammenhang neutralisiert werden. Dies könnte etwa dadurch geschehen, dass die Höhe der Eigenanteile gedeckelt wird (vgl. Abschnitt 3.3).

Perspektivisch sind die Bundesländer bzw. die Kommunen dann in der Pflicht, eine verbindliche öffentliche Pflegebedarfsplanung als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu entwickeln. Diese hat primär die Aufgabe, die durch das Marktprinzip in der Leistungserbringung der Pflegeversicherung entstandene Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen (Brüker et al. 2017). Bestandteil dieser Bedarfsplanung können aber auch Überwachungs- und verbindliche Sanktionsmechanismen bei Nichteinhaltung von Personalstandards sowie die klare Zuschreibung von Verantwortlichkeiten für die Umsetzung dieser Mechanismen sein. Die Entwicklung eines entsprechenden Instrumentariums kann sich an bereits be-

¹⁴ Im Gegensatz zur Krankenversicherung stehen die Pflegekassen nicht im Wettbewerb miteinander. Ausgabenzuwächse treffen durch den Ausgabenausgleich alle Pflegekassen gleichermaßen und müssen früher oder später durch Beitragssatzerhöhungen aufgefangen werden. Beitragssatzerhöhungen in der Pflegeversicherung haben in der Gesellschaft darüber hinaus eine höhere Akzeptanz als Beitragssatzerhöhungen in der Krankenversicherung.

stehenden rudimentären Instrumenten in einzelnen Bundesländern bzw. Kommunen sowie den Regularien und den gewonnenen Erfahrungen im Bereich der Krankenhausplanung orientieren. Dies bedeutet in der Konsequenz, dass Einrichtungen mit dauerhaft niedrigen Personalschlüsseln von Sanktionierungen bedroht sind, die von einer Kürzung der Vergütung bis hin zur vorübergehenden oder auch dauerhaften Schließung reichen.

3.3 Finanzierung der zusätzlichen Personalausstattung

Die dritte entscheidende Rahmenbedingung für die Umsetzung bundeseinheitlicher Personalstandards betrifft die Finanzierung der notwendigen zusätzlichen Personalausstattung. Es ist zwar derzeit unklar, welcher zusätzliche Finanzierungsbedarf sich ab Mitte des Jahres 2020 aus der Implementierung der Personalstandards nach § 113c SGB V ergeben wird. Mit Sicherheit werden jedoch Ad-hoc-Finanzierungsmaßnahmen wie die im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vorgesehene Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenversicherung oder die in diesem Gutachten vorgeschlagene Umwandlung des Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds hierfür nicht ausreichen. Nach Ausschöpfung dieser Finanzierungsoptionen hätte die Einstellung zusätzlichen Personals, und auch die oben diskutierte verbesserte Vergütung der Pflegekräfte, unter den obwaltenden Bedingungen eine zusätzliche finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen in Form höherer Eigenanteile zur Folge. Gleichzeitig wäre ein höherer Anteil der Pflegebedürftigen auf Hilfe zur Pflege angewiesen, womit auch die Sozialhilfeträger zusätzliche Aufwendungen finanzieren müssten. Die Finanzierungsfunktion der Pflegeversicherung würde damit weiter ausgehöhlt werden.

3.3.1 Entwicklung der Eigenanteile

Seit 2017 ist der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) unabhängig vom jeweiligen Pflegegrad. Im Bundesdurchschnitt lag dieser Eigenanteil im Jahr 2017 bei 587 Euro. Tabelle 4 zeigt, dass es erhebliche regionale Schwankungen innerhalb der Bundesländer gibt. In Thüringen und Schleswig-Holstein müssen Pflegebedürftige im Durchschnitt weniger als 300 Euro im Monat aufbringen. In Berlin und im Saarland liegt der entsprechende Betrag bei fast 900 Euro. Ursache dieser regionalen Schwankungen sind primär die unterschiedliche Personalausstattung (vgl. Abbildung 1) und Unterschiede in der Vergütung des eingestellten Personals (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 4: Eigenanteile in Pflegeeinrichtungen pro Monat im Jahr 2017

Bundesland	EEE (einrichtungseinheitlicher Eigenanteil)	Unterkunft und Verpflegung	Investitionen	Gesamt
Baden-Württemberg	778	746	334	1.858
Bayern	725	621	364	1.713
Berlin	863	576	362	1.802
Brandenburg	503	567	302	1.381
Bremen	474	727	525	1.725
Hamburg	612	743	496	1.850
Hessen	592	624	467	1.684
Mecklenburg-Vorpommern	306	536	300	1.142
Nordrhein-Westfalen	766	967	520	2.252
Niedersachsen	352	561	408	1.321
Rheinland-Pfalz	669	815	411	1.895
Saarland	869	819	506	2.194
Sachsen	313	531	288	1.131
Sachsen-Anhalt	303	531	273	1.107
Schleswig-Holstein	293	681	466	1.439
Thüringen	234	684	289	1.206
Bundesdurchschnitt	587	703	401	1.691

Quelle: (Rothgang 2018: 3).

Die Pflegebedürftigen müssen jedoch noch weitere Eigenanteile aufbringen. Zu den einrichtungsbezogenen Eigenanteilen kommen Eigenanteile für Unterkunft und Verpflegung sowie für den Pflegebedürftigen in Rechnung gestellte Investitionskosten. Auch bei diesen Komponenten gibt es regionale Schwankungen. Die Höhe des Eigenanteils für Investitionskosten wird vor allem durch die Höhe der Investitionen in den jeweiligen Bundesländern determiniert. Je höher der jeweilige Eigenanteil für Investitionskosten ausfällt, desto niedriger ist die Investitionsbereitschaft in den Bundesländern. In der Summe schwankt die Höhe der Eigenanteile insgesamt zwischen durchschnittlich 1.100 Euro in Sachsen-Anhalt und etwa 2.250 Euro in Nordrhein-Westfalen. Der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege liegt stabil bei etwa einem Drittel. Das ist zwar deutlich niedriger als die 80 Prozent vor Einführung der Pflegeversicherung, verfehlt aber die bei der Einführung anvisierte Zielquote von 20 Prozent deutlich (Rothgang 2018:8).

Im Weiteren ist ausschließlich der einrichtungseinheitliche Eigenanteil Gegenstand der Analyse. Zwar wird auch der Eigenanteil für Investitionen kontrovers diskutiert, weil Einsparungen bei der Sozialhilfe als Konsequenz der Einführung der Pflegeversicherung für die Investitionsförderung hätten verwendet werden sollen, dies aber nur sehr unvollständig und heterogen von den Ländern umgesetzt worden ist (Rothgang 2018). Steigende Ausgaben für Personal in den Pflegeeinrichtungen würden sich jedoch ausschließlich in den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen bemerkbar machen.

Dieser Eigenanteil ist schon in der Vergangenheit stark angestiegen. Er lag bei Einführung der Pflegeversicherung zunächst sehr niedrig – im Durchschnitt über alle Pflegestufen hatten etwa Pflegebedürftige im Rheinland im Jahr 1996 einen Eigenanteil an der Pflegevergütung von 77 Euro. Unmittelbar nach Einführung der Pflegeversicherung war damit die von den Pflegekassen finanzierte Pflegevergütung weitgehend kostendeckend. Der Eigenanteil an der Pflegevergütung ist im Anschluss kontinuierlich auf 602 Euro im Jahr 2015 angestiegen (Rothgang 2018).

Hintergrund dieser Entwicklung ist die Tatsache, dass die Leistungen in der Pflegeversicherung nicht regelmäßig dynamisiert wurden. Erst mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist der Eigenanteil auf 587 Euro geringfügig gesunken. Bis dahin hat der Gesetzgeber lediglich für die Pflegestufe III in den Jahren 2008, 2010 und 2012 eine Anpassung des Leistungsanspruchs vorgenommen. Zukünftig soll die Bundesregierung ab 2020 gemäß § 30 Abs. 1 SGB XI S.1 alle drei Jahre die Notwendigkeit und Höhe einer Leistungsdynamisierung prüfen. Der Anstieg der Leistungsbeträge darf allerdings nach § 30 Abs. 1 SGB XI S.2 nicht höher ausfallen als die allgemeine Bruttolohnentwicklung der letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahre.

Eine Leistungsdynamisierung erfolgt damit um drei Jahre verzögert. Zudem würde bei einem politisch durchaus beabsichtigten Anstieg der Gehälter in der Pflegebranche oberhalb der allgemeinen Lohnentwicklung die Höhe der Eigenanteile trotz Leistungsdynamisierung weiter steigen. In der Konsequenz würde die Leistungsdynamisierung zu einer „politischen Dauerbaustelle“ (Rothgang 2018: 13). Grundsätzlich wäre es zwar möglich, durch entsprechende Änderungen in der Formulierung des § 30 Abs. 1 SGB XI die Leistungen in kürzeren Abständen zu dynamisieren und eine vollständige Anpassung der Leistungshöhen an Tarifsteigerungen und zusätzlich eingestelltes Personal zu ermöglichen. Sinnvoller wäre es jedoch, die Begrenzung der Eigenanteile durch eine grundsätzliche Reform der Finanzierungslogik zu erreichen.

3.3.2 Deckelung der Eigenanteile

In der derzeitigen Finanzierungslogik führen steigende Personalkosten in der Langzeitpflege zu steigenden einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen für die Pflegebedürftigen und steigenden finanziellen Belastungen für die Sozialhilfeträger. In der Konsequenz wird damit ein Keil zwischen den legitimen Interessen der Beschäftigten an einer adäquaten Personalausstattung und einer leistungsgerechten Bezahlung und den ebenso legitimen Interessen der Pflegebedürftigen am Schutz vor finanzieller Überlastung getrieben. Eine Umkehrung der Finanzierungslogik kann dies verhindern. Diese Umkehrung besteht darin, dass die Höhe der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile festgeschrieben wird. Steigerungen der Personalkosten werden somit nicht von den Pflegebedürftigen bzw. den Sozialhilfeträgern, sondern von der Versichertengemeinschaft getragen. Eine weitere Aushöhlung der finanziellen Schutzfunktion der Pflegeversicherung wird verhindert.¹⁵ Die Finanzierung zusätzlichen Personals erfolgt durch die Solidargemeinschaft der Beitragszahler in der Pflegeversicherung.

¹⁵ Diese Forderung wurde bereits vereinzelt in der Politik von der SPD (vgl. Hamburger Abendblatt vom 27. August 2018, S. 9: „Gesundheitssenatorin will Bürger bei Pflegekosten entlasten“) und der Bundestagsfraktion DIE LINKE (Deutscher Bundestag 2018b) sowie in der Wissenschaft (Rothgang 2018; Rothgang/Kalwitzki 2017) erhoben.

Das Ausmaß des Finanzierungseffekts zu Lasten der Beitragszahler und zu Gunsten der Pflegebedürftigen hängt von der Ausgestaltung und den Details der Deckelung des Eigenanteils ab. Zunächst ist politisch zu entscheiden, auf welchem Niveau der einrichtungseinheitliche Eigenanteil festgeschrieben wird. Wie oben gezeigt, ist die regionale Variation der Eigenanteile sehr hoch. Eine bundesweite Festschreibung etwa auf dem Niveau des Saarlands, Berlins oder Baden-Württembergs wird dazu führen, dass die angestrebte Umkehrung der Finanzierungslogik in Ländern mit niedrigen Eigenanteilen wie Thüringen oder Schleswig-Holstein auf absehbare Zeit nicht greifen kann. Gerade in diesen Ländern ist jedoch der Nachholbedarf im Hinblick auf eine adäquate Personalausstattung bzw. leistungsgerechte Entlohnung besonders hoch. Dieser Nachholbedarf ist jedoch bis zur Erreichung des festgeschriebenen bundeseinheitlichen Eigenanteils auf hohem Niveau schwer zu realisieren. Diese Einschränkung gilt ebenfalls, wenn der Eigenanteil auf dem bundesdurchschnittlichen Niveau von rund 600 Euro pro Monat gedeckelt wird. Selbst dann bleibt eine Reihe von Ländern für längere Zeit unter diesem Niveau.

Der oben beschriebene Nachteil entfällt, wenn die derzeit gezahlten Eigenanteile einfach eingefroren werden. Steigende Eigenanteile aufgrund steigender Personalkosten sind dann ausgeschlossen. Eine solche Regelung hat jedoch den Nachteil, dass Pflegebedürftige in Bundesländern mit vergleichsweise guter Personalausstattung und überdurchschnittlicher Vergütung dauerhaft höher belastet werden als Pflegebedürftige in Bundesländern mit Nachholbedarf in einer oder in beiden der genannten Dimensionen.

Aus unserer Sicht sollte daher der einrichtungseinheitliche Eigenanteil auf niedrigem Niveau gedeckelt werden. Ein bundeseinheitlicher Eigenanteil in Höhe von rund 300 Euro hat die erwünschten finanziellen Steuerungswirkungen und entlastet gleichzeitig die Pflegebedürftigen in den Bundesländern in überdurchschnittlichem Ausmaß, in denen heute schon überdurchschnittlich viel in Personal investiert wird.

Eine Deckelung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils führt im derzeitigen Finanzierungssystem zwangsläufig zu einer zusätzlichen Belastung der Beitragszahler in der Pflegeversicherung. Bei einer Festschreibung der Eigenanteile auf hohem Niveau entsteht diese Belastung erst in der Zukunft bei steigenden Personalkosten. Anders ist dies bei einer Deckelung der Eigenanteile auf niedrigem Niveau. In dieser Variante kommt es unmittelbar zu einer Belastung der Versichertengemeinschaft. Das Ausmaß der Belastung ist abhängig von der Höhe des gedeckelten Eigenanteils. Im Extremfall – bei einem festgeschriebenen Eigenanteil von null Euro – erhöht sich der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung um 0,7 Beitragssatzpunkte (Rothgang 2018).

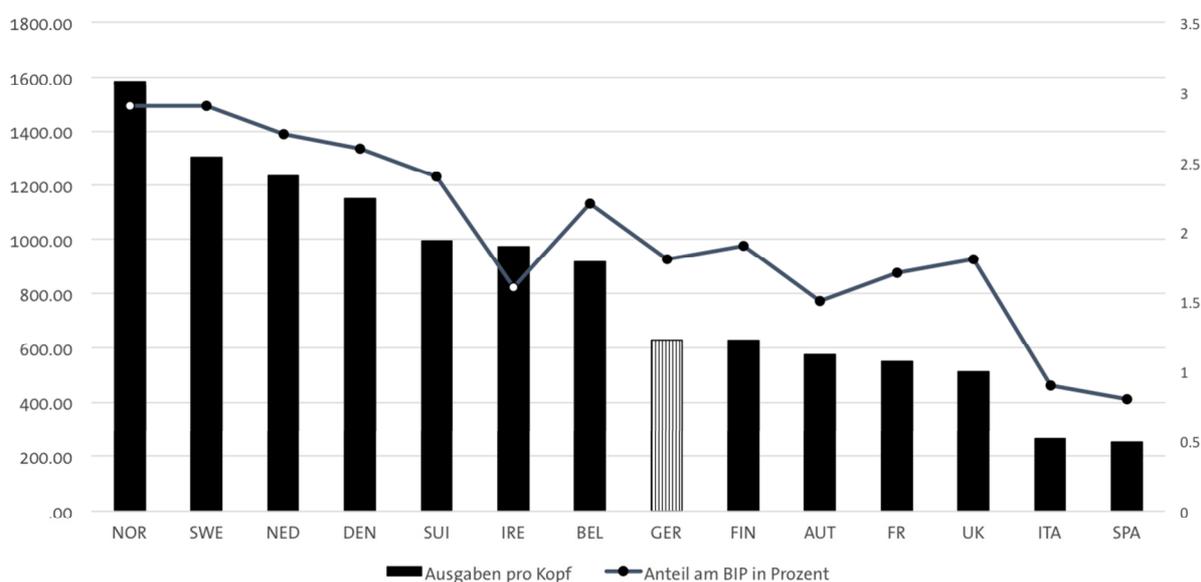
Eine Belastung der Beitragszahler lässt sich dadurch rechtfertigen, dass hiermit zumindest ein Teil der ursprünglich angestrebten Schutzfunktion der Pflegeversicherung vor Überforderung bei der Finanzierung der Pflegekosten wiederhergestellt wird. Es verbleiben allerdings die weiterhin substanziellen Eigenanteile für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionskosten. Es ist nicht zu erkennen, dass das Festschreiben bzw. Abschmelzen der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile negative Anreizwirkungen bei den Akteuren zur Folge haben wird. Schließlich sind die Personalkosten nach oben durch Tarifabschlüsse und die Implementierung der bundeseinheitlichen Personalstandards begrenzt. Es ist aus Sicht der Autoren eher von Vorteil, dass die veränderte Finanzierungslogik die verzerrten Preissignale für die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörige korrigieren (Greß 2018). Es ist dann nicht mehr möglich,

das Einrichtungen aufgrund einer verringerten Personalausstattung bzw. niedriger Vergütungen niedrigere einrichtungseinheitliche Eigenanteile ausweisen können und damit preislich attraktiver für die Pflegebedürftigen sind. Im Idealfall, und beim Vorliegen entsprechender Informationen, können die Pflegebedürftigen ihre Wahlentscheidungen dann eher an Qualitätsindikatoren orientieren. Zu diesen Indikatoren zählt nicht zuletzt die Personalausstattung.

3.3.3 Pflegebürgerversicherung

Es ist deutlich geworden, dass eine leistungsgerechte Bezahlung der Pflegekräfte und eine adäquate Personalausstattung zu einem erheblichen Finanzierungsbedarf führen, der durch Ad-hoc-Maßnahmen nicht dauerhaft finanziert werden kann. Die vom Gesetzgeber im Rahmen des Pflegeversicherungsbeitragsatzanpassungsgesetzes 2019 (BSAG) geplante Anhebung des Beitragssatzes um 0,5 Beitragssatzpunkte kann nur kurzfristig Entlastung schaffen. Die im Referentenwurf des BSAG versprochene Beitragssatzstabilität in der sozialen Pflegeversicherung wird sich demzufolge nicht realisieren lassen. Der sich abzeichnende Finanzierungsbedarf ist insofern nicht überraschend, als dass in Deutschland vergleichsweise wenig kollektiv finanzierte Mittel für die Langzeitversorgung aufgewandt werden. Zahlen der OECD zeigen, dass die aus Beiträgen und Steuern finanzierten Ausgaben in Deutschland im internationalen Vergleich relativ niedrig liegen (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Finanzierung von Langzeitpflege im internationalen Vergleich



Quelle: OECD Health Data. Alle Angaben in Ausgaben für Pflichtversicherungsbeiträge bzw. Steuern im Jahr 2016. Ausgaben pro Kopf in US-Dollar, umgerechnet in Kaufkraftparitäten.

Gemessen sowohl pro Kopf der Bevölkerung als auch gemessen als Anteil am Bruttoinlandsprodukt wenden steuerfinanzierte Länder wie Norwegen, Schweden und Dänemark deutlich mehr Steuern und Beiträge für die Langzeitpflege auf als Deutschland. Aber auch in dem überwiegend aus Sozialversicherungsbeiträgen finanzierten System der Niederlande liegen die kollektiv finanzierten Ausgaben pro Kopf der Bevölkerung etwa doppelt so hoch wie in Deutschland. Dies ist nicht nur eine Konsequenz des Teil-

leistungscharakters der Pflegeversicherung in Deutschland, sondern auch eine Auswirkung der unzureichenden Personalausstattung und der nicht leistungsgerechten Vergütung.

Zur Finanzierung der sich abzeichnenden Ausgaben für eine verbesserte Personalausstattung in der Langzeitpflege und der notwendigen zusätzlichen Ausgaben für eine leistungsgerechte Vergütung ist mittelfristig eine Grundsatzentscheidung über die langfristige Finanzierung der Pflegeversicherung in Deutschland unabdingbar. Weitere Zusatzbelastungen der Beitragszahler in Folge steigender Leistungsansprüche lassen sich nachhaltig nur dann finanzieren, wenn die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung auf eine breitere Grundlage gestellt wird. Die strukturelle Einnahmeschwäche in der gesetzlichen Krankenversicherung und die übermäßige Belastung kleiner und mittlerer Einkommen gelten in gleicher Art und Weise auch in der sozialen Pflegeversicherung. In diesem Zusammenhang ist insbesondere ein Finanzierungsbeitrag der privaten Pflegepflichtversicherung bzw. ihrer Versicherten als notwendig und sachgerecht anzusehen (Rothgang 2010).

Letztlich führt jedoch kein Weg an einer langfristigen Etablierung einer Pflegebürgerversicherung vorbei, um eine bessere Ausstattung der solidarischen und bedarfsgerechten Absicherung des Pflegebedürftigkeitsrisikos zu gewährleisten (Greß/Jacobs 2016). Eine Bürgerversicherung zur Finanzierung der Langzeitpflege ließe sich einfacher durchsetzen als eine Bürgerversicherung zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung. Die interessengeleiteten Widerstände wären ungleich geringer zu veranschlagen: In der Pflegepflichtversicherung bestehen weitgehend einheitliche Leistungsansprüche, zudem ist ein massiver Widerstand der organisierten Ärzteschaft eher nicht zu erwarten. Die Existenz der privaten Krankenversicherer ist außerdem nicht unmittelbar bedroht.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Aktuelle Personalrichtwerte in den Bundesländern (Pflegegrade 3 und 5)	26
Abbildung 2:	Finanzierung von Langzeitpflege im internationalen Vergleich	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Personalbedarf stationäre Langzeitpflege bei Betreuungsrelation 1:2.....	16
Tabelle 2:	Monatliche Bruttoentgelte von Pflegekräften in Euro.....	19
Tabelle 3:	Personalkosten und Gesamtkapitalrendite nach Träger.....	20
Tabelle 4:	Eigenanteile in Pflegeeinrichtungen pro Monat im Jahr 2017.....	30

Literaturverzeichnis

- BA (2018). Fachkräfteengpassanalyse Juni 2018. Nürnberg, Bundesanstalt für Arbeit.
- Brüker, D./P. Kaiser/S. Leiber/S. Leitner (2017). Die Rolle der Kommunen in der Pflegepolitik. Zeitschrift für Sozialreform. 63: 301-32.
- 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. Berlin, 7. Februar 2018.
- Deutscher Bundestag (2017a). Sofortprogramm gegen den Pflegenotstand in der Altenpflege. Antrag der Fraktion DIE LINKE. Berlin, Drucksache 19/79 vom 20.11.2017.
- (2017b). Zur Umnutzung der Mittel im Pflegevorsorgefonds. Sachstand. Berlin, Wissenschaftliche Dienste WD 9 - 3000 - 045/17.
- (2018a). Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. Berlin, Drucksache 19/608 vom 02.02.2018.
- (2018b). Eigenanteile in Pflegeheimen senken – Menschen mit Pflegebedarf finanziell entlasten. Antrag der Fraktion DIE LINKE. Berlin, Drucksache 19/960 vom 27.02.2018.
- (2018c). Sofortprogramm für mehr Personal in der Altenpflege. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Berlin, Drucksache 19/446 vom 17.01.2018.
- (2018d). Zusammensetzung, Arbeitsaufträge und Inhalte der „Konzertierten Aktion Pflege“. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Berlin, Drucksache 19/3582 vom 24.07.2018.
- DGB-Index Gute Arbeit (2018). Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit. Berlin, Institut DGB-Index Gute Arbeit.
- Flake, R./S. Kochskämper/P. Risius/S. Seyda (2018). Fachkräfteengpass in der Altenpflege. Köln, Institut der deutschen Wirtschaft.
- Greß, S. (2017). Qualitätssicherung im und durch den Markt für Pflege. Pflegequalität im Institutionenmix. I. Spiecker gen. Döhmann, A. Wallrabenstein. Frankfurt am Main, Peter Lang: 51-63.
- (2018). Qualitätssicherung in der Langzeitpflege durch Wahlentscheidungen der Betroffenen? Eine ökonomische Perspektive. Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege. K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger. Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg: 147-53.
- Greß, S./K. Jacobs (2016). Kosten und Finanzierung von Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel in der Pflege. Pflege-Report 2016: Die Pflegenden im Fokus. K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger. Stuttgart, Schattauer: 263-74.

- Greß, S./K. Stegmüller (2016). Gesetzliche Personalbemessung in der stationären Altenpflege. Fulda, p-papers : Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit - 1/2016.
- (2017). „Bekämpfung des Fachkräftemangels in der Langzeitpflege.“ ifo Schnelldienst 70(5): 3-6.
- (2018a). Personalausstattung, Personalbemessung und Qualität in der stationären Langzeitpflege. Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege. K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger. Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg: 155-62.
- (2018b). „Personalbedarf neu kalkulieren.“ Wohlfahrt intern 13(5): 21-22.
- Hackmann, T. et al. (2016). Pflegeinfrastruktur. Die pflegerische Versorgung im Regionalvergleich. Gütersloh, Bertelsmann-Stiftung.
- Hages, L./R. Rehm/S. J. Roth (2017). Helfen höhere Mindestlöhne in der Pflege? Köln, Otto Wolff Institut für Wirtschaftsforschung.
- Heger, D. et al. (2017). Pflegeheim Rating Report 2017. Heidelberg, medhochzwei Verlag.
- Jacobs, K./H. Rothgang (2014). „Pferdefuß beim Pflegefonds.“ Gesundheit und Gesellschaft 17(6): 26-29.
- Kliner, K./D. Rennert/M. Richter, Hrsg. (2017). Gesundheit und Arbeit. Blickpunkt Gesundheitswesen. BKK Gesundheitsatlas. Berlin, BKK Dachverband und Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Psyma (2018). CARE Klima-Index Deutschland. Basisjahr 2017. Nürnberg, Psyma.
- Rothgang, H. (2010). „Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung.“ Das Gesundheitswesen 72(3): 154-60.
- Rothgang, H. (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. Berlin, Deutscher Bundestag. Ausschussdrucksache 19(14)0014(15) vom 04.06.2018.
- Rothgang, H./T. Kalwitzki (2017). Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur, Initiative Pro-Pflegereform.
- Schroeder, W. (2017). Kollektives Beschäftigtenhandeln in der Altenpflege. Düsseldorf, Hans-Böckler-Stiftung.
- Seibert, H./J. Carstensen/D. Wiethölter (2018). „Entgelte von Pflegekräften – weiterhin große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen.“ IAB-Forum: Download unter <https://www.iab-forum.de/entgelte-von-pflegekraeften-weiterhin-grosse-unterschiede-zwischen-berufen-und-regionen> am 26. Februar 2018.
- Statistisches Bundesamt (2017). Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.

Wasem, J./S. Greß (2005). Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit. Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Band 7. 1982 bis 1989 Bundesrepublik Deutschland - Finanzielle Konsolidierung und institutionelle Reform. M. G. Schmidt. Baden-Baden, Nomos: 392-415.

ISBN 978-3-940713-22-3

pg-papers 02/2018

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Leipziger Straße 123

36037 Fulda