



Deutsche Stiftung Patientenschutz
für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

Patientenschutz Info-Dienst

Ausgabe 2/2018, 12. April 2018

Stellungnahme zur Anhörung „Pflegepersonalmangel in den Krankenhäusern und in der Altenpflege“ des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 18. April 2018 zu den Bundestagsdrucksachen 19/30, 19/79, 19/446 und 19/447

Inhalt

1. Vorbemerkungen	2
2. Sofortprogramme für die Altenpflege.....	4
2.1. Anträge und Koalitionsvertrag	4
2.2. Stellungnahme	5
2.2.1. Personalbemessung	5
2.2.2. Pflegefinanzierung	7
2.2.3. Dynamisierung der Leistungsbeträge.....	8
2.2.4. Vergütung des Unternehmensrisikos	9
2.2.5. Medizinische Behandlungspflege.....	10
2.2.6. Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen.....	10
3. Sofortprogramme in den Krankenhäusern.....	12
3.1. Anträge und Koalitionsvertrag	12
3.2. Stellungnahme	12
3.2.1. Herausforderungen	12
3.2.2. Personalbemessung	13

Impressum

Patientenschutz Info-Dienst wird verlegt von der Deutschen Stiftung Patientenschutz
Redaktion: Rieke Sturzenegger, Dr. Florian Dimer, Christine Eberle, Herbert Möller, Tim Wallentin
Vorstand: Eugen Brysch (V. i. S. d. P.)

Informationsbüro Berlin: Telefon 030 28444840, Telefax 030 28444841
info@stiftung-patientenschutz.de, www.stiftung-patientenschutz.de

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie ist vom Finanzamt Dortmund-Ost mit Steuerbescheid vom 10.03.2017, 31759413835, als gemeinnützige und mildtätige Körperschaft anerkannt.

1. Vorbemerkungen

Die Pflege in den stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern ist am Limit. Hohe Arbeitsverdichtung und chronischer Personalmangel bestimmen den Alltag der Pflegekräfte. Darunter leiden die Patienten¹ und die pflegebedürftigen Menschen in besonderer Weise. Hektik und Zeitnot übertragen sich auch auf ihren Tagesablauf. Für Gespräche bleibt keine Zeit. Patienten und Pflegebedürftige fühlen sich mit ihren Fragen und Sorgen oft alleine gelassen. Zudem drohen so vermehrt Behandlungs- und Pflegefehler. Patientensicherheit und Selbstbestimmung geraten immer mehr in den Hintergrund.

Personalschlüssel: An Qualität und Patienten orientieren

Daher sind dringend Maßnahmen nötig, die der Personalnot entgegenwirken und die Pflegequalität in den Mittelpunkt rücken. Viel zu lange wurde auf Kosten der Pflege gespart. Neben Sofortprogrammen für mehr Pflegekräfte sind auch verbindliche Pflegepersonalschlüssel überfällig. Sie müssen sowohl für Krankenhäuser als auch für Heime bundesweit einheitlich eingeführt werden. In den Krankenhäusern dürfen sie nicht nur auf „pflegesensitive Bereiche“ begrenzt bleiben. Notwendig sind Personalschlüssel für alle Stationen mit Pflegepersonal. Es darf sich dabei nicht um Untergrenzen im Sinne von Mindestanforderungen handeln. Vielmehr müssen sich die Personalschlüssel an einer qualitativ guten Pflege und den Bedürfnissen der Patienten orientieren. Tun sie dies nicht, werden die Pflegequalität und der Personalbedarf dauerhaft auf niedrigem Niveau festgeschrieben.

Pflegeheime: Jetzt bundesweit verbindliche Personalvorgaben machen

Für Pflegeheime wird derzeit ein neues Personalbemessungsinstrument erarbeitet. Ergebnisse werden jedoch nicht vor 2020 auf dem Tisch liegen. Auch hat der Gesetzgeber nicht festgelegt, ob die Personalbemessung danach verbindlich und bundesweit eingeführt werden soll. Hier muss der Deutsche Bundestag zügig für Klarheit sorgen. Gleichzeitig fehlen geeignete Instrumente, um die Personalsituation in der Altenpflege umgehend zu verbessern. Das von den Koalitionspartnern angekündigte Sofortprogramm für 8.000 Pflegefachkräfte schafft hier kaum Abhilfe. Es bringt im Durchschnitt nur je eine halbe Fachkraftstelle in die 13.600 Pflegeheime. Auch die unterschiedlichen Personalrichtwerte auf Länderebene sind dazu nicht geeignet. Daher fordert die Deutsche Stiftung Patientenschutz, schon jetzt bundesweit einheitliche Personalschlüssel für Pflegeheime verbindlich vorzuschreiben.

Pflegeberufe: Attraktivität und Verantwortung stärken

Nicht nur auf den Stationen, sondern auch auf dem Arbeitsmarkt fehlen qualifizierte Pflegekräfte. Der Vorschlag von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zur Anwerbung ausländischer Fachkräfte geht jedoch in die falsche Richtung. Für sie ist Deutschland aufgrund von

¹ Hinweis: Sofern bei Personenbezeichnungen nur die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben jeweils auf Angehörige beider Geschlechter.



schlechter Bezahlung und hohem Arbeitsdruck unattraktiv. Bei den Bewerbern müssen zudem die Qualifikationen und Sprachkenntnisse intensiv überprüft werden. Oft sind Anpassungsqualifizierungen erforderlich. Das braucht Zeit.

Höhere Personalvorgaben können nur umgesetzt werden, wenn gleichzeitig der Pflegeberuf attraktiver wird. Es kommt darauf an, die Pflegekräfte durch bessere Arbeitsbedingungen in ihrem Beruf zu halten. Gleichzeitig muss die Rückkehr von Teilzeit in Vollzeit vereinfacht und um Wiedereinsteiger in den Pflegeberuf geworben werden. Ein weiterer Schlüssel ist die Weiterqualifizierung von Pflegehelfern zu Fachkräften. Auch sollten Pflegekräfte je nach Ausbildung mehr Verantwortung erhalten.

Pflegeversicherung: In „echte“ Teilkaskoversicherung umwandeln

Die Finanzierung der Pflege muss auf den Prüfstand. Heute zahlen die Pflegekassen nur eine Pauschale zur Pflege. Die darüber hinausgehenden Kosten sind von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen. Steigende Eigenanteile machen daher viele von ihnen arm und abhängig von Sozialleistungen. Doch genau das sollte eigentlich mit Einführung der Pflegeversicherung verhindert werden. Daher muss die Pflegeversicherung in eine „echte“ Teilkaskoversicherung umgewandelt werden. Dann zahlen die Pflegebedürftigen einen festen Betrag, alle weiteren Kosten übernimmt die Pflegekasse. So kann auch die Qualität der Pflege als wichtiger Faktor in die Finanzierung einbezogen werden. Bis dahin fordert die Deutsche Stiftung Patientenschutz als Sofortmaßnahme, die Pflegesachleistungen pauschal um 500 Euro monatlich zu erhöhen. Außerdem sind die Leistungsbeträge der Pflegekassen verbindlich und regelhaft jedes Jahr an die Einkommensentwicklung anzupassen.

Die Bundesregierung und der Bundestag sind nun in der Pflicht, eine breite öffentliche Debatte in der Gesellschaft über eine Umwandlung der Pflegeversicherung anzustoßen. Denn eine bessere und zukunftsfähige Pflege ist nur mit der Unterstützung und mit mehr Geld von den Beitrags- und Steuerzahlern zu verwirklichen.

2. Sofortprogramme für die Altenpflege

2.1. Anträge und Koalitionsvertrag

In Bundestagsdrucksache (BT-Drs.) 19/79 fordert die Fraktion Die Linke, bis zur Umsetzung des neuen Personalbemessungsverfahrens in stationären Pflegeeinrichtungen einen bundeseinheitlich verbindlichen (rechnerischen) Personalschlüssel einzuführen. Dieser soll im Tagdienst 1 zu 2 (Pflegekräfte pro Pflegebedürftige) und im Nachtdienst 1 zu 20 betragen. Hierbei ist die Fachkraftquote von 50 Prozent als Mindeststandard einzuhalten. Außerdem wird vorgeschlagen, den Anspruch auf Berücksichtigung „einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmensrisikos“ für stationäre Leistungserbringer bei den Pflegesatzverhandlungen zu streichen. Dieser wurde mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz in § 84 Abs. 2 Satz 4 eingeführt.

Die Anträge BT-Drs. 19/79 (Die Linke) und BT-Drs. 19/446 (Bündnis 90/Die Grünen) empfehlen eine Umwandlung oder Auflösung des im Jahr 2015 eingerichteten Pflegevorsorgefonds. Die darin bislang angesparten Beitragsgelder sollen für eine Verbesserung der Pflege in stationären Einrichtungen verwendet werden. Die Linke schlägt vor, die vorhandenen Mittel für eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte zu nutzen. Bündnis 90/Die Grünen wollen den Pflegevorsorgefonds auflösen und mit jährlich 1,2 Milliarden Euro die Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte und eine tarifgerechtere Entlohnung fördern. Hierfür soll ein Zuschlag der Pflegeversicherung an die Pflegeheime gezahlt werden, der sich an der Zahl ihrer Heimbewohner orientiert. Vorgeschlagen wird ein Zuschuss außerhalb des Pflegesatzverfahrens analog der Regelung für zusätzliche Betreuungskräfte (§ 43b SGB XI).

Beide Anträge wurden eingebracht, bevor der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD vorlag. Daher wird in dieser Stellungnahme zusätzlich auf die von der Koalition geplanten Maßnahmen Bezug genommen.² Die Koalitionspartner haben vereinbart, im Rahmen eines Sofortprogrammes 8.000 neue Fachkraftstellen „im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege“ zu schaffen. Gemeinsam mit den Tarifpartnern soll dafür gesorgt werden, dass Tarifverträge flächendeckend zur Anwendung kommen. Die Entwicklung verbindlicher Personalbemessungsinstrumente auch unter Berücksichtigung des Nachtdienstes sowie eine Anpassung der Sachleistungen der Pflegeversicherung an die Personalentwicklung werden ebenfalls angekündigt. In Altenpflegeeinrichtungen soll zudem die Palliativversorgung verbessert werden.

² Vgl. CDU, CSU, SPD, Koalitionsvertrag 19. Legislaturperiode, 12.03.2018, abrufbar unter https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf.

2.2. Stellungnahme

2.2.1. Personalbemessung

Gute Pflege braucht genügend Personal. Daher ist auch für Heimbewohner und ihre Angehörigen die Frage zentral, wie viele Pflegekräfte am Tag und in der Nacht auf der Station verfügbar sind. Mit ihren Eigenanteilen sind Pflegebedürftige in der Pflegeversicherung zudem selbst Kostenträger. Doch viel zu oft zahlen sie gutes Geld für eine schlechte Pflege. Die Anrufe am bundesweiten Patientenschutztelefon der Deutschen Stiftung Patientenschutz spiegeln dies tagtäglich wider.

Auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) zeigt in seinem aktuellen Pflegequalitätsbericht Mängel und Fehler in der Pflege auf.³ Hochgerechnet auf alle Pflegeheime findet demnach bei jedem fünften Pflegebedürftigen keine ausreichende Schmerzerfassung statt. Bei geschätzt 90.000 Heimbewohnern kommt es zu Fehlern bei der Medikamentengabe. Mehrere Tausend Menschen werden in Pflegeheimen weiterhin fixiert, ohne dass die dafür vorgeschriebene Genehmigung vorliegt. Ursachen dafür sind auch die hohe Arbeitsverdichtung in den Heimen und der chronische Personalmangel in der Pflege. Sie begünstigen zudem, dass die Qualitätsansprüche in zahlreichen Einrichtungen noch immer nicht über eine Satt-und-Sauber-Pflege hinausgehen.

Personalrichtwerte in den Ländern sind praxisfern

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz hat der Gesetzgeber die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Instruments zur Personalbemessung in Pflegeheimen auf den Weg gebracht. Ergebnisse dazu werden jedoch nicht vor Mitte 2020 erwartet. Unklar ist, ob dieses Personalbemessungsinstrument in der Folge verbindlich und bundesweit einheitlich eingeführt wird. Dies bis dahin offenzulassen und keine weiteren Schritte zu unternehmen, ist weder im Sinne der pflegebedürftigen Menschen noch der Pflegekräfte. Die derzeit auf der Länderebene geltenden Personalrichtwerte sind nicht geeignet, hier Abhilfe zu schaffen. Ihre fehlende Orientierung an der pflegerischen Praxis zeigt sich insbesondere daran, dass sie von Bundesland zu Bundesland in Teilen stark variieren. So wird für das Verhältnis von Pflegekräften zu Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3 in Schleswig-Holstein ein Korridor von 1 zu 3,277 bis 1 zu 3,994 vorgegeben, im Freistaat Bayern jedoch ein Personalschlüssel von 1 zu 2,60.⁴ Für den Nachtdienst verzichten viele Länder auf eine konkrete Besetzungsregelung. Bayern schreibt abhängig vom Konzept der Einrichtung eine Besetzung von 1 zu 30 bis

³ Vgl. MDS, 5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI – Qualität in der ambulanten und stationären Pflege, Dezember 2017, abrufbar unter: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/5_PflegeQualita_tsbericht_des_MDS_Lesezeichen.pdf.

⁴ Vgl. Michael Wipp, Pflegekennzahlen, abrufbar unter: <http://www.michael-wipp.de/fachbeitraege/pflegekennzahlen/>, Daten abgerufen am 10.04.2018.

1 zu 40 vor. In anderen Ländern hat sich in der Praxis oft ein Schlüssel von 1 zu 50 durchgesetzt. Doch das Bedürfnis der Menschen nach Fürsorge und qualitativ guter Pflege ist überall gleich, unabhängig von Ländergrenzen.

Schnellstmöglich verbindliche bundesweite Personalschlüssel einführen

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz unterstützt daher die Forderung, schnellstmöglich verbindliche, bundesweit einheitliche Personalschlüssel in stationären Pflegeeinrichtungen vorzuschreiben. Sie können der Überbrückung dienen, bis das wissenschaftlich fundierte Bemessungsinstrument abschließend erprobt und bundesweit eingeführt worden ist. Diese Personalschlüssel sollten nach Pflegegraden differenziert sein, um der Bewohnerstruktur der jeweiligen Einrichtung und dem tatsächlichen Pflegebedarf Rechnung zu tragen. Für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 4 und 5 sieht beispielsweise Bayern schon heute Richtwerte über dem in BT-Drs. 19/79 vorgeschlagenen Verhältnis von Pflegekräften zu Pflegebedürftigen in Höhe von 1 zu 2 vor. Heimen mit einem hohen Anteil an schwerstpflegebedürftigen Bewohnern sollte kein Nachteil entstehen. Auch im Nachtdienst ist eine deutliche Verbesserung des Status Quo dringend angezeigt. Daher ist hier eine Quote von 1 zu 20 angemessen. Die Fachkraftquote von 50 Prozent ist jeweils einzuhalten.

Den Pflegeberuf attraktiver machen

Angesichts des bereits bestehenden Fachkräftemangels auf dem Pflegearbeitsmarkt kann dieses Ziel nur erreicht werden, wenn schnell Maßnahmen ergriffen werden, um den Pflegeberuf attraktiver zu machen und das vorhandene Personal zu halten. Die in BT-Drs. 19/446 und dem Koalitionsvertrag vorgeschlagenen Maßnahmen für eine einfachere Rückkehr von Teilzeit in Vollzeit, den Wiedereinstieg in den Pflegeberuf, eine Weiterqualifizierung von Pflegehelfern zu Pflegefachkräften und eine Ausbildungs-offensive müssen zeitnah umgesetzt werden. Zudem sollten Pflegekräfte je nach Ausbildung mehr Verantwortung erhalten. Im Koalitionsvertrag wird hierzu eine Neujustierung zugesagt. Dem müssen nun schnell Taten folgen. Denn oft wissen Pflegefachkräfte besser als ein Arzt, welche Hilfsmittel und welche Behandlungspflege benötigt werden.

Die Ankündigung von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, vermehrt auf Pflegekräfte aus dem Ausland zu setzen⁵, geht jedoch in die falsche Richtung. Angesichts von schlechter Bezahlung, hohem Arbeitsdruck und eng begrenzten Kompetenzen für das Pflegepersonal ist Deutschland für ausländische Fachkräfte nicht attraktiv. Gleichzeitig reicht es nicht aus, alleine auf Abschlüsse und berufliche Qualifikationen zu schauen. Nicht nur im medizinischen Bereich, sondern auch in der Altenpflege sind Sprachkenntnisse von zentraler Bedeutung. So kann es beispielsweise im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen oder in der Intensivpflege zu belastenden und auch gefährlichen Situationen kommen, wenn die Verständigung aufgrund von Sprachbarrieren nicht gelingt. Im Übrigen wird mittlerweile auch berichtet, dass

⁵ Vgl. Rheinische Post online, Interview mit Gesundheitsminister – Jens Spahn will Pflegekräfte aus dem Ausland holen, 31.03.2018, abrufbar unter: <http://www.rp-online.de/politik/deutschland/jens-spahn-gesundheitsminister-will-pflegekraefte-aus-dem-ausland-holen-aid-1.7488035>.

Pflegekräfte aus dem Ausland mit erkauften Sprachzertifikaten eingesetzt werden.⁶ Daher ist vor der Anerkennung eine intensive Überprüfung der Qualifikationen und Sprachkenntnisse ohne Zeitdruck unerlässlich.

2.2.2. Pflegefinanzierung

Die Finanzierung der Pflege steckt in der Krise. Derzeit ist die Pflegeversicherung als Teilversicherung mit pauschalierten Leistungsbeträgen der Pflegekassen ausgestaltet. Was an Kosten darüber hinausgeht, zahlen die Pflegebedürftigen selbst. Dieses Modell wird den heutigen und auch den zukünftigen Herausforderungen in der Pflege nicht gerecht. Höhere Löhne für die Pflegekräfte führen schon jetzt zu deutlich steigenden Eigenanteilen für Heimbewohner. Wird eine bedarfsgerechte, verbindliche Personalbemessung eingeführt, ist mit weiteren Kostensteigerungen für sie zu rechnen. Dies alles geschieht vor dem Hintergrund, dass auch aus Sicht der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen eine bessere Personalausstattung mit gut bezahlten Pflegekräften in Heimen längst überfällig ist. Zudem zahlen die pflegebedürftigen Menschen bisher sehr oft gutes Geld für eine schlechte Pflege. Daher muss die Qualität künftig zu einem wichtigen Maßstab der Finanzierung von Pflege werden.

Pflegeversicherung in „echte“ Teilkaskoversicherung umwandeln

Es ist an der Zeit, die Pflegefinanzierung zu reformieren und zukunftsfähig zu machen. Dies sollte durch Umwandlung des bisherigen Modells in eine „echte“ Teilkaskoversicherung geschehen, bei der die pflegebedürftigen Menschen einen festen Betrag zahlen und die Pflegekassen die darüber hinaus gehenden Pflegekosten tragen. Gleichzeitig ist die Qualität der Pflege als wichtiger Faktor in das neue Finanzierungsmodell einzubeziehen. Zu- und Abschläge sind hier ein geeignetes Mittel. Die Bundesregierung und der Bundestag sind in der Pflicht, eine breite öffentliche Diskussion in der Gesellschaft darüber anzustoßen, was den Menschen gute Pflege wert ist. Denn eine solche Reform ist nur mit der Unterstützung und mit mehr Geld von den Beitrags- und Steuerzahlern umzusetzen.

Doch schon heute treffen die Kostensteigerungen in der Pflege gerade Heimbewohner besonders hart. In einigen Regionen des Landes führen die überfälligen Lohnsteigerungen für Pflegekräfte zu einem Anstieg der Eigenanteile um bis zu 30 Prozent.⁷ So werden viele Menschen in Heimen durch Pflegebedürftigkeit arm und abhängig von Sozialleistungen, beispielsweise der „Hilfe zur Pflege“. Genau das sollte aber mit Einführung der Pflegeversicherung verhindert werden.

Das Vorhaben der Koalitionspartner, in der Altenpflege die Sachleistungen an die Personalentwicklung anzupassen, begrüßt die Deutsche Stiftung Patientenschutz. Dies kann aber nur

⁶ Vgl. BR, Pflegedienste machen Kasse - Das Geschäft mit der ambulanten Intensivpflege, 27.03.2018, abrufbar unter: <https://www.br.de/nachrichten/das-geschaeft-mit-der-ambulanten-intensivpflege-100.html>.

⁷ Vgl. Aerzteblatt.de, Ruf nach grundlegenden Reformen in der Pflege wird lauter, 09.03.2018, abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/91705/Ruf-nach-grundlegenden-Reformen-in-der-Pflege-wird-lauter>.

ein erster Schritt sein. Und diese Ankündigung lässt viele Fragen offen. Daher muss die Bundesregierung nun zügig einen Gesetzentwurf vorlegen und so für Klarheit sorgen. In Frage steht, ob mit „Personalentwicklung“ konkret sowohl die anstehenden Erhöhungen der Personalschlüssel als auch der Löhne in der Pflege gemeint sind. Ebenfalls offen lässt die Formulierung des Koalitionsvertrages, ob die Anpassung der Sachleistungen ambulant und stationär umgesetzt werden sollen.

Pflegesachleistungen pauschal um 500 Euro erhöhen

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt als Sofortmaßnahme zur Entlastung der pflegebedürftigen Menschen vor, die ambulanten und stationären Sachleistungen der Pflegeversicherung pauschal um 500 Euro monatlich zu erhöhen. Eine solche Anhebung reduziert den von den Pflegebedürftigen zu zahlenden Anteil an den Pflegekosten. Sie kann so die Zeit überbrücken, bis die oben vorgeschlagene Umwandlung der Pflegeversicherung abgeschlossen ist. Zur Finanzierung ist ein Zuschuss aus Steuermitteln zu erwägen, wie er beispielsweise von der Gesundheitsministerin des Landes Rheinland-Pfalz in die Diskussion gebracht wurde.⁸ Wird für solche Sofortmaßnahmen der Pflegevorsorgefonds umgewidmet oder aufgelöst, muss ein tragfähiger Plan auf dem Tisch liegen, wie eine nachhaltige und generationengerechte Finanzierung aussehen kann. Dies betrifft insbesondere die Zeit, in der die geburtenstarken Jahrgänge (sogenannte „Baby-Boomer-Generation“) im Pflegealter sind.

2.2.3. Dynamisierung der Leistungsbeträge

Unabhängig von den in den Anträgen vorgeschlagenen Sofortprogrammen fordert die Deutsche Stiftung Patientenschutz, bis zur Einführung der „echten“ Teilkaskoversicherung eine verbindliche, regelhafte Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung zu schaffen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Pflegebedürftigen nicht zusätzlich den Wertverlust der pauschalen Leistungsbeträge durch stetig steigende Eigenanteile ausgleichen müssen. Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde die seit 1995 bestehende gesetzliche Regelung zur Dynamisierung der Leistungsbeträge (§ 30 SGB XI) um eine Prüf- und Berichtspflicht im Turnus von drei Jahren ergänzt. Verbindlich und regelhaft wurde sie dadurch jedoch nicht. Die Anpassung der Leistungsbeträge zum 01.01.2017 hat lediglich den Wertverlust in den zurückliegenden Jahren ausgeglichen.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt vor, die Leistungen der Pflegeversicherung jährlich und verbindlich an die Einkommensentwicklung im Land anzupassen. Dies ist mit wenig bürokratischem Aufwand möglich, indem sie an die Entwicklung der Bezugsgröße im Vierten Sozialgesetzbuch (§ 18 SGB IV) gekoppelt werden. So werden heute schon beispielsweise die Familienversicherung oder die Leistungen für stationäre Hospize angepasst.

⁸ Vgl. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, Pressemitteilung, Bätzing-Lichtenthäler: Reform Pflegeversicherung bringt Verbesserungen für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen, abrufbar unter: <https://www.rlp.de/fr/service/presse/einzelansicht/news/detail/News/baetzing-lichtenthaeler-reform-pflegeversicherung-bringt-verbesserungen-fuer-pflegebeduerftige-menschen-1/>.

2.2.4. Vergütung des Unternehmensrisikos

Mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz wurde eine angemessene Vergütung des Unternehmensrisikos für stationäre (§ 84 Abs. 2 Satz 4 SGB XI) und ambulante (§ 89 Abs. 1 Satz 4 SGB XI) Leistungserbringer in das Elfte Sozialgesetzbuch (SGB XI) aufgenommen. Dabei wurde auf ein Urteil des Bundessozialgerichtes vom 16. März 2013 verwiesen.⁹ Somit sind das Unternehmensrisiko und die damit verbundenen Gewinnchancen in den Pflegesatzverhandlungen beziehungsweise Vergütungsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Pflegekassen zu berücksichtigen. Wie diese Gewinnchancen zu bemessen sind, wurde den Vertragspartnern überlassen. Hier vereinbarte Mehrkosten sind, abgesehen von den pauschalisierten Leistungsbeträgen der Pflegekassen, von den Pflegebedürftigen über die Eigenanteile zu tragen.

In BT-Drs. 19/79 wird nun gefordert, den gesetzlichen Anspruch auf Berücksichtigung des Unternehmensrisikos für stationäre Betreiber in § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB XI zu streichen. Eine entsprechende Änderung für ambulante Leistungserbringer wird nicht vorgeschlagen.

Die stationäre Pflege wird immer mehr zum Geschäftsmodell für Investoren. Auf dem Markt besteht seit längerem ein Trend zur Bildung von privaten Pflegeheimketten. Einige Anbieter verfolgen zudem sehr hohe Renditeziele.¹⁰ Auch dies geschieht letztlich auf Kosten der pflegebedürftigen Menschen. So häufen sich Beschwerden, dass in einigen Heimen trotz steigender Vergütung die Qualität von Leistungen sinkt, beispielsweise bei der Verpflegung oder durch fehlendes Personal. Für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen ist dies nicht hinnehmbar.

Wirkung der Vergütung des Unternehmensrisikos überprüfen

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher, die aktuellen Entwicklungen auf dem Pflegemarkt zu untersuchen und eine öffentliche Diskussion darüber anzustoßen. Die Regelungen zur Vergütung des Unternehmensrisikos gemäß SGB XI müssen auf den Prüfstand gestellt werden. Dazu ist zeitnah und für einen begrenzten Zeitraum von einer unabhängigen Stelle zu untersuchen, welche Auswirkungen die Regelungen zum Unternehmensrisiko seit ihrer Einführung ambulant bei den Vergütungsvereinbarungen und stationär in den Pflegesatzverhandlungen haben. Hierbei ist insbesondere zu bewerten, welche Belastungen sich für die Pflegebedürftigen ergeben. Daraus können dann geeignete Maßnahmen abgeleitet werden. Ziel ist, zu verhindern, dass die Betreiber von Heimen und Pflegediensten diese Regelung zur Gewinnsteigerung missbrauchen.

⁹ Vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 16. März 2013, Az. B 3 P 2/12 R.

¹⁰ Vgl. Süddeutsche Zeitung, Buch Zwei, 24./25.03.2018, S. 15.

2.2.5. Medizinische Behandlungspflege

Laut Koalitionsvertrag wird die Bundesregierung im Rahmen eines Sofortprogrammes 8.000 zusätzliche Fachkraftstellen in Pflegeheimen schaffen. Bei derzeit bundesweit 13.600 stationären Pflegeeinrichtungen ist dadurch allenfalls eine geringe Entlastung zu erwarten. Pro Pflegeheim wird dieses Sofortprogramm im Durchschnitt nur eine halbe Stelle zusätzlich bringen.

Diese Stellen stehen gemäß dem Koalitionsvertrag „im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege“. Sie sollen mit geschätzten Ausgaben von 400 Millionen Euro jährlich aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert werden. Dies erweckt den Eindruck, so werde die bestehende Ungleichbehandlung von Heimbewohnern bei der Finanzierung ihrer medizinischen Behandlungspflege in den Blick genommen.

Medizinische Behandlungspflege durch GKV finanzieren

In stationären Pflegeeinrichtungen gelten die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege mit den Pauschalbeträgen der Pflegekasse als abgegolten. Sie werden nicht wie bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen zusätzlich von der GKV getragen. Doch die pauschalen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung reichen nicht aus, um die pflegerische Grundversorgung zu sichern. Daher müssen Heimbewohner in der Praxis behandlungspflegerische Leistungen wie beispielsweise die Medikamentengabe, das Blutdruckmessen oder die Wundversorgung über ihren Eigenanteil aus der eigenen Tasche zahlen. Laut einer Studie werden diese Ausgaben auf rund 3 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt.¹¹ An dieser Situation ändern 8.000 zusätzliche, von der GKV finanzierte, Fachkraftstellen nichts.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher erneut, dass die Kosten der medizinischen Behandlungspflege für Heimbewohner künftig von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sind. Hierbei ist darauf zu achten, dass die pflegebedürftigen Menschen auch tatsächlich finanziell entlastet werden, indem ihr Eigenanteil an den Pflegekosten sinkt.

2.2.6. Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Auch die Palliativversorgung in Altenpflegeeinrichtungen will die Bundesregierung laut Koalitionsvertrag verbessern. Im Rahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes wurde die Situation der 340.000 Menschen¹², die jedes Jahr in den 13.600 stationären Pflegeeinrichtungen sterben, noch weitgehend ausgeblendet. Hiervon haben nach Schätzungen 60 Prozent einen Bedarf an palliativer Begleitung.¹³ Dies sind 204.000 Sterbende. Zum Vergleich: In den 236 stationären Hospizen versterben jährlich 25.000 Menschen.¹⁴

¹¹ Vgl. VKAD, Ergebnisbericht, VKAD – Projekt – Datenerhebung zur Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen (2016/2017), 26.04.2017.

¹² Vgl. Bundesminister Hermann Gröhe MdB, Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz MdB, et. al., Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, 10. November 2014, S. 6.

¹³ Vgl. WPCA/WHO, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, London 2014, S. 25.

¹⁴ Vgl. TransMIT/Wolfgang George, Pressemitteilung Gießener Sterbestudie: In deutschen Hospizen findet die Betreuung Sterbender auf hohem Niveau statt, 21.04.2015.



Pflegeheime sind ebenso wie stationäre Hospize Orte des Sterbens. In den letzten Wochen und Monaten des Lebens muss die Betreuung an die sich ändernden Bedürfnisse der sterbenden Menschen angepasst werden. Hier stehen Schmerzfreiheit und Symptomkontrolle, professionelle palliative Pflege und Begleitung im Vordergrund. Obwohl die Bedürfnisse für Sterbende mit Palliativbedarf in Pflegeheimen und stationären Hospizen identisch sind, werden die Angebote unterschiedlich hoch gesetzlich finanziert. Für einen Platz im Hospiz zahlen die Sozialkassen monatlich 8.495,55 EUR, in Pflegeheimen maximal 2.005 EUR (Pflegegrad 5). Zudem bleibt auch nach der Überarbeitung des § 39a Abs. 1 SGB XI und der Rahmenvereinbarung für die stationäre Hospizversorgung ein Wechsel vom Pflegeheim in ein Hospiz fast unmöglich.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz hat die Bundesregierung daher bereits aufgefordert, in den ersten 100 Tagen einen Gesetzentwurf mit Vorschlägen zur Verbesserung der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen vorzulegen.¹⁵ Wesentlicher Bestandteil davon muss ein Rechtsanspruch auf Hospizleistungen (SGB V) für Sterbende in Pflegeheimen sein.

¹⁵ Vgl. Deutsche Stiftung Patientenschutz, Patientenschutz Info-Dienst, 100-Tage-Sofortprogramm für Pflegebedürftige, Ausgabe 1/2018, 14.03.2018, abrufbar unter: https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/PID_1_2018_100_Tage_Sofortprogramm.pdf.

3. Sofortprogramme in den Krankenhäusern

3.1. Anträge und Koalitionsvertrag

Die Bundesregierung wird mit den Anträgen auf BT-Drs. 19/30 (Die Linke) und 19/447 (Bündnis 90/Die Grünen) aufgefordert, Sofortmaßnahmen für mehr Pflegepersonal in Krankenhäusern zu ergreifen. Die Linke spricht sich für eine Finanzierung durch die Kostenträger aus. Sie fordert zudem, die Fallkostenpauschalen (DRGs) bezüglich der Personalkosten außer Kraft zu setzen. Bündnis 90/Die Grünen sehen einen Finanzbedarf von 1,3 Milliarden Euro im Jahr, um in einem ersten Schritt 25.000 zusätzliche Pflegekraftstellen zu schaffen.

Schließlich sprechen sich beide Fraktionen dafür aus, eine verbindliche Personalbemessung für Pflegekräfte in Krankenhäusern zu erarbeiten. Das Konzept von „Personaluntergrenzen“, das aktuell in „pflegesensitiven Bereichen“ von Krankenhäusern umgesetzt werden soll, ist aus ihrer Sicht nicht ausreichend, da so allenfalls Mindeststandards beschrieben werden. Sie fordern vielmehr eine Personalbemessung für alle pflegerischen Bereiche im Krankenhaus, bei der Behandlungsqualität, Patientensicherheit und die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte im Fokus stehen. Die Linke schlägt vor, solche Personalbemessungszahlen von Experten, Gewerkschaften und der Patientenvertretung entwickeln zu lassen.

Beide Anträge wurden eingebracht, bevor der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD vorlag. Daher wird hier zusätzlich auf die von der Koalition geplanten Maßnahmen Bezug genommen.¹⁶ Laut Koalitionsvertrag sollen Personaluntergrenzen im Krankenhaus auf alle bettenführenden Abteilungen ausgeweitet werden. Die Vergütung von Pflegepersonalkosten wird künftig unabhängig von Fallpauschalen erfolgen. Zudem sagen die Koalitionspartner eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen zu. Sie soll mit einer Nachweispflicht verbunden sein, dass die Mittel auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommen. Schließlich planen die Koalitionspartner eine Angleichung des Pflegemindestlohnes Ost und West sowie eine Qualitätsoffensive für Krankenhäuser mit qualitätsorientierter Arbeitsteilung und Vernetzung zwischen Grund- und Regelversorgung.

3.2. Stellungnahme

3.2.1. Herausforderungen

Die Zahl der Behandlungen in den knapp 2.000 deutschen Krankenhäusern ist in den letzten 25 Jahren um ein Drittel gestiegen. So berichtet die Krankenhausstatistik für das Jahr 1991 von 14,6 Millionen Behandlungsfällen, während die Fallzahl im Jahr 2016 bereits 19,5 Millionen betrug.¹⁷ Zudem ist heute die Hälfte der Patienten in Allgemeinkrankenhäusern älter als

¹⁶ Vgl. CDU, CSU, SPD, Koalitionsvertrag 19. Legislaturperiode, 12.03.2018, abrufbar unter https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf.

¹⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, 20 Jahre Krankenhausstatistik, Februar 2012; Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, 2016.

60 Jahre.¹⁸ Davon ist ein großer Teil hochbetagt, chronisch beziehungsweise mehrfach erkrankt oder pflegebedürftig. Speziell für demenziell erkrankte Menschen gelten Krankenhäuser derzeit als „gefährliche Orte“.¹⁹ Ihr Anteil an den Patienten in Allgemeinkrankenhäusern beträgt bereits 12 Prozent.²⁰ Laut Prognosen soll sich die Zahl der Demenzkranken bis zum Jahr 2050 von heute rund 1,6 Millionen Menschen auf 3 Millionen erhöhen.²¹ Dies wird zur Folge haben, dass auch ihr Anteil an den Krankenhauspatienten weiter steigt. Sie sind in ihrer Situation den Folgen der enormen Arbeitsverdichtung und Pflegepersonalnot im Krankenhaus weitgehend hilflos ausgeliefert. Die fremde Umgebung, Hektik, wechselnde Bezugspersonen und unzureichende Kommunikation fördern bei demenzkranken Menschen Angstzustände und herausforderndes Verhalten.²²

Demografiekompetenz im Krankenhaus stärken

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher die Bundesregierung auf, einen Aktionsplan „Demografiekompetenz im Krankenhaus“ zu starten. Damit soll die Berücksichtigung der besonderen Bedarfslagen von hochbetagten und mehrfach erkrankten Menschen im Krankenhausalltag gestärkt werden. Gleichzeitig begrüßt die Deutsche Stiftung Patientenschutz den Plan der Koalitionspartner, eine Qualitätsoffensive für Krankenhäuser zu starten. Auch hier müssen die Bedürfnisse von Patientengruppen mit besonderen Bedarfslagen angemessen berücksichtigt werden.

3.2.2. Personalbemessung

Pflegestellen wurden in den Krankenhäusern über lange Zeit systematisch abgebaut. Erst seit einigen Jahren ist eine Trendwende erkennbar. Trotzdem erreichte die Zahl der Pflegekräfte an deutschen Krankenhäusern mit 325.100 Stellen im Jahr 2016 gerade wieder das Niveau von 1991. Im gleichen Zeitraum stieg jedoch die Zahl der Arztstellen um 66 Prozent von 95.200 (1991) auf 158.100 im Jahr 2016.²³ Angesichts der gestiegenen Fallzahlen ist damit auch die Arbeitsbelastung pro Pflegekraft in den letzten 25 Jahren rechnerisch um ein Drittel gestiegen. Doch noch immer gilt in vielen Krankenhäusern die zynische Rechnung, dass Ärzte Geld bringen und Pflege Geld kostet. Gespart wird daher vor allem auf Kosten der Pflege.

¹⁸ Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., Mit Demenz im Krankenhaus, abrufbar unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/angehoerige/mit-demenz-im-krankenhaus.html>.

¹⁹ Vgl. HNA, Mit Demenz im Krankenhaus, 23.02.2015; abrufbar unter: <https://www.hna.de/gesundheit/demenz-krankenhaus-kliniken-gelten-gefaehrliche-orte-altersverwirrte-menschen-4757852.html>.

²⁰ Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., Mit Demenz im Krankenhaus, abrufbar unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/angehoerige/mit-demenz-im-krankenhaus.html>.

²¹ Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., Informationsblatt 1 – Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen, Juni 2016, abrufbar unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf.

²² Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Selbsthilfe Demenz – Bundesverband, Wolfgang Teschauer, Menschen mit Demenz im Krankenhaus, Präsentation beim Berliner Tag der Patientenführsprecher am 16. März 2015, abrufbar unter: https://www.patientenbeauftragter.de/images/pdf/20150316_Vortrag_Dr_Teschauer.pdf.

²³ Vgl. Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, 20 Jahre Krankenhausstatistik, Februar 2012; Statistisches Bundesamt, Grunddaten Krankenhäuser, Grunddaten der Krankenhäuser, 2016.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz unterstützt die Forderung in BT-Drs. 19/30 und den Vorschlag im Koalitionsvertrag, die Personalkosten aus den Fallpauschalen (DRGs) herauszulösen. Wirken wird eine solche Maßnahme jedoch nur, wenn sie den Druck nimmt, auf Kosten der Pflege zu sparen.

Personalschlüssel an Qualität und Patienten orientieren

Auch in Krankenhäusern ist schnellstmöglich eine bundesweit einheitliche Personalbemessung für Pflegekräfte einzuführen. Die beschlossene Personaluntergrenze für „pflegesensitive Bereiche“ in Krankenhäusern ist lediglich eine Insellösung. Nicht nur in pflegesensitiven, sondern auf allen Stationen mit Pflegepersonal wirken sich der Personalmangel und die Arbeitsverdichtung in der Pflege negativ auf die Versorgung der Patienten aus. Es bleibt oft keine Zeit für Gespräche, bisweilen nicht einmal über Diagnosen und die nächsten Behandlungsschritte. So drohen auch mehr Behandlungs- und Pflegefehler. Eine angemessene Zahl an gut qualifiziertem Personal ist wichtig, um dem entgegenzuwirken und die Patientensicherheit zu erhöhen.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt daher die Forderungen in den Anträgen auf BT-Drs. 19/30 und 19/447 zur Personalbemessung in Krankenhäusern. Auch der Bundesrat hat sich in seiner EntschlieÙung vom 23. März 2018 in ähnlicher Weise geäußert.²⁴ In Krankenhäusern muss eine allgemeine, verbindliche Personalbemessung für Pflegekräfte eingeführt werden, um allen Patienten eine angemessene pflegerische Versorgung zu garantieren. Sie darf jedoch nicht durch zeitliche Eingrenzungen oder die Einbeziehung von Auszubildenden und Hilfskräften ausgehöhlt werden. Der Personalschlüssel muss bedarfsgerecht sein und ist an der Qualität der Pflege sowie den Bedürfnissen der Patienten zu orientieren.

Gesetzgeber muss Voraussetzungen schaffen

Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft verhandeln derzeit über die Ausgestaltung der Personaluntergrenzen für besonders pflegesensitive Bereiche. Alles deutet darauf hin, dass bis zur gesetzten Frist zum 30. Juni 2018 (§ 137i Abs. 1 SGB V) jedoch keine angemessenen Ergebnisse zu erwarten sind. Beide Vertragsparteien haben bereits in der Vergangenheit kaum Interesse an einer einheitlichen Personalbemessung in Krankenhäusern erkennen lassen. Ihre Ausgestaltung liegt damit hier nicht in den richtigen Händen.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert den Gesetzgeber auf, zeitnah die Voraussetzungen zur Einführung von Personalschlüsseln für alle Stationen mit Pflegepersonal im Krankenhaus zu schaffen. Er muss Kriterien vorgeben, durch die sich ihre Bemessung an einer qualitativ guten Pflege und an den Bedürfnissen der Patienten orientiert. Es darf sich dabei nicht um Untergrenzen im Sinne von Mindestanforderungen handeln. Das Bundesministerium für Gesundheit sollte beauftragt werden, bundesweit verbindliche Personalschlüssel auf Grundlage dieser Kriterien durch Rechtsverordnung zu erlassen.

²⁴ Vgl. Bundesrats-Drucksache 48/18(B), abrufbar unter: [https://www.bundesrat.de/Shared-Docs/drucksachen/2018/0001-0100/48-18\(B\).pdf](https://www.bundesrat.de/Shared-Docs/drucksachen/2018/0001-0100/48-18(B).pdf).



Personalschlüssel verbessern die Arbeitsbedingungen. Dies stärkt auch die Attraktivität der Pflegeberufe. Genug Personal und eine angemessene Bezahlung sind daher auch wichtige Eckpfeiler, um mehr Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern und darin zu halten. Wichtig ist außerdem, Pflegekräften je nach Ausbildung mehr Verantwortung zu übertragen. Im Koalitionsvertrag wird hierzu eine Neujustierung zugesagt. Die Bundesregierung muss auch dafür nun zügig einen Gesetzentwurf vorlegen.