Zukunft Pflege 2030: Wir wollen eine gute Pflege in Bayern!

Positionspapier der BayernSPD-Landtagsfraktion

Arbeitskreis Pflege- und Gesundheitspolitik:
Ruth Waldmann, MdL; **Ruth Müller**, MdL;
Kathi Petersen, MdL; **Kathrin Sonnenholzner**, MdL
Parlamentarischer Berater: **Dr. Walter Rehberg**,
walter.rehberg@bayernspd-landtag.de

Wir haben in Deutschland ein gutes Gesundheitssystem, und auch hinsichtlich unserer Pflegeversicherung sind wir ein Vorbild für viele andere Länder. Aber: Gut bedeutet nicht, dass es keine Mängel und keinen Reformbedarf gibt. Gut bedeutet auch nicht, dass wir uns ausruhen dürfen und darauf hoffen können, dass es ewig so weiter geht. Die Pflege stößt bereits jetzt an ihre Grenzen, und das wird sich in Zukunft weiter verschärfen, wenn wir nicht jetzt handeln. Die Pflegestärkungsgesetze I, II und II auf Bundesebene sind erste Schritte, aber wir müssen weitere gehen, um für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und Pflegekräfte Verbesserungen zu erreichen und um die Pflege auf stabile Füße zu stellen und sie zukunftsfest zu machen.

Das wollen wir auf Landesebene erreichen

- Bessere gesetzliche Regelungen zu Mindestausstattung von Krankenhäusern und Pflegeheimen mit Pflegepersonal (Personalbemessung)
- Eine solide staatliche Finanzierung von Investitionen in Krankenhäuser und Pflegeheime
- Mehr Mittel für den altersgerechten und barrierefreien Umbau von Wohnungen. Für uns gilt das Motto: „Aufzug statt Auszug“!
- Lesbische Frauen und schwule Männer sollen auch in Pflegeeinrichtungen vor Diskriminierung geschützt werden
- Einen gesetzlichen Anspruch aller ArbeitnehmerInnen und daher auch von Pflegekräften auf Weiterbildung

Das fordern wir auf Bundesebene

- Eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung in eine Vollversicherung und eine Verbesserung ihrer Finanzierungsbasis in einer Bürgerversicherung
- Eine bessere Unterstützung von pflegenden Angehörigen durch unabhängige Beratung, steuerfinanzierte Lohnersatzleistungen und die staatliche Förderung von Kurzzeitpflegeplätzen
- Die regelmäßige Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung an die Kaufkraftentwicklung
- Eine nachhaltige Finanzierung der geriatrischen Rehabilitation zur Vermeidung dauerhafter Pflegebedürftigkeit

I. Unsere Forderungen für pflegebedürftige Menschen

Wir wollen, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich zu Hause leben können

Für uns gilt das Motto: „Aufzug statt Auszug!“ Mit den Pflegestärkungsgesetz I wurden die Zuschüsse für Wohnraumanpassung bei Pflegebedürftigkeit angehoben. Falls die Wohnung barrierearm oder barrierefrei umgebaut wird, gewährt die Pflegekasse nun einmalig einen Zuschuss von bis zu 4.000 Euro. Für ambulant betreute Wohngruppen wie zum Beispiel Senioren-WGs gibt es von der Pflegekasse für bis zu vier BewohnerInnen einen Einrichtungszuschuss von einmalig jeweils 2.500 Euro. Wir wollen die Mittel für den altersgerechten und barrierefreien Umbau von Wohnungen deutlich erhöhen. Außerdem sollten technische Assistenzsysteme von den Krankenkassen finanziert werden. Um den Wunsch vieler SeniorInnen nach einem selbstbestimmten Leben im Alter nachzukommen, müssen zudem verstärkt alternative Wohnformen, wie ambulant betreute Wohngemeinschaften, gefördert werden.

Wir wollen die Pflege von Menschen mit Behinderung verbessern

Neuregelungen ergaben sich durch die Pflegestärkungsgesetze sowie das Bundesteilhabegesetz auch für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird nun in der Hilfe zur Pflege vollumfänglich abgebildet, wobei das Sozialamt an die Entscheidung der Pflegekasse gebunden ist. Neu ist auch, dass es nun eine klare Gliederung der Leistungen der Hilfe zur Pflege nach den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gibt. Bei Zusammentreffen von Eingliederungshilfe und Pflege erhält der Eingliederungshilfeträger das Geld von der Pflegeversicherung und erbringt die Leistungen sozusagen aus einer Hand. Wir wollen, dass die finanzielle Ausstattung der Bezirke den neuen Aufgaben durch das Bundesteilhabegesetz und die Pflegestärkungsgesetze angepasst wird.

Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen müssen die beste Versorgung erhalten – menschenwürdig und möglichst selbstbestimmt. Deshalb möchten wir den Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen nur im Notfall und bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung. Weiterhin müssen wir dafür sorgen, dass Psychopharmaka auch nur dann zum Einsatz kommen, wenn sie nötig sind und nicht, um PatientInnen „ruhig zu stellen“. Wir fordern, den Einsatz von Psychopharmaka in der Pflege durch Kooperationsvereinbarungen zwischen Pflegeheimen und Vertragsärzten auf das erforderliche Maß zu reduzieren.

Wir wollen lesbische Frauen und schwule Männer vor Diskriminierungen in Pflegeeinrichtungen schützen

Derzeit sind die Angebote der ambulanten und stationären Altenpflege weitestgehend nicht oder nicht ausreichend für die Lebenswelten schwuler Männer und lesbischer Frauen sensibilisiert. Pflegebedürftige Lesben und Schwule müssen, wenn sie ins Pflegeheim ziehen, ihr vertrautes Umfeld, in dem sie sich mit ihrer sexuellen Orientierung eingerichtet haben und vor Diskriminierung sicher fühlen, verlassen. Dies betrifft nicht nur die eigene Wohnung, sondern meistens auch den Freundes- und Bekanntenkreis. Im Pflegeheim leben sie mit Menschen zusammen, die ihre Prägung ebenfalls in den Zeiten von Kriminalisierung und Strafverfolgung erlebt haben und Homosexualität für pervers halten oder als Krankheit ansehen. Dadurch entstehen Ängste vor einer neuerlichen Ausgrenzung und Diskriminierung, und es kann zu einer regelrechten Retraumatisierung der Betroffenen kommen. Wir wollen das Pflege- und Wohnqualitätsgesetz wird um Regelungen ergänzen, die lesbische Frauen und schwule Männer in Pflegeheimen vor Diskriminierungen schützen. Wir wollen den „Prüfleitfaden für Einrichtungen der Pflege und Menschen mit Behinderungen in Bayern“ so überarbeiten, dass die spezifische Situation von schwulen und lesbischen Pflegebedürftigen berücksichtigt wird. Die Lebenssituation von Lesben, Schwulen und Transgendern sowie deren historische Diskriminierung soll in die Lehrplanrichtlinien für die Berufsfachschule Altenpflege aufgenommen werden.

Wir wollen das Prinzip „Rehabilitation vor Pflege“ umsetzen

Die meisten Menschen möchten im Alter möglichst lange selbstbestimmt zuhause leben. Geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen sind dabei ein entscheidender Baustein, denn sie tragen dazu bei, dass Pflegebedürftigkeit verzögert oder sogar verhindert wird. Momentan sind für die geriatrische Rehabilitation die gesetzlichen Krankenkassen zuständig. Die soziale Pflegeversicherung zählt laut Gesetz (§ 6 SGB IX) bislang nicht zu den Trägern für Rehabilitation. Dies stellt eine Schnittstellenproblematik dar – ein Fehlanreiz im Finanzierungssystem, der einen nachhaltigen und flächendeckenden Aufbau von Rehabilitationsmaßnahmen für ältere Menschen hemmt. Für Krankenkassen besteht nämlich kein Anreiz, die Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern, das Gegenteil ist der Fall: sobald eine Zuordnung zu einem Pflegegrad möglich ist, werden die Pflegekassen zum Kostenträger, was wiederum zu einer Entlastung der Krankenkassen führt. Wir fordern, dass die Pflegeversicherung bei der geriatrischen Reha in die Finanzierung einbezogen wird. Die Finanzierung der geriatrischen Rehabilitation muss durch auskömmliche Tagessätze stabilisiert werden. Wir wollen mehr Lehrstühle für Geriatrie an unseren Universitäten und einen Schwerpunkt Geriatrie in der fachärztlichen Weiterbildung in der inneren Medizin und der Allgemeinmedizin.

II. Unsere Forderungen für Fachkräfte in der Pflege

Wir wollen gute Arbeitsbedingungen und eine faire Bezahlungen für Pflegekräfte

Die Rahmenbedingungen für das Personal sind in der Kranken- wie in der Altenpflege denkbar schlecht. Die Pflegekräfte haben oft unzuverlässige Dienstzeiten, werden bei Bedarf aus dem Frei geholt, was ihr soziales Leben stark belastet. Auch die notwendige Erholungszeit ist dann nicht gewährleistet. Infolgedessen sind sie häufiger und länger krank als Beschäftigte in anderen Berufen. Auffällig hoch ist auch die Zahl derjenigen, die ihre Arbeitszeit reduzieren, weil sie sich einer Vollzeittätigkeit nicht mehr gewachsen fühlen. Es wundert also nicht, wenn 77% der KrankenpflegerInnen und 73% der AltenpflegerInnen überzeugt sind, ihren Beruf nicht bis zur gesetzlichen Rente ausüben zu können, wie eine Infes-Studie ergeben hat. Viele von ihnen ziehen daraus die Konsequenz, aus Ihrem Beruf auszusteigen: der DBfK spricht von einer durchschnittlichen Verweildauer in der Altenpflege von 8,4 Jahren, in der Krankenpflege gar nur von 7,5 Jahren. Dies sind alarmierende Zahlen. Dass mehr Personal in Krankenhäusern und Pflegeheimen nötig ist, wird nicht mehr ernsthaft bestritten.

Während beispielsweise in der Schweiz eine Pflegefachkraft in den Krankenhäusern 5,5 Patienten zu versorgen hat, ist sie in Deutschland für fast doppelt so viele, nämlich 10,3 zuständig. Nach Angaben der Gewerkschaft ver.di ist Deutschland damit Schlusslicht in Europa. Wir fordern eine Personalbemessung für Fachkräfte. So hilfreich es ist, wenn Pflegeassistenten oder anderes Hilfspersonal bei der Versorgung mit einspringt, so wenig können diese die fehlenden Fachkräfte ersetzen, welche für die Qualität der Pflege unverzichtbar sind. Für einen gesicherten und höheren Fachkraftschlüssel braucht es mehr Geld durch eine pflegeorientierte Reform des DRG-Systems, das den Wettbewerb zwischen den Einrichtungen fördert, der zulasten der Pflegekräfte und der Betreuten geht. Wir wollen die Bezahlung des Pflegepersonals deutlich verbessern. Da viele - vor allem private - Einrichtungen keine tariflichen Regelungen haben, ist ein allgemeinverbindlicher Branchentarifvertrag dringend notwendig. Darin sollte auch die gleiche Bezahlung in der Kranken- und Altenpflege realisiert werden.

Wir wollen eine bessere Finanzierung der Pflege im Krankenhaus

Im DRG-System finden vorwiegend die Kosten für die medizinische Behandlung Berücksichtigung – und selbst diese nicht bezogen auf den Einzelfall, sondern pauschal. Der Aufwand für die notwendige Pflege, der je nach Krankheitsverlauf sehr unterschiedlich ist, spiegelt sich darin zu wenig wider. Dadurch werden Fehlanreize geschaffen, die zu Lasten der Patienten gehen. Aufwendige Untersuchungen und Behandlungen, deren medizinischer Nutzen nicht immer evident ist, bescheren dem Krankenhaus Einnahmen, eine gute Pflege hingegen kaum. Infolgedessen herrscht in vielen Kliniken

zwar auch Mangel an ärztlichem und medizinischem Personal, vor allem aber an Pflegekräften. Ohne auskömmliche Pflegesätze wird sich dieser Zustand nicht verbessern. Pflegeleistungen müssen daher im pauschalen Entgeltsystem der Krankenhäuser besser berücksichtigt werden.

Besonders pflegeintensiv ist die Hospiz- und Palliativversorgung. Dem wird in den Hospizen und Palliativstationen durch einen deutlich verstärkten Einsatz von Pflegepersonal seitens der Träger Rechnung getragen. Hier muss die Refinanzierung gewährleistet sein. Nach dem Hospiz-und Palliativgesetz haben Patienten aber nicht nur in besonderen Einrichtungen, sondern in allen Krankenhäusern und Pflegeheimen einen Anspruch auf Palliativversorgung. Dafür brauchen Pflegekräfte aber genau das, was ihnen derzeit in ihrer Arbeit zumeist fehlt: Zeit!

Wir wollen die beste Aus- und Weiterbildung für Pflegekräfte

Durch das Pflegeberufereformgesetz vom Juli 2017 wurden langjährige Forderungen der SPD umgesetzt. Dazu zählen die Gebührenfreiheit der Pflegeausbildung, die solidarische Finanzierung der Ausbildungskosten durch einen Ausgleichsfonds, eine angemessene Ausbildungsvergütung und eine generalistische Pflegeausbildung mit Spezialisierungsmöglichkeiten.

Auch in Pflegeberufen wird aber die Weiterbildung künftig eine größere Rolle spielen müssen. Wir wollen daher einen gesetzlichen Anspruch von ArbeitnehmerInnen zur Weiterbildung. Die Finanzierung der Weiterbildung muss durch die Einrichtungen und durch staatliche Unterstützung etwa in Form eines Meisterbonus gesichert sein. Eine weitgehende Akademisierung der Pflege in Konkurrenz zur dreijährigen Ausbildung scheint hingegen weniger erstrebenswert. Wenn die in einem Studium erworbenen Kenntnisse der Pflege und den Patienten direkt zu Gute kommen, ist dagegen nichts einzuwenden, im Gegenteil. Tendenzen, durch ein Studium mehr die Qualität der Organisation statt der Pflege zu fördern, sind allerdings bedenklich.

Weitgehend ungenutzt bleibt derzeit das Potential von MigrantInnen. Vor der Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse wurden so hohe Hürden aufgebaut, dass sie für viele unüberwindbar sind. Dem abzuhelfen wäre ein leicht umsetzbarer und schnell wirkender Beitrag zur Behebung des Fachkräftemangels.

Wir wollen Hinweisgeber in der Pflege besser schützen

Der allergrößte Teil der Pflege geschieht verantwortungsvoll und mit sehr großem Engagement. Immer wieder werden Fälle von Missständen oder von Pflegebetrug bekannt. Wir wollen eine Kultur des Hinschauens und nicht des Misstrauens schaffen. Wir sind darauf angewiesen, dass Missstände auch durch interne Hinweisgeber („Whistleblower“) aufgedeckt und gemeldet werden. Whistleblower dürfen wegen ergangener

Hinweise nicht durch den Arbeitgeber benachteiligt werden, und sie sollen das Recht erhalten, sich an betriebsinterne oder externe Stellen zu wenden. Wir wollen, dass Hinweisgeber auch in der Pflege besser geschützt werden.

Wir wollen Pflegekräfte von Bürokratie entlasten

Als ausgesprochen zeitraubend wird vielfach die vorgeschriebene Dokumentation beklagt. Sie ist im Interesse von Patienten und Personal nicht verzichtbar; allerdings ließe sich der jetzt damit verbundene bürokratische Aufwand deutlich reduzieren. Inwieweit entsprechende Modellprojekte zielführend sind, werden wir prüfen.

Wir wollen die Pflege in Modellprojekten weiter entwickeln

In Modellprojekten wie beispielsweise AGnES (Arztentlastende, Gemeindenahe, Elektronisch gestützte, Systemische Intervention) übernehmen qualifizierte, nicht-ärztliche Fachkräfte Hausbesuche und bestimmte therapeutische Tätigkeiten. HausärztInnen werden damit entlastet und eine qualifizierte Versorgung ist möglich. Wir wollen, dass Modellprojekte wie AGnES, Schulkrankenpflege und Gemeindeschwestern auch in Bayern durchgeführt und gefördert werden.

III. Unsere Forderungen für Angehörige und ehrenamtlich Pflegende

Wir wollen pflegende Angehörige finanziell besser absichern

Knapp jeder Zwanzigste der 40- bis 85jährigen pflegt einen Familienangehörigen. Für die pflegenden Angehörigen stellt das oftmals eine große Herausforderung dar – psychisch, körperlich und auch was die Organisation angeht. Sie haben keine entsprechende Ausbildung und müssen lernen, wie Pflege funktioniert. Sie müssen ihren Alltag bewältigen – Pflege, Familie, Beruf unter einen Hut bekommen und dabei selbst gesund bleiben. Meist sind es Frauen, die sich um die Pflege ihrer Angehörigen kümmern und deshalb gar nicht oder nur in Teilzeit arbeiten. Das führt zu sinkenden Renten und zu Altersarmut, von der ohnehin besonderes das weibliche Geschlecht betroffen ist. Wir wollen daher die Angebote zur Unterstützung im Alltag ausbauen, ebenso wie eine flächendeckende Beratungsstruktur. Wir fordern steuerlich finanzierte Lohnersatzleistungen, ähnlich dem Elterngeld, um Pflegende bei der Vereinbarung von Pflege und Beruf besser zu unterstützen, und wir wollen eine bessere Anrechnung von Pflegezeiten bei der Rente.

Wir wollen pflegende Angehörige besser und einfacher beraten

Pflegestützpunkte sind essentielle Anlaufstellen für pflegende Angehörige. Leider hinkt Bayern hier im Vergleich zu anderen Bundesländern weit hinterher. Pflegelotsen sollen als qualifizierte AnsprechpartnerInnen für Ihre pflegenden KollegInnen fungieren und sie dabei unterstützen, Pflege, Beruf und Familie besser zu vereinbaren. Wir fordern den verstärkten Auf- und Ausbau von Pflegestützpunkten und die Qualifizierung von betrieblichen Pflegelotsen im öffentlichen Dienst und in der Privatwirtschaft.

Auch junge Menschen können pflegebedürftig sein. Die überwiegende Mehrzahl der betroffenen Familien vermisst einen verlässlichen und kundigen Lotsen, der sie durch das nicht immer einfach zu verstehende Gesundheitssystem lotst. Oft müssen Eltern unterschiedliche Leistungen bei verschiedenen Trägern beantragen und auch beim Übergang in die nächste Leistung und bei der Transition von der Kindes- zur Erwachsenenmedizin kommt es zu vermeidbaren Wartezeiten. Wir wollen passgenaue Unterstützungsangebote und Beratung speziell für Familien von pflegebedürftigen Kindern. Wir müssen auch dafür sorgen, dass der Übergang von chronisch erkrankten Jugendlichen in die Erwachsenenmedizin – die sogenannte Transition – ohne Stolpersteine und Versorgungslücken gelingt.

Laut Report „Junge Pflegende“ des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) sind etwa fünf Prozent der 12- bis 17-Jährigen (zirka 230.000 Jugendliche deutschlandweit) regelmäßig in Pflegeaufgaben eingebunden. Dabei helfen 90 Prozent der befragten Jugendlichen mehrmals in der Woche, 33 Prozent sogar täglich. Kinder und Jugendliche alters-

adäquat in die Pflege einzubeziehen, ist durchaus wünschenswert und kann sich positiv auf das Familienleben und die Krankheitsbewältigung auswirken. Jedoch dürfen die erheblichen Herausforderungen und Belastungen nicht unterschätzt werden, mit denen junge Pflegende konfrontiert sind. Sie müssen die Pflegeaufgaben mit dem Heranwachsen vereinbaren, mit Schule und Ausbildung und gleichzeitig die Krankheit des Familienmitglieds auf psychologischer Ebene bewältigen. Wir setzen uns daher ein für Beratungs- und Unterstützungsangebote speziell für junge Pflegende. Die Vernetzung entsprechender Akteure, wie LehrerInnen, SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen, Jugendhilfeeinrichtungen muss verbessert und intensiviert werden. Wir wollen, dass ein Sorgentelefon und Angebote im Internet als niederschwellige Anlaufstelle zur Verfügung stehen.

Wir wollen pflegende Angehörige durch Kurzzeitpflege entlasten

Eine wichtige Entlastungsfunktion für pflegende Angehörige hat die Kurzzeitpflege. Die Pflegestärkungsgesetze haben den Anspruch auf Kurzzeitpflege verbessert. Allerdings gibt es in Bayern nur wenige sogenannte solitäre Kurzzeitpflegeplätze, also Pflegeplätze, die ausschließlich für Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen. Die meisten Plätze der Kurzzeitpflege sind „eingestreut“, stehen also nur zur Verfügung, wenn keine andere stationär betreute Bewohnerin oder kein anderer stationär betreuter Bewohner ihn benötigt. Pflegende Angehörige können daher nur selten kurzfristig auf diese Plätze zugreifen. Wir wollen einen umfassenden und bedarfsgerechten Ausbau von Entlastungsangeboten und Hilfen im Alltag. Pflegende Angehörige müssen entlastet werden, dazu müssen die Kurzzeitpflegeplätze ausgebaut werden. Wir fordern deshalb eine Investitionskostenförderung für solitäre Kurzzeitpflegeplätze in Höhe der Aufwendungen. Wir brauchen außerdem einen Landesrahmenvertrag für die Kurzzeitpflege sowie die teilstationäre Pflege. Eine solche Vereinbarung zielt darauf ab, eine gute pflegerische Versorgung der pflegebedürftigen Menschen zu gewährleisten.

Wir wollen ehrenamtlich Pflegende fördern

Ehrenamtlich Engagierte in den pflegerischen Versorgungsmix einzubinden ist zukunftsträchtig, hier gibt es Potential und auch viel Engagementwillen in der Bevölkerung. Dieser unschätzbare Beitrag zum Gelingen des Zusammenlebens in unserer Gesellschaft ist nicht mit Geld aufzuwiegen – aber es ist auch nicht kostenlos und kann nicht für selbstverständlich erachtet werden. Die Motivation, sich ehrenamtlich einzubringen, ist meist mit dem Wunsch nach Mitmenschlichkeit zu begründen und darin, sich sinnstiftend einzubringen. Vielen Ehrenamtlichen liegt auch der Kontakt zu anderen Menschen und nach Austausch und neuen Erfahrungen am Herzen. Abschreckend wirken im Bereich Gesundheit und Pflege hingegen die Konfrontation mit Krankheit und Tod sowie die Angst vor psychischen und physischen Belastungen. Wir möchten Ehrenamtliche in den Versorgungsmix integrieren. Dabei müssen aber die Rahmenbe-

dingungen für die Ehrenamtlichen stimmen. Wir brauchen Koordinatoren, Mediationsangebote und Weiterbildungsangebote – das ehrenamtliche Engagement muss einen professionellen Rahmen erhalten.

Mehrgenerationenhäuser sind Orte der Begegnung und des Miteinanders der Generationen. Dazu gehören Betreuungs- oder auch Lernangebote für Kinder und Jugendliche, Weiterbildungskurse für Erwachsene, Deutschkurse für Migrantinnen und Migranten, aber auch Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige oder Menschen mit Behinderung und deren Angehörige. Mehrgenerationenhäuser leisten einen wichtigen Beitrag in allen Lebenslagen für sämtliche Zielgruppen. Sie erhalten über ein Bundesprogramm 30.000 Euro jährlich, wobei die Kommune 10.000 Euro als Kofinanzierung dazu steuern muss. Momentan unterstützt der Freistaat lediglich besonders vom demografischen Wandel betroffene und finanzschwache Kommunen mit 5.000 Euro pro Jahr. Wir setzen uns dafür ein, die Förderung von Mehrgenerationenhäusern zu verbessern und zu verstetigen.

IV. Unsere Forderungen zur Finanzierung der Pflege

Wir wollen die Pflegeversicherung zu einer Vollversicherung ausbauen

Die Menschen in Deutschland werden im Durchschnitt immer älter. Das ist eine erfreuliche Entwicklung. Allerdings steigt mit der Lebenserwartung auch die Wahrscheinlichkeit krank und pflegebedürftig zu werden. Es ist eine Frage der sozialen Gerechtigkeit, dass Krankheit und Pflegebedürftigkeit nicht zum Armutsrisiko werden.

Derzeit erhalten Betroffene von der Pflegeversicherung ein Pflegegeld, dessen Höhe sich nach dem anerkannten Pflegegrad richtet. Seit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kommen zwar auch Demenzkranke erstmals in den Genuss von Pflegegeld, das allerdings die Kosten der notwendigen Pflege bei weitem nicht deckt. Weiterhin werden Rente, Pension, Ersparnisse und nahe Verwandte zur Finanzierung der benötigten Pflege herangezogen. Nicht nur Pflegebedürftigen, die auf staatliche Unterstützung angewiesen sind, bleibt oft nur ein geringes Taschengeld, über das sie selbst verfügen können. Das ist demütigend und unserem Anspruch auf ein menschenwürdiges Leben nicht vereinbar.

Wir wollen deshalb die Pflegeversicherung zu einer Vollversicherung umgestalten. Dafür müssen einerseits die Beiträge steigen, andererseits der Kreis der Beitragszahler deutlich erweitert werden. Ebenso wie die Krankenversicherung wollen wir auch die Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung umwandeln, in die aus allen Einkünften Beiträge fließen. Bei genügend Einnahmen kann die Pflege ohne finanzielle Belastung der Betroffenen solidarisch finanziert werden.

Wir wollen Pflegeleistungen regelmäßig anpassen und die ambulanten den stationären Leistungen angleichen

Durch die Pflegstärkungsgesetze profitieren mehr Menschen von verbesserten Leistungen der Pflegeversicherung. Diese Reformen waren überfällig. Seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung 1995/96 kam es zu keiner Anpassung der Leistungspauschalen. Erst durch das Pflegestärkungsgesetz II wurden sie um etwa vier Prozent erhöht. Die ist begrüßenswert, reicht aber nicht aus, um den angestauten Kaufkraftverlust der vergangenen 20 Jahre auszugleichen, denn während der von den Pflegebedürftigen zu erbringende Eigenanteil in vollstationären Einrichtungen stetig weiter angestiegen ist, erfolgte keine entsprechende Anhebung der Leistungen. Dies sorgt dafür, dass immer mehr Pflegebedürftige auf Sozialhilfe angewiesen sind.

Wir wollen, dass bei steigenden Kosten in der Pflege auch die Leistungen aus der Pflegeversicherung kontinuierlich steigen. Wir wollen vermeiden, dass immer mehr Pflegebedürftige auf Sozialhilfe angewiesen sind. Die Einkommensgrenze, ab der Kinder

für ihre Eltern Unterhalt bezahlen müssen, muss angehoben werden, damit sie nicht zu stark finanziell belastet werden. Durch einen Steuerzuschuss und einen Solidarausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung soll für Ausgleich gesorgt werden.

Wird ein Pflegebedürftiger von Angehörigen oder Privatbetreuern gepflegt, erhält er je nach Pflegegrad ein monatliches Pflegegeld. Wenn ein ambulanter Pflegedienst die Betreuung übernimmt, werden Pflegesachleistungen bezahlt, die ebenfalls abhängig sind vom Pflegegrad. Werden Pflegebedürftige in einer stationären Einrichtung versorgt, gewährt die Pflegekasse je nach Pflegegrad unterschiedlich hohe Zuschüsse. Da die stationäre Versorgung teurer ist als die ambulante, sind die bezahlten Finanzmittel entsprechend höher. Die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen sind vielfältig, wir brauchen deshalb eine bedarfsgerechte Versorgung mit passgenauen Angeboten und Flexibilität. Jeder Pflegebedürftige und jede Pflegebedürftige auch mit Unterstützungsbedarf soll ein selbstbestimmtes Leben führen können. Um dem Wunsch vieler Pflegebedürftiger nach einem Leben und älter werden in den eigenen vier Wänden zu entsprechen, möchten wir die ambulanten Leistungen weiter denen im stationären Bereich angleichen.

Wir wollen mehr staatliche Investitionen in die stationäre Kranken- und Altenpflege

Seit 2005 gibt es keine staatliche Investitionsförderung mehr für notwendige Sanierungs- und Modernisierungsmaßnahmen sanierungsbedürftiger Altenhilfeeinrichtungen. Sind betrieblich bedingte Investitionskosten der Heime nötig – zum Beispiel für Erhalt und Renovierung von Gebäuden – können Heimträger diese Kosten auf die BewohnerInnen umlegen. Nach entsprechenden Baumaßnahmen steigen daher die Pflegesätze für die pflegebedürftigen BewohnerInnen zum Teil deutlich an. Wir fordern daher, Investitionszuschüsse bei Sanierung von Pflegeeinrichtungen auch im Bestand müssen wiedereinzuführen.

Auch in der staatlichen Krankenhausfinanzierung gibt es erhebliche Defizite mit negativen Konsequenzen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Patientinnen und Patienten: Krankenhäuser und ihre Träger müssen Personal insbesondere in der Pflege einsparen, und sie müssen die Zahl der durchgeführten medizinischen Prozeduren erhöhen, um ihr finanzielles Überleben zu sichern. Bereits im Jahr 2013 war mehr als die Hälfte der Krankenhäuser in Bayern defizitär. Die reduzierte Personalausstattung der Pflege führt zu einer immensen Arbeitsbelastung des Pflegepersonals und potentiell zu Risiken bei der Behandlungsqualität. Wir wollen daher die staatlichen Investitionen in die Qualität von Krankenhäusern deutlich ausbauen.

Hintergrund

Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit

Im Jahr 2017 bezogen rund 3,1 Mio. Menschen Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung. im Jahr 2002 lag diese Zahl noch bei 1,89 Mio. Menschen. Die Zahl der Leistungsbezieher in der sozialen Pflegeversicherung hat also innerhalb von 15 Jahren um rund 64% zugenommen. Mitte 2017 waren 2,5% der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad 1 eingestuft, 45,2% nach Pflegegrad 2, 28,4% nach Pflegegrad 3, 16,2% nach Pflegegrad 4 und 7,6% nach Pflegegrad 5.[1] Da das Pflegerisiko mit dem Alter zunimmt und immer mehr Menschen immer älter werden, wird die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich zunehmen. In einem optimistischen Szenario werden für das Jahr 2030 mindestens 3,0 Millionen Pflegebedürftige erwartet und für das Jahr 2050 dann 3,76 Millionen. In einem realistischen Szenario ist bis 2030 mit 3,50 Millionen und bis 2050 mit 4,50 Millionen Pflegebedürftigen zu rechnen.[2]

Allein in Bayern lebten 2015 rund 348.000 Pflegebedürftige. Das entsprach 2,7% der Bevölkerung. In Deutschland insgesamt lag diese sogenannte Pflegequote bei 3,5%.[3] Der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Einwohnerinnen und Einwohnern Bayerns nimmt mit steigendem Alter kontinuierlich zu: Während bei den 65- bis unter 70-Jährigen nur 24 von 1.000 Einwohnern pflegebedürftig waren, belief sich diese Zahl in der Gruppe der 75- bis unter 80-Jährigen bereits auf einen Wert von 78. In der Gruppe der 85- bis unter 90-Jährigen waren 337 Personen von 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern pflegebedürftig, in der Gruppe der über 90-Jährigen waren es 590.[4]

Finanzielle Aspekte der Altenpflege

In Deutschland ist das Pflegerisiko als Teilkaskoversicherung abgesichert: Lediglich Personen mit erheblichem Pflegebedarf können Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen. Und selbst dann sind häufig noch hohe private Zuzahlungen nötig. Bei stationären Pflegeleistungen beispielsweise beträgt der Eigenkostenanteil in Deutschland über 50%. In anderen europäischen Ländern ist dieser Anteil nicht nur deutlich niedriger, sondern es werden – etwa in Dänemark oder Finnland – bereits bei geringfügiger Pflegebedürftigkeit Leistungen gewährt, oftmals auch, wenn lediglich Hilfe bei den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten benötigt wird.[5]

---

[1] Bundesministerium für Gesundheit: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Berlin, 2017.
[2] Statistisches Bundesamt: Demografischer Wandel in Deutschland. Wiesbaden, 2010.
[3] Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2015 Ländervergleich. Wiesbaden, 2017.
[4] Vierter Bericht der Bayerischen Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern. München, 2017.
[5] Schulz, E.: Das deutsche Pflegesystem ist im EU-Vergleich unterdurchschnittlich finanziert. DIW-Wochenbericht 13/2012.

Die Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung betrugen 2016 rund 32 Mrd. Euro und ihre Ausgaben 31 Mrd. Euro. Der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung betrug am Jahres 2016 etwa 9,34 Milliarden Euro.[6] Die Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben zeigt, dass die soziale Pflegeversicherung in den zurückliegenden Jahren keine Finanzierungsdefizite aufzuweisen hatte. Zwar hat es in den Jahren nach 2007 in Folge der mit den Pflegereformen 2008 (Pflegeweiterentwicklungsgesetz) und 2012 (Pflegeneuausrichtungsgesetz) eingeleiteten Leistungsverbesserungen einen sichtbaren Ausgabenzuwachs gegeben. Da aber zeitgleich auch die Beitragssätze angehoben wurden, konnten weiterhin Einnahmeüberschüsse erzielt und die Rücklagen aufgestockt werden. Einen erneuten Ausgabenschub gibt es seit 2015 – die Leistungsverbesserungen im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes I machen sich bemerkbar. Gleichzeitig sind aber 2015 auch die Beitragssätze erneut angehoben worden (auf 2,35% für Kinderlose), so dass sich die Finanzlage der Pflegeversicherung weiter stabil zeigt.[7]

Durch das Pflegestärkungsgesetz I wurde der sogenannte Pflegevorsorgefonds eingeführt. In diesem Pflegevorsorgefonds wird ein Anteil von 0,1 Prozentpunkten der Pflegeversicherungsbeiträge pro Jahr als Sondervermögen angelegt. Aktuell sind dies etwa 1,2 Milliarden Euro pro Jahr. Über einen Zeitraum von 20 Jahren soll so Geld angespart werden, um danach zu erwartende Beitragssteigerungen abzumildern. Hierbei handelt es sich nicht um ein systemimmanentes Element des Umlageverfahrens, sondern vielmehr um ein typisches Element der Kapitaldeckung. Mit der Einführung des Pflegevorsorgefonds erfolgte ein Systemwechsel vom reinen Umlageverfahren zur Teilkapitaldeckung. Ein Pflegevorsorgefonds wäre zwar grundsätzlich ein geeignetes Mittel zur Begrenzung demografiebedingter Steigerungen des Beitragssatzes und zu einer gleichmäßigeren Verteilung entsprechender Lasten. Das Sondervermögen in der derzeitigen Höhe dürfte nur zu einer vernachlässigbar geringen Glättung des Beitragssatzes führen. Hinzu kommt, dass das Sondervermögen nur vorübergehend und nicht dauerhaft dazu eingesetzt werden kann. Der Pflegevorsorgefonds ist nicht mehr als Ausdruck einer Symbolpolitik.[8]

Der Pflegesatz für vollstationäre Dauerpflege in der Pflegeklasse III betrug im Jahr 2015 im Durchschnitt rund 82 Euro pro Tag, und der Satz für Unterkunft und Verpflegung 22 Euro pro Tag. Monatlich waren somit für Pflege und Unterbringung in der höchsten Pflegestufe an das Heim rund 3.165 Euro als Vergütung zu entrichten.[9] Fachkräfte in der Altenpflege verdienen bundesweit im Median 2.621 Euro pro Monat. Eine regionale Spannbreite von fast 1.000 Euro weisen die Entgelte der Fachkräfte in der Altenpflege

[6] Bundesministerium für Gesundheit: Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Berlin, 2017

[7] Sozialpolitik Aktuell in Deutschland: Einnahmen, Ausgaben und Finanzentwicklung der Pflegeversicherung. Duisburg, 2018.

[8] Fichte, D.: Notwendigkeit und Ausgestaltung von Rücklagen in der sozialen Pflegeversicherung. Vierteljahreshefe zur Wirtschaftsforschung 4/2014.

[9] Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2015 Deutschlandergebnisse. Wiesbaden, 2017.

auf: Sie variieren von 1.985 Euro in Sachsen-Anhalt bis 2.937 Euro in Baden-Württemberg.[10]

Leistungen der Hilfe zur Pflege aus der Sozialhilfe können in Anspruch genommen werden, wenn die pflegebedürftige Person oder ihre unterhaltspflichtigen Angehörigen nicht über genügend Eigenmittel verfügen, um die verbleibenden Kosten für einen notwendigen und angemessenen Pflegebedarf zu tragen. Im Jahr 2014 bezogen rd. 99.000 zu Hause lebende Pflegebedürftige bzw. 5,1% dieser Pflegebedürftigen Hilfe zur Pflege. Im stationären Bereich ist der Anteil der auf Hilfe zur Pflege Angewiesenen hingegen höher: 2014 waren dies rund 253.000 Personen oder 31,7% dieser Pflegebedürftigen. Wie die Ausgaben der Pflegeversicherung sind auch die Aufwendungen für die Hilfe zur Pflege in den letzten Jahren aufgrund der Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen angestiegen. Während in der Hilfe zur Pflege im Jahr 2011 brutto noch 3,6 Mrd. Euro ausgegeben wurden, wendeten die Sozialhilfeträger dafür im Jahr 2014 4,0 Mrd. Euro auf. Die tatsächliche Belastung der Sozialhilfe mit Pflegekosten ist jedoch geringer: Nach Anrechnung von Einkommen der Betroffenen oder ihrer Angehörigen beliefen sich die tatsächlichen Nettokosten der Sozialhilfeträger auf 3,5 Mrd. Euro. Der Anstieg bei den Ausgaben der Hilfe zur Pflege vollzog sich zudem langsamer als der Anstieg der Ausgaben der Pflegeversicherung: Während dort die Leistungsausgaben von 21,6 Mrd. Euro auf 25,1 Mrd. Euro und damit um 16,2% gestiegen sind, belief sich der Anstieg der Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege zwischen 2011 und 2014 auf 12,0%.[11]

Familiäre Altenpflege

Fast drei Viertel (73% bzw. 2,08 Millionen) der Pflegebedürftigen wurden im Jahr 2015 zu Hause versorgt. Davon erhielten 1,39 Millionen Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld, das bedeutet, sie wurden in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt.[12] In Bayern wurden im Jahr 2015 rund 69% der Pflegebedürftigen (241.300 Personen) zu Hause betreut, und davon etwa zwei Drittel alleine durch Angehörige. Man kann also sagen, dass in Bayern fast jede zweite pflegebedürftige Person ausschließlich durch Angehörige gepflegt wird.[13]

Die Zahl der Angehörigen, die sich um Pflegebedürftige kümmern, ist noch deutlich höher, als die Zahl der Bezieher von Pflegegeld: Vier Prozent der Männer und sieben Prozent der Frauen zwischen 16 und 64 Jahren kümmerten sich im Jahr 2012 mindestens eine Stunde pro Werktag um pflegebedürftige Personen. Das entspricht ungefähr 60% aller pflegenden Personen oder rund 2,5 Millionen der insgesamt vier Millionen informell Pflegenden. Der Anteil der informell Pflegenden unter den Personen im er-

[10] Bundesministerium für Gesundheit: Beschäftigte in der Pflege. Online-Zugriff unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html am 13.03.2018.
[11] Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin, 2016.
[12] Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2015. Wiesbaden, 2017.
[13] Statistisches Bundesamt Wiesbaden: Pflegestatistik 2015 Ländervergleich. Wiesbaden, 2017.

werbsfähigen Alter steigt mit dem Alter und ist in den älteren Erwerbsjahren besonders hoch. Bei den 55- bis 64-jährigen Frauen liegt er bei ungefähr zwölf Prozent, bei den gleichaltrigen Männern bei rund acht Prozent.[14]

Ambulante Pflegedienste

Im Jahr 2015 waren in Deutschland 13.300 ambulante Pflegedienste zugelassen. Davon befand sich die Mehrzahl in privater Trägerschaft (8.700 bzw. 65%); der Anteil der freigemeinnützigen Träger betrug 33%. Öffentliche Träger hatten entsprechend dem Subsidiaritätsvorbehalt einen Anteil von lediglich 1%. Im Schnitt betreute ein Pflegedienst 52 Pflegebedürftige. Von den 356.000 Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten Beschäftigten arbeitete die überwiegende Mehrheit (69%) Teilzeit, 87% waren Frauen und 38% waren 50 Jahre und älter. Die Gesamtzahl der Beschäftigten entsprach 239.000 Vollzeitäquivalenten. Der Haupteinsatzbereich des Personals war die Grundpflege: Hier hatten zwei Drittel (67%) der Beschäftigten ihren Arbeitsschwerpunkt. Als Pflegedienstleitung fungierte 5% des Personals; ein Achtel (12%) des Personals erbrachte hauswirtschaftliche Versorgung; jede zwanzigste (5%) Mitarbeiterin war für die Verwaltung oder Geschäftsführung des Dienstes tätig. Überwiegend häusliche Betreuung erbrachten 4% des Personals.[15]

In Bayern waren im Jahr 2015 1.913 ambulante Pflegedienste zur Versorgung in der sozialen Pflegeversicherung zugelassen, die im Durchschnitt 43 Pflegebedürftige betreuten. Gut 59% der Pflegedienste wurden privat betrieben, knapp 40% befanden sich in freigemeinnütziger und 1% in öffentlicher Trägerschaft. Die ambulanten Pflegedienste in Bayern betreuten im Jahr 2015 insgesamt 82.837 Pflegebedürftige. Davon waren 56% der Pflegestufe I zugeordnet, 31% der Pflegestufe II und 13% der Pflegestufe III. In den ambulanten Pflegediensten arbeiteten insgesamt rund 47.000 Personen, davon 23% Vollzeit und 49% Teilzeit. 26% waren geringfügig beschäftigt, und knapp 2% arbeitete als Auszubildenden oder machte ein Praktikum. Von den Beschäftigten waren 14% unter 30 Jahre alt, 46% zwischen 30 und 50 Jahre und 40% über 50 Jahre.[16]

Stationäre Altenpflege

Bundesweit gab es im Dezember 2015 rund 13.600 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Die Mehrzahl der Heime (53% bzw. 7.200) befand sich in freigemeinnütziger Trägerschaft. Der Anteil privater Träger betrug 42% und lag somit niedriger als im ambulanten Bereich. Öffentliche Träger haben, wie im ambulanten Bereich, mit 5% den geringsten Anteil. Im Schnitt betreute ein Pflegeheim 63 Pflegebedürftige. Die meisten Heime (11.200) boten vollstationäre Dauerpflege an. Das Angebot

[14] Geyer, J., Schulz, E.: Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. DIW Wochenbericht 14/2014.
[15] Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2015 Deutschlandergebnisse. Wiesbaden, 2017.
[16] Statistisches Bundesamt Wiesbaden: Pflegestatistik 2015 Ländervergleich. Wiesbaden, 2017.

der anderen Heime setzt sich entweder aus Kurzzeitpflege und/oder Tages- sowie Nachtpflege zusammen. Von den insgesamt 929.000 Plätzen entfielen 866.000 (93%) auf die vollstationäre Dauerpflege. Kurzzeitpflege erhielten 24.200 Pflegebedürftige, Tagespflege 73.800 und Nachtpflege lediglich 42 Pflegebedürftige.

In den Pflegeheimen waren insgesamt 730.000 Personen beschäftigt. Dies entsprach ungefähr 525.000 Vollzeitäquivalenten. Die überwiegende Mehrzahl (84%) der beschäftigten Personen war weiblich. Weniger als ein Drittel (29%) der Beschäftigten arbeitete Vollzeit. Knapp zwei Drittel (64%) der Beschäftigten hatten ihren Arbeitsschwerpunkt im Bereich Pflege und Betreuung. Jeder Sechste (16%) arbeitete in der Hauswirtschaft. Auf Verwaltung, Haustechnik und sonstige Bereiche entfielen zusammen 9% der Beschäftigten und zur sozialen Betreuung waren 4% des Personals vorgesehen. Knapp ein Fünftel der Beschäftigen (18%) war unter 30 Jahre alt, 41% zwischen 30 und 49 Jahre und 40% 50 Jahre und älter. Von den im Bereich Pflege und Betreuung Tätigen hatte fast jeder Zweite (45%) entweder einen Abschluss als Altenpflegerin und -pfleger (34%), Gesundheits- und Krankenpflegerin und -pfleger (10%) oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und -pfleger (1%). Wenn man den Fachkraftbegriff weit fasst und neben den Fachkräften für die Pflege auch die für Betreuung einbezieht, waren von den im Bereich Pflege und Betreuung (hier einschließlich soziale Betreuung) eingesetzten Personen insgesamt rund 47% Fachkräfte, bei einer Betrachtung nach geschätzten Vollzeitäquivalenten 51%.[17]

In Bayern gab es im Jahr 2015 1.804 Pflegeheime mit insgesamt 134.772 Plätzen. Im Durchschnitt verfügten die Pflegeheime über 75 Plätze. 54% der Pflegeheime befanden sich in freigemeinnütziger, 10% in öffentlicher Trägerschaft und 36% wurden von einem privaten Träger betrieben. Von den 114.582 Pflegebedürftigen befanden sich 103.751 (91%) in vollstationärer Dauerpflege. In den bayerischen Pflegeheimen arbeiteten 2015 102.773 Personen. Davon waren 33% Vollzeit, 53% Teilzeit und 7% geringfügig beschäftigt. 7% waren Auszubildende oder im Praktikum. 17% der Beschäftigten waren unter 30 Jahre alt, 41% zwischen 30 und 50 Jahre und ebenfalls 41% waren über 50 Jahre alt.[18]

Fachkräftemangel in der Altenpflege

Die Altenpflege gehört in den letzten Jahren zu den besonders stark wachsenden Dienstleistungsbranchen. Die Zahl der Beschäftigten ist allein im Zeitraum von 2013 bis 2015 bei ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen mit rd. 80.000 Stellen um rd. 8 Prozent angestiegen. Die Zahl der Pflegefachkräfte in ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen nach SGB XI hat sich zwischen 1999 und

[17] Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2015 Deutschlandergebnisse. Wiesbaden, 2017.
[18] Statistisches Bundesamt Wiesbaden: Pflegestatistik 2015 Ländervergleich. Wiesbaden, 2017.

2015 um rund 77 Prozent erhöht.[19] Bereits heute fehlen in allen Pflegeberufen Fachkräfte. Indizien für bestehende Engpässe können aus der Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit entnommen werden. Im Dezember 2017 waren Stellenangebote für examinierte Altenpflegefachkräfte und -spezialisten demnach im Bundesdurchschnitt 171 Tage unbesetzt. Auf 100 gemeldete Stellen kamen rechnerisch lediglich 29 Arbeitslose.

Der Pflegereport der Bertelsmann Stiftung prognostiziert, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 um 50 Prozent steigt. Zugleich nimmt die Zahl derjenigen ab, die in der Pflege arbeiten. Demnach werden fast 500.000 Vollzeitkräfte in der Pflege fehlen, wenn sich die derzeitigen Trends fortsetzen.[20] Das informelle Pflegepotenzial, also die Pflege durch Angehörige und nahestehende Personen, nimmt aus soziodemografischen Gründen im Zeitraum bis zum Jahr 2030 deutlich ab. Dieser Trend ist einerseits getrieben durch die Veränderung von Familien- und Haushaltskonstellationen. Andererseits steigt die Arbeitsnachfrage in der Gesamtwirtschaft, was zu höheren Erwerbsquoten (insbesondere bei Frauen) führt. In der Folge fehlen künftig informelle Arbeitskräfte. Daraus resultiert ein „Ersatzbedarf" in Höhe von 125.000 professionellen Pflegekräften. Eine Untersuchung der Prognos AG kommt daher bis 2030 ebenfalls zu einem zusätzlichen Pflegekräftebedarf von rund 500.000 Vollzeitkräften.[21]

Im Jahr 2050 könnten rein demographisch bedingt circa 670.000 bis eine Million Arbeitskräfte fehlen. Diese Entwicklung muss jedoch nicht zwangsläufig eintreten. Zum einen könnten Maßnahmen zur Erhöhung des Arbeitskräfteangebots – wie etwa verstärkte Zuwanderungen, eine Erhöhung der Vollzeiterwerbstätigenquote, ein längeres Verbleiben im Pflegearbeitsmarkt und die Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes auch für Männer – dem entgegenwirken. Zum anderen könnten die Pflegebedarfe durch ein anderes Gesundheitsverhalten, medizinischen Fortschritt sowie verstärkte Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen weniger stark steigen, als rein demographisch errechnet. Würde es gelingen, die Pflegeraten um fünf Jahre in höhere Altersjahre zu verschieben, dann würde sich die Lücke auf dem Pflegemarkt merklich reduzieren.[22]

Akutpflege im Krankenhaus

Ende 2016 waren 433.434 Personen im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser beschäftigt. Davon waren 369.171 oder rund 85% Frauen. Teilzeit oder geringfügig beschäftigt

---

[19] Bundesministerium für Gesundheit: Beschäftigte in der Pflege. Online-Zugriff unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html am 13.03.2018.
[20] Bertelsmann-Stiftung: Themenreport Pflege 2030. Gütersloh, 2012.
[21] Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft: Pflegelandschaft 2030. Eine Studie der Prognos AG im Auftrag der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft. München, 2012.
[22] Schulz, E.: Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegengewirkt werden. DIW-Wochenbericht 51/52 2012.

waren 216.126 oder knapp 50%.[23] In den bayerischen Krankenhäusern waren im Jahr 2016 68.500 Personen im Pflegedienst beschäftigt. Davon waren 58.473 oder knapp 89% Frauen. Teilzeit oder geringfügig beschäftigt waren 34.555 oder etwas über 50%.[24]

Im Pflegedienst der Krankenhäuser wurden bundesweit in den Jahren 1995 bis 2006 mehrere zehntausend Stellen abgebaut, während die Beschäftigtenzahl im ärztlichen Bereich deutlich anstieg. Die Zahl der Beschäftigten im nichtärztlichen Dienst sank um rund 10%, während die Zahl der Ärztinnen und Ärzte um rund 15% anstieg.[25] Zugleich nahm der Anteil älterer und multimorbider Patienten zu und stieg die Zahl der vollstationären Patientinnen bzw. Patienten und mehr noch die der vor- und nachstationär behandelten sowie der ambulant operierten Patientinnen bzw. Patienten. Sowohl international vergleichende Analysen, als auch eine Reihe nationaler Erhebungen zur Arbeitsbelastungssituation weisen auf eine enorme Arbeitsverdichtung in der Pflege seit der flächendeckenden Einführung des DRG-Systems im Jahre 2004 hin. Das Verhältnis der Anzahl von Pflegefachkräften zu Patienten liegt in den USA bei 5,3 in den Niederlanden bei 7 und in Deutschland bei 13 Patienten pro Fachkraft.[26] Im US-amerikanischen Bundesstaat Kalifornien trat im Jahr 2004 eine staatliche Verordnung über Pflege-kraft-Patienten-Zahlen in Kraft. Die entsprechenden Werte liegen zwischen 1:1 in Operationssälen, 1:5 auf Normalstationen und 1:6 im Bereich der Psychiatrie und damit (sehr) deutlich über dem deutschen Durchschnitt von einer Fachkraft pro 13 Patienten.

Die Pflege wird im DRG-System derzeit über eine indirekte Orientierung an der inzwischen veralteten Pflegepersonalregelung berücksichtigt. Dabei wird jedoch nicht der pflegerische Bedarf der Patienten oder der tatsächlich geleistete pflegerische Aufwand erfasst. Der individuelle Pflegebedarf eines Patienten oder einer Patientin und die erforderlichen Pflegemaßnahmen werden in der Regel nur pauschal abgebildet. Personalreduzierungen in den Kalkulationskrankenhäusern haben eine unmittelbare Reduktion des Umfangs an kalkulierten Pflegekosten in den jeweiligen Fallgruppen zur Folge. Zwar steht es den Krankenhäusern frei von diesen Kalkulationsvorgaben abzuweichen. Eine überdurchschnittliche Personalbesetzung führt jedoch unter sonst gleichen Bedingungen zu sinkenden Deckungsbeiträgen, welche sich unter den derzeitigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen nur die wenigsten Krankenhäuser leisten können.[27]

---

[23] Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Gesundheit Grunddaten der Krankenhäuser. Wiesbaden, 2017.
[24] Bayerisches Landesamt für Statistik Krankenhausstatistik 2016. München, 2017.
[25] Statistisches Bundesamt Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Gesundheit Grunddaten der Krankenhäuser. Wiesbaden, 2017.
[26] Simon, M., Mehmecke, S.: Nurse-to-Patient Ratios: Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, Working Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 27, Februar 2017.
[27] Thomas, D., Reifferscheid, A., Pomorin, N., Wasem, J.: Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. Essen, 2014