Cornelia Heintze

Fortschritte im Kleinen; wenig Neuausrichtung im Großen
Was bringt die Ampel in der Gesundheits- und Pflegepolitik?

Das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem ist durch gravierende Strukturprobleme und Steuerungsdefizite geprägt. Ein Teil der Probleme, mit denen sich die *Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik* in ihren Memoranden immer wieder beschäftigt hat, reicht bis in die Zeit des Nationalsozialismus zurück. Stichworte sind die relativ starke Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, die Machtstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV´s) bei der Organisierung der ambulanten Versorgung und die Unterminierung von Arbeitnehmerrechten bei den kirchlichen Trägern von Krankenhäusern und Pflegediensten über sogenannte Dienstgemeinschaften. In der alten Bundesrepublik blieben die in den 30er Jahren besiegelten Machtstrukturen im Wesentlichen unangetastet. Nach dem Untergang der DDR wurden sie bei gleichzeitiger Abwicklung dort entwickelter progressiver Versorgungsansätze – Stichwort „Polikliniken“, Stichwort „Gemeindeschwester“ - auf die neuen Länder übertragen. Statt die Altlasten abzuwickeln und das Gesamtsystem von Gesundheit und Pflege zukunftsgerecht weiter zu entwickeln, erfolgte ab den 90er Jahren eine umfangreiche Vermarktlichung und Privatisierung. Integrierte Versorgungskonzepte, wie sie nicht zuletzt aufgrund des demografischen Wandels immer nötiger werden, scheiterten schon vorher an den Machtstrukturen und der Vielzahl von Akteuren, die je unterschiedliche Interessen verfolgen. Nun jedoch kam es - von Marktkräften vorangetrieben – einerseits zu einer Machtballung bei renditeorientierten Akteuren der Gesundheitswirtschaft und andererseits zu noch mehr Fragmentierung. Die Entfaltung konkurrenzbasierter Marktlogiken schuf zusätzliche Probleme, ohne überkommene Probleme auch nur zu entschärfen. Welche Herausforderungen für die Politik resultieren und mit welchen Instrumenten sie erfolgreich angegangen werden könnten, hat die *Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik* für die Langzeit- resp. Altenpflege in den Memoranden von 2014, 2018, 2019 und 2020 sowie für die Krankenhaussystem in den Memoranden von 2019 und 2020 dargelegt. Im Memorandum 2021 ging es zusätzlich um die Schwachstellen, die die Pandemie offenlegt. Soll die in der Pandemie stark gemachte Forderung nach einem resilienten Gesundheitssystems keine wohlfeile Worthülse bleiben, muss die Fragmentierung zurückgedrängt und der kollektive, auf verlässlichen Daten basierende Gesundheitsschutz massiv gestärkt werden.

Wie sind vor diesem Hintergrund die gesundheits- und pflegepolitischen Ankündigungen der Ampel-Koalition zu bewerten? Aufs Ganze gesehen ambivalent. Einiges spricht für ein Déjà-vu. Schon der am 7.2.2018 zwischen CDU, CSU und SPD abgeschlossene Koalitionsvertrag beinhaltete ja einiges an Vorhaben, die Fortschritt versprachen, dann aber versandeten, weil der Mut zu grundlegenden Neuorientierungen fehlte. So gab es das Versprechen, dafür zu sorgen, „*dass Tarifverträge in der Altenpflege flächendeckend zur Anwendung kommen*.“ Dies scheiterte, weil man sich bei der Umsetzung von den kirchlichen Arbeitgebern abhängig machte. Und es gab das Versprechen, für eine bessere Personalausstattung in der Altenpflege zu sorgen. Ein Sofortprogramm für 8000 neue Fachkraftstellen in den Pflegeheimen (S. 95) sollte dafür nur der Auftakt sein. Tatsächlich aber wurden selbst diese 8.000 Stellen

ganz überwiegend nicht besetzt,[1] weil ihre Zuteilung an hochbürokratische Auflagen gebunden und der Arbeitsmarkt für Pflegefachpersonen leergefegt war. Da auch die Ampel-Koalition grundlegend neue Weichenstellungen scheut und stattdessen den inkrementalen Politikmodus des Drehens an nur den Stellschrauben, die das etablierte System schon bereithält, beibehält, droht bei den großen Themen neuerliches Scheitern. Dies zumal die vorwärtsweisenden Ankündigungen einen erheblichen Finanzbedarf mit sich bringen, über den sich der Koalitionsvertrag ausschweigt. Bei der Langzeitpflege gibt es lediglich den Fingerzeig auf die Absicht, den Beitrag zur Sozialen resp. gesetzlichen Pflegeversicherung moderat anheben zu wollen. Eine moderate Beitragsanhebung steht jedoch ohnehin an, da die Soziale Pflegeversicherung in 2021 Defizite eingefahren hat, deren Deckung durch Rücklagen dazu führt, dass bald die gesetzliche Mindestreserve erreicht sein dürfte.

Sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik

Der Koalitionsvertrag enthält eine Reihe von Aussagen, die zu begrüßen sind. So wird ein „*Aufbruch in eine moderne sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik*“ verkündet.[2] Wie er bewerkstelligt werden soll, bleibt jedoch im Nebel. Instrumente für sektorenübergreifende Versorgungsangebote hat der Gesetzgeber für die Akutversorgung wie auch die Langzeitpflege längst geschaffen (SGB V, § 140a; SGB XI, § 92b). Das Problem besteht darin, dass sie **1)** im gegebenen System die Ausnahme und nicht die Regel sind und **2)** ein Einfallstor für renditegetriebene Investoren darstellen, die z.B. ambulant errichtete MVZ dafür nutzen, um Patienten für medizinisch nicht gebotene, über die DRGs aber lukrativ vergütete Operationen zu gewinnen. Zu diesen Fehlentwicklungen enthält der Koalitionsvertrag kein Wort. Durch die angekündigte Schaffung sogenannter Hybrid-DRG´s (S. 84) steht eher zu befürchten, dass bestehende Fehlentwicklungen noch weiter angeheizt werden. Der entscheidende Punkt ist, dass sich die Versorgung nicht nur proklamatorisch, sondern basierend auf Strukturen und ihrer Steuerung am medizinischen und pflegerischen Bedarf der Patienten ausrichten sollte. Die Überwindung der Trennung von ambulant und stationär ist dafür eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung. Wenn es dabei bleibt, dass die Versorgung von Patienten Mittel zum Zweck der Generierung von Erlösen ist, dann führt die Überwindung der Trennung von ambulant und stationär nicht zwingend zu einer besseren Qualität der Versorgung. Statt zu einem echten Fortschritt käme es zu einem Fortschreiten auf falschen Pfaden.

---

[1] Zwei Jahre nach dem Start des vermeintlichen Sofort-Programms waren weniger als ein Viertel der Stellen besetzt. Siehe den 1. Bericht zur Umsetzung der Arbeitsgruppenergebnisse der Konzertierten Aktion Pflege vom November 2020. Vgl. Die Bundesregierung (2020): Konzertierte Aktion Pflege – Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, Berlin https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2020-12-09_Umsetzungsbericht_KAP_barrierefrei.pdf.

[2] Die hohe Fragmentierung bei gleichzeitig geringer Koordination wird von der OECD schon länger kritisiert. „*Service provision in Germany is highly fragmented and uncoordinated. Fragmentation exists between primary and specialist care because of absence of a gatekeeping system and in-formation is often lost because there is no system of electronic health records (…). Moreover, different organisation and financing rules mean that there is a strong separation be-tween hospitals and ambulatory care. Incentives to enhance cross-sector collaboration re-main weak" (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies* (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019b): Germany. Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, S. 12)

Weiterentwicklung der Fallpauschalen statt einer Krankenhausfinanzierung jenseits der Gewinnlogik

Als bedenklich muss angesehen werden, dass am Preissystem der Fallpauschalen prinzipiell festgehalten wird. Dies trotz der Pandemieerfahrung, wo deutlich wurde, dass das Preissystem in einer Pandemie nicht trägt. Sachgerecht wäre die Aussetzung gewesen. Aus der Furcht heraus, dies könnte ein erster Schritt zur Abschaffung des DRG-Systems sein, entschied sich die Politik für eine parallele Finanzierung aus DRG´s und Sonder-Geldflüssen (Freihaltepauschalen für coronabedingt freigehaltene Betten etc.). Der Hauptzweck, nämlich die Liquidität der Krankenhäuser sicherzustellen, wurde so zwar erreicht. Dies aber um den Preis der Potenzierung bisheriger Fehlsteuerungen und des Entstehens massiver Verwerfungen zwischen verschiedenen Gruppen von Krankenhäusern. Statt den Irrweg eines Preissystems, dass zur Generierung von Gewinnen auch dort zwingt, wo es sich zum Schaden von Patienten auswirkt, aufzugeben, wird nur eine Weiterentwicklung angepeilt. So soll bei der Krankenhausfinanzierung zukünftig nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziert werden. Dies ist eine der Lehren aus der Pandemie und wäre schon längst angezeigt gewesen. Damit nicht auf unterschiedlichen Versorgungsstufen zukünftig neue Fehlanreize an die Stelle der bisherigen treten, muss es freilich um mehr gehen. Wenn Krankenhäuser auch zukünftig gefangen bleiben in einem permanenten Wettbewerb aus einerseits der Maximierung von Erlösen und andererseits der Minimierung von Kosten, ist wenig Abbau von Fehlanreizen zu erwarten. Das Spiel aus Mengenausweitungen dort, wo medizinische Interventionen lukrativ vergütet sind und Kostensenkungen dort, wo der Widerstand am geringsten ist, wird sich dann fortsetzen. Dies auch zu Lasten des Klimaschutzes, denn lukrativ vergütete Operationen sind mit erheblichen Treibhausgasemissionen verbunden.[3] Sie zu reduzieren, bedingt Mehrkosten, die man sich im gegebenen System gerne erspart. Im Koalitionsvertrag findet sich zu diesem Aspekt von Klimaschutz kein Wort.

Immerhin scheint angedacht, die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe kurzfristig aus den Fallpauschalen herauszunehmen. Die Formulierung „*Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte, auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe*“ (S. 86) bietet zwar Raum für auch andere Deutungen. Die Alternative, in bestehende DRG´s differenzierte Zuschläge einzuarbeiten, bedürfte freilich einer langen Vorbereitungszeit und wäre somit nicht kurzfristig auf die Beine zu stellen.

Stärkung der Prävention

Die Absicht, zur Stärkung der Prävention beizutragen, ist zu begrüßen. Auch diese Ankündigung ist jedoch ein alter Hut. Im SGB V kommt der Begriff Prävention 42mal vor. Ein eigener Abschnitt regelt hier unterschiedliche Aspekte von Prävention bis zu „*Gesundheitsförderung und die Prävention in Lebenswelten*“ (SGB V, § 20a). Das SGB XI schließlich proklamiert den Vorrang von Prävention und Rehabilitation schon seit der Schaffung der Pflegeversicherung, ergo seit über 25 Jahren. Umgesetzt

[3] Nach Angaben im Ärzteblatt verursacht der Gesundheitssektor in Deutschland etwa 5 Prozent des CO_2-Ausstoßes. Hauptverursacher ist die perioperative Medizin, wo die eingesetzten Narkosemittel der Hauptfaktor sind. Siehe Conway, Neal/Baumann, Adrian/Gucwa, Natalia/Schneider, Gerhard/Schneider, Frederick (2020): Perioperative Medizin: Die klimafreundlichere Narkose, in: Dtsch Arztebl 2020; 117(25): A-1258 / B-1064. Um das Gesundheitssystem klimafreundlicher zu machen, müssten unnötige Operationen vermieden und bei medizinisch induzierten Operationen klimafreundliche Narkosemittel eingesetzte werden. Letztere jedoch sind teurer als die üblicherweise eingesetzten Mittel.

ist davon wenig und das Wenige nicht zielgenau. Der Grund für die geringe Präventionsorientierung des deutschen Gesundheits- und Pflegesystems besteht darin, dass die Logik des System gegen den Präventionsgedanken wirkt. So haben sich, um ein Beispiel zu nennen, bei der Sekundärprävention Chronikerzentren bewährt, wo unter Leitung von „Pflege-Profis“ Gruppen von Menschen, die an gleichen chronischen Erkrankungen leiden, dabei begleitet werden, ihren Alltag so zu gestalten, dass sie mit ihren Erkrankungen gut zurechtkommen. Bei Diabetes als einer quantitativ höchst bedeutsamen Erkrankung – in Deutschland sind geschätzt rd. 10,5 Mio. Menschen betroffen[4] - gelingt es so, Folgeschäden wie etwa den diabetischen Fuß klein zu halten. Der Schlüssel zum Erfolg von Prävention liegt nicht im Lancieren von diversen Aktionsprogrammen und nicht in den Boni, die Krankenkassen ihren Versicherten für die Absolvierung gewisser Kurse gewähren, sondern im Vorhalten einer niedrigschwelligen Infrastruktur, durch die Menschen unabhängig von ihrem Versicherungsschutz dort, wo sie leben und arbeiten, erreicht werden. Mit Mehr vom Gleichen, was schon bisher nicht wirklich gut funktioniert, wird es also kaum gelingen, die deutsche Präventionspolitik auf ein erfolgversprechendes Gleis zu setzen.

Die professionelle Pflege darf Fortschritte erwarten

Wie schon die Vorgängerregierungen verfügt auch die Ampel über kein in sich stimmiges Gesamtkonzept zur Aufwertung der Pflege, um so endlich einen Ausweg zu weisen aus der anhaltenden Verwaltung statt Lösung des Pflegenotstandes. In der Politik angekommen ist jedoch, dass der Pflegenotstand ohne Verbesserung der Arbeitsbedingungen zur Dauereinrichtung wird, durch die das System an Kipppunkte gelangen könnte. Der Wille zu echten Verbesserungen scheint daher größer als bei den Vorgängerregierungen. So wird die Umsetzung von Personalbemessungen im Krankenhaussektor und in der stationären Altenpflege ebenso angekündigt wie eine Angleichung der Gehälter von Kranken- und Altenpflege. Auch die Absicht zur bundesweiten Harmonisierung die Pflegeassistenzausbildung ist dazu angetan, Wildwuchs und Missstände abzubauen. Mit der Ankündigung, dem Deutschen Pflegerat als Stimme der Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss und anderen Gremien zukünftig mehr Gewicht beizumessen (S. 82), wird die Nicht-Vertretung der Pflege im obersten Gremium der Selbstverwaltung hoffentlich bald ihr Ende finden. Eingetrübt wird die positive Bewertung jedoch durch den Umstand, dass es wieder nur Einzelmaßnahmen sind, die je für sich im Prinzip positiv bewertet werden können, aus denen jedoch keine Strategie und kein in der Summe kohärentes Gesamtkonzept folgt, was ein hohes Risiko des Scheitern beinhaltet. Dies zumal die Finanzierungsseite ausgeblendet bleibt. Es ist mit einem erheblichen Zusatzbedarf an Finanzmitteln zu rechnen, die im Gesundheitssystem zwar grundsätzlich vorhanden sind, ohne eine Neuordnung der Finanzierung aber nicht mobilisiert werden können.

Einmaliger Pflegebonus statt nachhaltiger Aufwertung der Pflege

Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sollen als Anerkennung für ihren Einsatz in der Pandemie einen Pflegebonus von bis zu 3.000 € erhalten. Dafür will der Bund eine Mrd. € bereit stellen. Parallel soll die Steuerfreiheit des Pflegebonus auf 3.000 € angehoben werden. Die Maßnahme ist zu begrüßen, schafft aber keinen Ersatz für die überfällige Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Zudem ist von einer raschen Umsetzung wenig zu sehen. Viele Beschäftigte hatten gehofft, dass der

[4] Angaben nach Deutsche Diabetes Hilfe (https://www.diabetesde.org/)

Bonus schon um die Jahreswende 2021/22 kommt. Jetzt aber deutet sich an, dass die Koalition den Kreis der Berechtigten eingrenzen will, so dass ein Teil des Pflegepersonals leer ausgeht. Gewiss lassen sich Argumente für ein differenziertes Vorgehen anführen, so dass Kräfte, die besonders stark gefordert waren, einen höheren Bonus erhalten als andere. Der Preis für eine Differenzierung entlang von Kriterien wie geimpft/ungeimpft, Intensivpflegekraft/normale Pflegekraft, Einsatz auf einer Conorastation/Einsatz auf einer normalen Krankenstation usw. ist jedoch ein Doppelter. Zum einen fällt der bürokratische Aufwand umso stärker aus je mehr Gruppen unterschieden werden. Eine schnelle und unbürokratische Umsetzung schließt dies aus. Sie wäre in der gegebenen Situation aber dringend nötig. Zum anderen bergen Differenzierungen die Gefahr, einen Spaltpilz zu legen, durch den das Arbeitsklima vergiftet wird, weil Gruppen, die wenig oder nichts erhalten, sich ungerecht behandelt fühlen. Schon im 1. Jahr der Pandemie wurde der besondere Einsatz des Pflegepersonals durch die Ausschüttung eines Pflegebonus von bis zu 1.500 € bei Vollbeschäftigung gewürdigt. Zunächst sollten ihn nur die Kräfte in der Altenpflege erhalten. Dies bei gesplitteter Finanzierung teils über die Pflegeversicherung, teils über die Länder (§ 150a SGB XI). Das Ergebnis war ein unwürdiges Gezerre, weil die Umsetzung in den Bundesländer unterschiedlich gut funktioniert hat. Zugleich konnte die Position, dem Pflegepersonal in den Krankenhäusern keine Sonderzahlung zukommen zu lassen, nicht durchgehalten werden. Heftige Proteste bewirkten eine teilweise Aufgabe mit trägerabhängig unterschiedlichen Regelungen. Ein klares Signal der Wertschätzung an die Adresse des Pflegepersonals wurde so gerade nicht ausgesandt. Wenn nun erneut monatelang um die Frage gerungen wird, wer bedacht wird und wer nicht, droht eine Wiederholung.

Etablierung des Berufsbildes der „Community health Nurse" bleibt nebulös

Eindeutig positiv zu werten ist die Ankündigung „*Professionelle Pflege ergänzen wir durch heilkundliche Tätigkeiten und schaffen u.a. das neue Berufsbild der „Community Health Nurse*". Vom Vereinigten Königreich über die fünf nordisch-skandinavischen Ländern bis nach Kanada – in allen hochentwickelten Ländern mit staatlichem Gesundheitssystem kommt der *Community Health Nurse, die teilweise auch als District Nurse*[5] *oder Public Health Nurse*[6] *bezeichnet wird*, eine tragende Rolle in der primären Gesundheitsversorgung zu. Bei der Übertragung in den Systemkontext eines auf Selbstverwaltung und Pflichtversicherungen basierenden Gesundheitssystems ist zunächst einmal zu klären, wie die Berufsrolle überhaupt abgegrenzt werden soll. Dies lässt der Ampel-Koalitionsvertrag offen. Anzunehmen ist, dass eine Orientierung an den Vorarbeiten, die von der Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung in Kooperation mit Pflegewissenschaftlern insbesondere der

[5] Im eher zentralistischen britischen Gesundheitssystem ist von District Nurses die Rede. Aktuell erfährt deren Rolle vor allem in Schottland eine starke Aufwertung. In der Umsetzung befindet sich seit 2017 ein Plan, der die Etablierung von Tandems aus Hausarztpraxen und Stützpunkten von District Nurses vorsieht. Die District Nurse und ihr oder sein Team erhält erweiterte Aufgaben bei der Prävention und Nachsorge. Siehe Scottish Government (2017a): 2030 Nursing – A Vision for Nursing in Scotland, Edinburgh (Download: www.gov.scot > publication > Nursing) und Scottish Government (2017b): Transforming Nursing, Midwifery and Health Professions Roles: pushing the boundaries to meet health and social care needs in Scotland, Paper 3: The district nursing role in integrated community nursing teams, Edingburgh (Download: www.gov.scot > publication > Nursing).

[6] Die staatlichen Gesundheitssysteme der skandinavischen Länder sind kommunal-basiert. Statt von District Nurse ist von Public Health Nurse, teilweise auch von Community Health Nurse die Rede. Public Health Nurses sind altersunabhängig für Menschen mit Gesundheitsproblemen häufig die erste Anlaufstelle. Sie lotsen die Patienten dann zu Allgemeinmedizinern, Fachärzten oder Kliniken weiter, nehmen Beratungen und einfache Behandlungen vor.

Universität von Witten-Herdecke geleistet wurde, beabsichtigt ist. Das Aufgabenfeld findet hier eine breite Abgrenzung. Es reicht von der eigenverantwortlichen Behandlung leichter Erkrankungen wie z.B. grippaler Infekte in der Primärversorgung und der Sicherstellung der Versorgungskontinuität im ambulanten Sektor über Aufgaben bei der Gesundheitsförderung und Prävention bis zu sektorübergreifenden Aufgaben der Navigation und Koordinierung.[7]

Unter den deutschsprachigen Ländern ist Österreich Vorreiter bei der Etablierung des Berufsbildes der Community Health Nurse. Die inhaltliche Fassung ist hier aber eine andere. Community Health Nurses werden dem System der Langzeitpflege zugewiesen. Sie sollen zentrale Ansprechpersonen für die älteren Menschen mit Pflege- und Assistenzbedarf sowie deren Angehörige werden. Rd. 150 Pilotprojekte zu Community Nursing werden aktuell geplant. Die Projekte adressieren ältere zu Hause lebende Menschen, bei denen von einem drohenden oder bereits bestehende Beratungs-, Pflege- und/oder Unterstützungsbedarf auszugehen ist. Der präventive Hausbesuch für Menschen ab dem 75. Lebensjahr soll eine Säule ihrer Tätigkeit werden.[8]

Bei akademisierten Pflegeausbildungen ist Deutschland OECD-weit Schlusslicht – Koalitionsvertrag trotzdem ohne klare Ansagen

Mit Blick auf internationale Erfahrungen hatte der Wissenschaftsrat 2012 einen Akademikeranteil beim Pflegefachpersonal von idealerweise 20 Prozent, mindestens aber 10 Prozent empfohlen (Drs. 2411-12 v. 13.7.2012). Davon ist Deutschland weit entfernt. Es zählt innerhalb der OECD bei der Akademisierung zu den Schlusslichtern. In 2019 verfügten nur 7 Prozent der in der Langzeitpflege Beschäftigten über ein hohes Qualifikationsniveau.[9] Dem standen 12 Länder mit Anteilen von mindestens 20 Prozent bis über 30 Prozent gegenüber. Israel, Japan und Norwegen haben sogar Anteile Hochqualifizierter nahe an 40 Prozent. Nur bedingt relativiert sich der für Deutschland blamable Befund insoweit, als der Anteil Geringqualifizierter mit 13 Prozent auch eher niedrig ist. In 10 hoch entwickelten OECD-Ländern ist der Anteil Geringqualifizierter teilweise noch niedriger und der Anteil Hochqualifizierter gleichwohl vielfach so hoch. Zu nennen sind Japan, Norwegen, Frankreich, UK, die Schweiz, Belgien, Finnland, Kanada, Dänemark und Österreich. Die Pflegeberufereform von 2017 hätte die Chance geboten, international Anschluss zu finden. Sie blieb ein Reformtorso. Das Thema „grundständische Akademisierung“ wurde vertagt und die Altenpflege als eigenständiger Beruf beibehalten mit Eröffnung der Möglichkeit zukünftiger Dequalifizierung.[10]

---

[7] Zu den Rechtsfragen, die die Etablierung der Rolle einer Community Health Nurse im deutschen Krankenversicherungssystem aufwirft, wurde mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung ein Rechtsgutachten eingeholt. Vgl. Burgi, Martin/Igl, Gerhard (2021): Community Health Nursing (CHN). Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung in Deutschland, Baden-Baden.

[8] Informationen zum Projekt „Community Nursing“ finden sich auf der Website von Gesundheit Österreich unter https://goeg.at/Foerdercall_Community_Nursing.

[9] Für 26 OECD-Länder liegen Daten zum Qualifikationsniveau der Altenpflegebeschäftigten vor. Vgl. Health at a Glance 2021, Daten zur Abbildung “10.20. Long-term care workers by education level, 2019 (or nearest year).”

[10] Die für den Altenpflegeberuf als Sonderweg im Juni 2018 erlassene Ausbildungs- und Prüfungsordnung beinhaltet eine Herabstufung im Vergleich zum generalistischen Beruf der Pflegefachfrau/des Pflegefachmannes. Festgelegt ist, dass die an der generalistischen Ausbildung ausgerichteten Ausbildungsziele nicht uneingeschränkt Gültigkeit auch für die gesonderten Abschlüsse beanspruchen können. Siehe die Anlage 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (3. Ausbildungsjahr).

Was die Ampel bezogen auf die Stärkung der akademischen Pflegeausbildung und in diesem Zusammenhang die Schaffung eines Gesundheitsberuferegisters vorhat, bleibt unbestimmt. „*Die akademische Pflegeausbildung stärken wir gemeinsam mit den Ländern*“, heißt es (S. 82). Ob damit der Aufbau grundständischer Akademisierung gemeint, bleibt offen. Selbst beim Berufsbild der „Community Health Nurse“ ist unklar, an welches formale Qualifikationsniveau gedacht ist. In den skandinavischen und angelsächsischen Ländern sind alle pflegerischen Fachberufe seit Jahrzehnten grundständisch akademisiert. Für den Pflegefachberuf der District Nurse resp. Public Health Nurse oder Community Health Nurse wird in der Regel ein 5-jähriges Studium mit Masterabschluss verlangt, wobei dem Studium eine mehrjährige Berufstätigkeit als Registered Nurse auf Basis eines Bachelorstudiums voraus geht. Die Frage „grundständisch“ oder nicht, ist von hoher Relevanz. Derzeit nämlich erhält, wer ein pflegewissenschaftliches Studium absolviert, keine Berufsberechtigung, als Pflegefachkraft arbeiten zu dürfen. Dies ist abgesehen von den dualen Studiengängen, die es nur in wenigen Bundesländern gibt, denjenigen vorbehalten, die zunächst eine Ausbildung als Pflegefachperson absolvieren, um nach einigen Jahren Berufstätigkeit ein weiterbildendes, meist mit hohen Studiengebühren versehenes Studium aufzusatteln. Die Studiengebührenfreiheit greift hier nicht; sie gilt nur für das Erststudium. Zudem: Die Pflegewissenschaft ist in Deutschland weit von einer Konsolidierung entfernt; es gibt jede Menge Wildwuchs mit Studienangeboten vorrangig an kirchlichen und privaten Hochschulen. Bei Einführung einer grundständischen akademischen Ausbildung würde man dies ändern müssen.

Fragen wirft auch die Formulierung auf: „*Wir bringen ein allgemeines Heilberufegesetz auf den Weg und entwickeln das elektronische Gesundheitsberuferegister*.“ Blickt man in die Länder mit grundständischer Akademisierung der Pflege, so ist dort die Berufsausübung bei allen Angehörigen von Gesundheitsfachberufen an die Erfassung in zentralen Registern gebunden. Dies dient der Transparenz und Qualitätssicherung, weil der Verbleib im Register die laufende Erbringung von Weiterbildungsnachweisen erfordert. Im Zusammenhang mit der qualifikatorischen Hochzoonung der Gesundheitsfachberufe hat Österreich 2018 ein zentrales Gesundheitsberuferegister etabliert (https://www.gesundheit.gv.at/professional/gbr/gesundheitsberuferegister; 11.01.22). Seit 1. Juli 2018 gibt es eine Registrierungspflicht für Angehörige verschiedener Gesundheitsberufe, wozu auch die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zählen. Das Register ist bei Gesundheit Österreich im Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsministeriums angesiedelt. Aufsicht und Kontrolle durch die zuständigen Behörden sowie die Gesundheitsplanung werden erleichtert. Erstmals nämlich gibt es nun ein Wissen darüber, wer auf Basis welcher formalen Qualifikation zur Ausübung eines Gesundheitsfach- oder Assistenzberufes zugelassen ist. Für die Bedarfsplanung und das Erkennen von Versorgungslücken schafft dies eine verlässliche Datenbasis. In Deutschland fehlt dergleichen. Wie groß das Reservoir von Pflegefachpersonen ist, die aus Frust aktuell nicht mehr im Gesundheitssystem arbeiten, bei entsprechend attraktiver Gestaltung von Arbeitsbedingungen potentiell aber zurückgewonnen werden könnten, bleibt im Dunkeln.

Einführung einer verbindlichen Personalbemessung wäre ein Fortschritt

Zu begrüßen ist die Ankündigung, kurzfristig zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) als Übergangsinstrument mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes einzusetzen (S. 81). Das Instrument PPR 2.0 wurde von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat und Ver.di gemeinsam entwickelt. Beendet werden soll damit die jahrelange Hängepartie aus Nichteinigungen innerhalb der Selbstverwaltung mit dann minis-

teriellen Ersatzvornahmen via Erlass von Mindestpersonalschlüsseln. PPR 2.0 gibt die problematische Unterscheidung zwischen »pflegesensitiven« und anderen Bereichen auf. Messlatte ist der tatsächliche Versorgungsbedarf. Dies kann, wie von Verdi erhofft, zu einem Meilenstein auf dem Weg zu besseren Arbeitsbedingungen und einer guten Versorgungsqualität im Krankenhaus werden. Aktuell jedoch ist der Arbeitsmarkt für Pflegefachpersonal so von Engpässen geprägt, dass selbst die zur Abdeckung einer Mindestbesetzung eingerichteten Stellen lange unbesetzt bleiben; von einer versorgungsgerechten Personalaufstockung ganz zu schweigen. Die Ausbildungskapazitäten müssten massiv hochgefahren und ein Teil des Pflegepersonals, das den Beruf aus Frust verlassen hat, zur Rückkehr motiviert werden, um zumindest mittelfristig für Entspannung zu sorgen. Die Personalgewinnung gestaltet sich umso schwieriger, als nicht nur im Kliniksektor eine massive personelle Unterbesetzung existiert. Wenn sich der Fokus einseitig auf die Krankenhäuser richtet mit Verbesserung der Arbeitsbedingungen vor allem hier, dann droht ein Exodus von Pflegepersonal aus der Langzeitpflege. Hier jedoch fehlten schon 2020 allein im stationären Bereich gemäß der unter Leitung von Prof. Rothgang durchgeführten Personalbemessung rd. 115.000 pflegerische Vollkräfte.[11]

Langzeitpflege muss eine öffentliche Aufgabe werden mit Integration eines 24.Stunden-Betreuungsmodells

Freiwillige Vollversicherung ist nicht zukunftsweisend

Die Pflegeversicherung war die Antwort auf eine starke Zunahme der Fälle von Hilfe zur Pflege als Sozialleistung. An die Stelle dieser kommunalen Sozialleistung, deren EmpfängerInnenzahl 1993 auf über 660 Tsd. gestiegen war,[12] sollte eine Versicherungsleistung treten. In der stationären Langzeitpflege sollten die pflegebedingten Kosten im Normalfall durch die Versicherungsleistungen abgedeckt werden. In den ersten Jahren nach dem Start der Pflegeversicherung wurde dieses Versprechen leidlich erfüllt. Heute dagegen liegt der Eigenanteil allein an den pflegebedingten Heimkosten im Bundesdurchschnitt bei rd. 700 € (2020: 693 € verglichen mit 277 € im Jahr 1999); bei der häuslichen Versorgung durch ambulante Pflegedienste fällt die Unterdeckung ähnlich hoch aus. Die private Zuzahlung zu den Heimkosten stieg im Mittel während der letzten Jahre von 1.691 € (2017) auf 2.035 € (2020), was wachsende Gruppen pflegebedürftiger Menschen finanziell überfordert. Dies umso mehr als die Alterssicherung in Relation zum früheren Einkommen gesunken ist. Am höchsten sind die Zuzahlungen tendenziell dort, wo die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals und die Personalausstattung am besten sind. Würden durchweg ordentliche Tarife zur Anwendung kommen und die 2020 abgeschlossene Personalbemessung umgesetzt, stiegen die Eigenanteile auf eine Höhe, die sich nur noch eine Minderheit von Pflegebedürftigen leisten könnte. Gedeckelt sind im deutschen Pflegeversicherungssystem nämlich nicht die privaten Zuzahlungen, sondern die Zuschüsse der Pflegeversicherung.

---

[11] SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik/Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)/Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw)/Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB) (2020): Abschlussbericht im Projekt „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI, Bremen August 2020.

[12] Quelle: Destatis, Statistische Jahrbücher fortlaufend ab 1995 und Statistik der Sozialhilfe.

Obwohl seit Jahren drängend, bleibt das Finanzierungsproblem ungelöst. Verschiedene Vorschläge liegen auf dem Tisch. Sie reichen von der Absenkung resp. Deckelung der Eigenanteile bis zur Schaffung einer Vollversicherung. Für eine Vollversicherung spricht sich z.B. der DGB zusammen mit verschiedenen Sozialverbänden aus; ebenso die Partei DIE LINKE. Danach sollen die Eigenanteile kurzfristig gedeckelt und dann eine „*Pflegebürgerversicherung für alle*‘ geschaffen werden, die sämtliche pflegerischen Kosten übernimmt. Nur wenn die Eigenanteile für pflegebedingte Kosten abgeschafft werden, erfülle die Pflegeversicherung den ihr angedachten Sinn und Zweck.[13] Rothgang/Domhoff (2019)[14] haben zur Begrenzung der Eigenanteile einen sogenannten „Sockel-Spitze-Tausch“ vorgeschlagen. Damit würde die Pflegeversicherung zu einer echten „Teilkasko-Versicherung.“ Ex-Gesundheitsminister Jens Spahn hatte erwogen, diese Idee aufzugreifen, dann aber eine so geringe Begrenzung der Eigenanteile ins Gespräch gebracht, dass in den neuen Bundesländern, wo sich die Eigenanteile wegen schlechter Personalschlüssel und hoher Bedeutung von Niedriglohnbeschäftigung noch moderat darstellen, nur wenige HeimbewohnerInnen profitiert hätten. Gewählt wurde in der Konsequenz ein Verfahren der abgestuften Bezuschussung von Eigenanteilen, was die Pflegeversicherung wenig kostet und die Pflegebedürftigen kaum entlastet.

Das Problem gleichermaßen für die alte wie die neue Bundesregierung besteht darin, dass sie sich alle schnell realisierbaren Finanzierungswege selbst verbaut hat. Bei der Pflegeversicherung hat sie festgelegt, dass die Beiträge in den kommenden Jahren nicht resp. nur moderat ansteigen und die Beiträge aus allen Sozialversicherungen bei maximal 40 Prozent gedeckelt werden sollen. Wenn die Finanzierung über Beitragssatzerhöhungen der Pflegeversicherung und/oder die Anhebung von Beitragsbemessungsgrenzen durch Vorfestlegungen verworfen wird, kommt eine verstärkte Steuerfinanzierung ins Spiel. Dies setzt voraus, dass die Steuereinnahmen erhöht werden. Steuererhöhungen allerdings soll es nach dem Willen die Ampel-Koalitionäre auch nicht geben. Ganz im Gegenteil sind im Finanzministerium bereits Steuersenkungen in der Planung. Vor diesem Hintergrund nun plant die neue Regierung keine ins Gewicht fallende Begrenzung der Eigenanteile. „*Wir werden in der stationären Pflege die Eigenanteile begrenzen und planbar machen*“, heißt es (S. 80). Die von der alten Regierung noch auf den Weg gebrachte minimale Bezuschussung der Eigenanteile soll beobachtet werden, um erst dann zu prüfen, wie die Eigenanteile weiter abgesenkt werden können. Einzige konkrete Ansage: Die Ausbildungskostenumlage soll nicht mehr in die Eigenanteile eingerechnet werden. Die Auswirkungen der Herausnahme werden minimal sein.

Das Thema „Vollversicherung“ fand als Prüfauftrag Eingang in den Koalitionsvertrag. „*Wir prüfen, die soziale Pflegeversicherung um eine freiwillige, paritätisch finanzierte Vollversicherung zu ergänzen, die die Übernahme der vollständigen Pflegekosten umfassend absichert*.“ (S. 81). Eine Expertenkommission soll dazu bis 2023 konkrete Vorschläge erarbeiten. Nun ist hinlänglich bekannt, dass die Absicherung gesundheitlicher Risiken auf freiwilliger Basis nicht funktioniert. Es sind finanziell gut gestellte Bevölkerungskreise, die derartige Angebote nutzen, nicht die breite Masse der Bevölkerung. Insoweit ist schon die Idee einer freiwilligen Vollversicherung verfehlt. Mit Weichenstellungen in

---

[13] DGB, PM „Pflegereform ist dringender denn je“ vom 05.03.21: https://www.dgb.de/themen/++co++da6bc7c2-8d37-11eb-95ee-001a4a160123; 14.01.22.

[14] Rothgang, Heinz/Domhoff, Dominik (2019): Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung, in: Hans Böckler Stiftung, Working Paper Forschungsförderung, Nr. 150 (September 2019), Düsseldorf.

Richtung einer Vollversicherung für alle ist ergo auch während der laufenden Legislaturperiode nicht zu rechnen.

Die AG Alternative Wirtschaftspolitik hat bei ihrer kritischen Beschäftigung mit den deutschen Gegebenheiten den Blick immer wieder gerichtet in die Länder, wo die Langzeitpflege als öffentliche Aufgabe ausgestaltet ist mit nur sehr geringen privaten Zuzahlungen. Alle nordisch-skandinavischen Länder fallen darunter, ebenso die Niederlande und Belgien. Beim Blick auf diese Länder erschließt sich ein fundamentaler Widerspruch des deutschen Gesundheitssystems. Im internationalen Vergleich nämlich unterhält Deutschland eines der teuersten Gesundheitssysteme – und trotzdem ist die Langzeitpflege als Teil dieses Systems dramatisch unterfinanziert. Ohne Transformation des Systems ließe sich die Unterfinanzierung der Pflege nur dadurch beheben, dass das deutsche System noch teurer und noch ungerechter wird.

Die letztverfügbaren Daten zu den laufenden Gesundheitsausgaben beziehen sich auf das Jahr 2019, ergo das Jahr vor dem Beginn der Pandemie.[15] Gemessen an der Wirtschaftskraft hatte Deutschland hier nach den USA zusammen mit der Schweiz das zweitteuerste Gesundheitssystem. 11,7 Prozent des BIP wurden aus öffentlichen und privaten Quellen für die laufenden Gesundheitsausgaben eingesetzt. Im Mittel der fünf nordisch-skandinavischen Länder waren es nur 9,9 BIP-Prozentpunkte, obwohl die Altenpflege dort als öffentliche Aufgabe ausfinanziert ist. Kaufkraftbereinigt lagen die über öffentliche Haushalte und/oder Pflichtversicherungen finanzierten Altenpflegeausgaben in den nordischen Ländern pro Einwohner überwiegend rd. doppelt so hoch wie in Deutschland (DE: 633 KKS; SE: 1.155 KKS; DK 1.343; NO 1.580 KKS). Gleiches gilt für die Niederlande. In Belgien immerhin liegen die Pro-Kopf-Ausgaben um ein gutes Drittel höher, obwohl die Gesundheitsausgaben insgesamt pro Kopf nur 3.901 KKS betragen verglichen mit 4.658 KKS in Deutschland. Zu berücksichtigen ist dabei, dass der Anteil alter und hochaltriger Bevölkerung in Deutschland höher ist als in den Vergleichsländern. Wer die Gründe für den Widerspruch verstehen will, muss das große Bild in den Blick nehmen. Nur die Altenpflege und ihre Finanzierung zu betrachten, reicht nicht, weil wesentliche Zusammenhänge so gar nicht auf dem Radar erscheinen. In der langen Frist gelang es den nordischen Ländern mit ihren staatlichen Systemen besser als den Ländern mit Sozial- resp. Pflichtversicherungssystem, den Anstieg der Gesundheitsausgaben unter Kontrolle zu halten. Dies ist insoweit bemerkenswert, als schon ab den 70er Jahren eine Aufwertung der Pflege erfolgte. „Nurses“ sind grundständisch akademisiert mit erweiterten Kompetenzen, höheren Einkommen und besseren Personalschlüsseln als in Deutschland. Das Geringhalten des Ausgabenwachstums ging gerade nicht zu Lasten der Pflege. Genau umgekehrt leistet die Pflege einen Beitrag zur Kostendämpfung, weil die Patientennavigation und die Versorgung von Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen weniger bei Ärzten wie in Deutschland, als bei den „Public Health Nurses“ angesiedelt ist. Das ist effektiver und kostengünstiger. Effektiver, weil ineffiziente Parallelbehandlungen mit dann dem Einsatz von zu vielen Medikamenten ebenso vermieden werden wie es gelingt, teure Hospitalisierungen bei Chronikern gering zu halten.[16] Und es ist kostengünstiger, weil die Nurses zwar ordentliche Einkommen beziehen, aber eben

[15] Für Europa siehe den Datenbestand von Eurostat: Gesundheitsausgaben - ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Finanzierungssystemen [hlth_sha11_hchf]; Update vom 13.10.21.

[16] Beispiel Folgeschäden von Diabetes. In Deutschland liegen alters- und geschlechtsbereinigt die Hospitalisierungen auf 100.000 EW bei über 200 (2017: 209). In allen nordischen Ländern, ebenso in UK und den Niederlanden ist die Rate maximal rd. halb so hoch. Sie bewegte sich im Jahr 2017 zwischen 42 in Island und 117 in Finnland. Quelle: OECD Health Data.

auch Einkommen, die deutlich unter den Einkommen der Ärzte liegen. Ähnliche Zusammenhänge lassen sich für die Niederlande und Belgien, damit für zwei Länder mit Pflichtversicherungssystemen beobachten. Die Fragen also, die es zu beantworten gilt, betreffen das Gesamtsystem von Gesundheit und Pflege. Die deutsche Debatte allerdings adressiert immer nur die mit je eigener Logik organisierten Teilsysteme.

Regulierung einer 24-Stunden-Betreuung muss innerhalb des Systems der Langzeitpflege erfolgen

Statt integriert zu denken, setzt die Ampel die Strategie der Parzellierung fort. Die Ansage jedenfalls: „*Wir gestalten eine rechtssichere Grundlage für die 24-Stunden-Betreuung im familiären Bereich*“ (S. 81) ist kaum anders zu werten. Etabliert hat sich bei Mittelschichtsfamilien, wo die pflegebedürftige Person über ein Haus oder eine Wohnung mit freiem Zimmer verfügt, ein Modell, bei dem über häufig in Graubereichen arbeitende Agenturen Pflege- resp. Betreuungspersonen aus osteuropäischen Ländern für einen quasi 24-Stunden-Service als LiveIns rekrutiert werden. Für die Familien ist dies meist kostengünstiger als die Wahl einer Heimunterbringung, denn bei guten Heimen entstehen schnell private Zuzahlungen von über 3.000 € im Monat. Bei LiveIns kommt in der Regel das Entsende-Modell zum Einsatz. Hier vermitteln in Deutschland tätige Agenturen den Kontakt zu einem meist in Osteuropa ansässigen Unternehmen. Dieses Unternehmen beschäftigt Betreuungskräfte, die sie nach Deutschland in den Haushalt der pflegebedürftigen Person entsenden. Die pflegebedürftige Person schließt zunächst mit der Vermittlungsagentur und dann mit dem Entsendeunternehmen einen Vertrag ab. Die dafür erforderlichen Zahlungen mindern sich durch die Inanspruchnahme von Pflegegeld. Liegt beispielsweise Pflegegrad 3 vor, so beträgt die Höhe des Pflegegeldes aktuell mtl. 545 €, was der teilweisen Refinanzierung dient. Aufgrund der ausschließlichen Inanspruchnahme von Pflegegeld subsummiert die Pflegestatistik LiveIns unter „Angehörigenpflege.“ Die Bedeutung der Angehörigenpflege wird so überzeichnet, weil in einem gewissen Umfang „lediglich“ Betreuung über graue Pflegemärkte organisiert wird.

Welchen Anteil der graue Pflegemarkt zwischenzeitlich an der Erbringung von häuslichen Altenpflegeleistungen hat, ist unklar. Schätzungen gehen von 300 – 400 Tsd. osteuropäischen Migrantinnen aus, die in deutschen Haushalten im 24-Stunden-Service tätig sind.[17] Ein Interesse der deutschen Pflegepolitik, den Missstand eines florierenden grauen Pflegemarktes zu beenden, war bislang nicht vorhanden. Ganz im Gegenteil sah man darin ein willkommenes Ventil, das die Grenzen des familienbasierten Systems ausweitet und das offizielle System der Langzeitpflege finanziell entlastet. Absichtsvoll wurden daher auch keinerlei Erhebungen zu Ausmaß und Umfang der Beschäftigung sogenannter LiveIns gemacht. Bei Nachfragen hätte man sich dann nicht länger mit Nicht-Wissen herausreden können, wie es noch im März 2021 praktiziert wurde.[18]

---

[17] Uhde, Zuzana (2020): Das europäische Care-Grenzregime in einem „Europa ohne Grenzen“, in: APuZ, 45(70) v. 2.11.2020: S. 35-41 (hier S. 39).

[18] Als die Fraktion die LINKE 2021 die Frage nach der Überprüfung der Seriosität von Vermittlungsagenturen hinsichtlich der Qualifikation des Personals, der Abführung von Sozialabgaben, der Einhaltung des Pflege-Mindestlohns resp. gesetzlichen Mindestlohns und der Einhaltung gesetzlicher Arbeits- und Ruhezeiten aufwarf, lautete die Antwort durchweg, dazu wisse man nichts, erhebe man keine Daten und plane auch keine Datenerhebung. Dies weder bei der *Finanzkontrolle Schwarzarbeit (FKS) der Zollverwaltung noch bei der Arbeitsstatistik der Bundesagentur für Arbeit.* Siehe Bundesregierung (2021): Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Die LINKE zu „Agenturen für sogenannte 24-Stunden-Pflegekräfte“, BT-Drs. 19/27415 vom 09.03.2021.

Wie in Deutschland häufig, ist es nun die oberste Rechtsprechung, die der Politik Beine macht. So hat das Bundesarbeitsgericht am 24. Juni 2021 in einem wegweisenden Urteil (5 AZR 505/20) entschieden, dass die Betreuungsperson Anspruch auf den gesetzlichen Mindestlohn auch für die Zeit hat, wo sie jederzeit damit rechnen muss, dass ihre Dienste in Anspruch genommen werden. Das bedeutet, dass alle Zeiten, in denen die Live-in-Kraft sich in der Wohnung der pflegebedürftigen Person aufhalten muss, weil diese jederzeit Hilfe brauchen könnte, als Bereitschaftszeit zu werten ist. Obwohl mit dem Urteil ein Einzelfall entschieden wurde, bedeutet es in der Konsequenz, dass dem Geschäftsmodell einer 24-Stunden-Betreuung im Wege der Entsendung die Grundlage entzogen ist. Für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen schafft dies eine Situation der Rechtsunsicherheit. Wegschauen und Ignorieren ist für die Politik nicht länger eine Option.

Naheliegend wäre, dass nunmehr im System der Langzeitpflege eine Leistungskategorie der 24-Stunden-Betreuung geschaffen wird wie dies zum Beispiel in Österreich bereits praktiziert wird. Als vorbildlich kann man die in Österreich erfolgte Regulierung nicht werten. Nach österreichischem Recht kann Betreuung von betreuungsbedürftigen Personen in privaten Haushalten im Rahmen einer selbstständigen oder unselbstständigen Erwerbstätigkeit erfolgen. Die unselbständige Erwerbstätigkeit beinhaltet den Schutz von Arbeitnehmerrechten. Fast alle Betreuerinnen arbeiten aber selbständig auf Basis eines Gewerbescheins und haben damit keinen Anspruch auf Krankengeld, Urlaubsgeld etc. Beide Modelle werden öffentlich bezuschusst und die Vermittlungsagenturen müssen sich zertifizieren lassen. Viel wert ist die Zertifizierung aber nicht und da das Selbstständigkeitsmodell dominiert, sind prekäre Arbeitsbedingungen die Regel. Immerhin liegt eine Leistungskategorie im System der Langzeitpflege vor, die statistisch erfasst wird. So entsteht immer wieder Druck in Richtung Politik, durch bessere Regulierungen auch für bessere Arbeitsbedingungen in diesem Segment zu sorgen. Wenn die Regulierung dagegen außerhalb des System der Langzeitpflege erfolgt, wie es die Formulierung im Koalitionsvertrag nahelegt, droht statt der Integration von Leistungen eine weitere Abspaltung. Dem Versprechen, Pflege und Assistenz personenzentriert ganzheitlich zu organisieren, widerspricht es diametral, wenn die Behandlungspflege über das SGB V organisiert wird, die Grundpflege und hauswirtschaftliche Unterstützung über SGB XI und die sonstige Betreuung in der eigenen Häuslichkeit irgendwie zwischen Ehrenamt und dem Einkauf von Leistungen durch pflegebedürftige Personen außerhalb des Pflegeversicherungssystems. Dies wäre ein Beitrag zur weiteren Beförderung fachlich problematischer Fragmentierungen.

Lehren aus der Corona-Pandemie bleiben unzulänglich

Das deutsche Gesundheitssystem hat Stärken bei der Hochleistungsmedizin und der Akutbehandlung isolierter Erkrankungen. In einer Pandemie jedoch zählt das Vorhandensein einer leistungsfähigen Infrastruktur des kollektiven Gesundheitsschutzes, damit des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Dem ÖGD obliegen Aufgaben nicht nur im Bereich des Infektionsschutzes, sondern bei Prävention, Gesundheitsförderung, Überwachung, bei Beratungen und Behandlungen im psychosozialen Bereich usw. In einer Pandemie wird er zum zentralen Akteur. Nur gut funktionierende Gesundheitsämter sind in der Lage, Ausbrüche pathogener Erreger so nachzuverfolgen, einzugrenzen und die Entwicklung der Erreger laufend so zu überwachen, dass das Infektionsgeschehen kontrollierbar bleibt.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst wird gestärkt, aber nur ein bisschen

Statt gut aufgestellt, war der ÖGD zu Beginn der Pandemie vielerorts in einem kläglichen Zustand: personell ausgedünnt mit veralteter Technik und kaum digitalisiert. In den 80er Jahre hätte dies noch anders ausgesehen; hier auch wären es die Gesundheitsämter gewesen, in deren Verantwortung die Planung und Durchführung einer Impfkampagne gelegen hätte. Diese Strukturen jedoch wurden vielerorts zerstört. Entsprechend ineffizient und kostenintensiv verliefen, von wenigen Bundesländern abgesehen, die nun von unterschiedlichen Trägern durchgeführten Impfkampagnen.

Die Politik reagierte mit Nothilfen via Bundeswehr und dergleichen mehr. Aufgelegt, mit Beschluss vom 29.09.2020, wurde schließlich ein Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Er hat für einen Förderzeitraum von 6 Jahren ein Volumen von 4 Mrd. €. Die Mittel sind ab 2021 für Personal, Digitalisierung und den Aufbau moderner Strukturen vorgesehen. Bis Ende 2021 sollten mindestens 1.500 neue Stellen geschaffen und mit ÖGD-ÄrztInnen sowie Fach- und Verwaltungspersonal besetzt werden und bis Ende 2022 sollen weitere 3.500 Vollzeitstellen hinzukommen. Ausgebaut werden soll auch die Verbindung zur Wissenschaft, zur Prävention und Gesundheitsplanung. Mit Stand von Anfang 2022 ist davon noch wenig umgesetzt. Es gibt Fortschritte bei der Digitalisierung, die aber weit hinter den Notwendigkeiten zurückblieben. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die Ampel-Koalitionäre bereit sind, über Eintagsfliegen hinaus, die erforderlichen Schritte zu ergreifen, um Public Health zur 3. Säule des deutschen Gesundheitssystems zu machen. Die Antwort, die der Koalitionsvertrag liefert, bleibt unbefriedigend. Bekräftigt wird letztlich nur, dass es „*eines gestärkten Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)*“ bedarf, „*der im Zusammenspiel zwischen Bund, Ländern und Kommunen sichergestellt wird*.“ Damit es zu einer nachhaltigen Stärkung der Gesundheitsämter kommt, müsste eine Verankerung im Grundgesetz durch Aufnahme in die Gemeinschaftsaufgaben (Artikel 91a oder 91b) erfolgen. So ließe sich die Beteiligung des Bundes an der Finanzierung verstetigen und auch sicherstellen, dass der ÖGD statistisch im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung nicht länger unter den Tisch fällt. Davon jedoch ist im Koalitionsvertrag keine Rede. Da sich die Koalition darauf verständigt hat, obere Einkommens- und Vermögensschichten weiterhin nicht angemessen an der Finanzierung des Gemeinwesens zu beteiligen und auch die Schuldenbremse ab 2023 wieder in Kraft setzen will, droht nach dem Ende der Pandemie die erneute Vernachlässigung der Gesundheitsämter. Finanzschwache Länder und Kommunen werden den Rotstift dort ansetzen, wo der öffentliche Gegendruck am geringsten ausfällt. Dies könnte erneut die Gesundheitsämter treffen.

Das Problem defizitärer Daten wird nur punktuell bearbeitet

Das deutsche Gesundheitssystem scheitert an der Bereitstellung belastbarer, für die Gesamtbevölkerung aussagekräftiger Daten. Da die Selbstverwaltung kein Eigeninteresse an der Generierung übergreifend guter Daten hat, liegt es an der Politik, für Abhilfe zu sorgen. Das erfolgt nur höchst unzureichend, so dass die fragmentierte Struktur der Finanzierung und Leistungserbringung zu einer fragmentierten Datenbasis führt, die die partikularen Interessen der verschiedenen Akteure bedient, an den Notwendigkeiten, Gesundheit und Pflege als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu begreifen, aber vorbeigeht.[19]

[19] (…) the fragmented structure of the system, with its plurality of payers and providers, leads to fragmented databases that make a comprehensive assessment of health system performance difficult. Several monitoring mechanisms and registers focus on different aspects of the system of single diseases, but they are either initiated

Druck, an der teilweise defizitären Datenlage grundsätzliche Änderungen vorzunehmen, entstand bislang kaum. Die Selbstverwaltungsakteure konnten die Legende, wonach Deutschland eines der weltweit besten Gesundheitssysteme unterhält, weiter pflegen. Während der Corona-Pandemie allerdings geriet Deutschland international wegen fehlender Daten immer wieder in die Bredouille. So fehlte es während der 1. Welle weitestgehend an Daten zur Infektionsbetroffenheit der Bevölkerung entlang sozialer Merkmale. Als einziges Bundesland hat der Stadtstadt Bremen entsprechende Daten erhoben und für die Konzipierung einer zielgruppengerechten Impfkampagne fruchtbar gemacht, was sich in einer hohen Impfquote auszahlt.[20] Bei den nächsten Wellen dann geriet Deutschland wegen des Fehlens aussagekräftiger Daten zum Infektionsgeschehen in Alten- und Pflegeheimen und der nicht systematischen Überwachung des Entstehens von Virus-Mutanten in die Kritik. Auf die auch international vorgetragene Kritik am Fehlen einer systematischen Surveillance von SARS-CoV-2 reagierte das Bundesgesundheitsministerium. Ende 2020 mit der Förderung eines bundesweiten Netzwerkes von Laboren, die positiv auf SARS-CoV-2 getestete Proben zur Genomsequenzierung an das Robert Koch-Institut (RKI) oder an das Konsiliarlabor für Coronaviren an der Charité einsenden. Zudem kann ein Netzwerk von bundesweit repräsentativ verteilten Arztpraxen Proben von Patienten mit grippeähnlichen Symptomen an das Robert Koch-Institut zur Bestimmung des Erregers einsenden. Die Coronavirus-Surveillanceverordnung vom 18. Januar 2021 verpflichtet Laboratorien und Einrichtungen, die Sequenzierungen von SARS-CoV-2 vornehmen, die erhobenen Genomsequenzdaten an das Robert Koch-Institut zu übermitteln. Im Ergebnis sollen rd. 5 Prozent der positiv getesteten Proben einer Genom-Sequenzierung unterzogen werden. Einerseits wird dadurch eine Daten-Lücke geschlossen. Andererseits jedoch liegt die Quote von 5 Prozent weit unter den Werten, die Länder, denen bei der Genom-Sequenzierung eine Vorreiterfunktion zukommt, routinemäßig realisieren.

Zudem reicht es nicht, nur über Wissen zur Verbreitungsgeschwindigkeit einer neuen Virus-Mutante zu verfügen. Man benötigt auch Daten zu der Interaktion zwischen neuer Virus-Mutante und dem Wirtstier, also dem Menschen entlang von Merkmalen wie Alter, Geschlecht und dem Vorhandensein einer Grundimmunisierung, Da es dazu in Deutschland keine Daten gibt, die gleichermaßen aktuell wie belastbar sind – selbst die Angaben zu altersspezifischen Impfquoten sind nur Schätzwerte - sind Virologen, Epidemiologen und Intensivmediziner beim Auftreten neuer Virus-Mutanten von den Daten abhängig, die sie vom Vereinigten Königreich oder aus Dänemark erhalten. Wollte man dies ändern, bräuchte man eine Infrastruktur für routinemäßige Datenerfassungen und Datenvernetzungen. Ein Baustein wäre ein Impfregister. Jede Impfung würde darin mit Angaben zu Person und Impfstoff (Name, Wohnort, Alter, Geschlecht, Impfprodukt, aufgetretene Nebenwirkungen) erfasst. Dort, wo es derartige Impfregister schon lange gibt, wie etwa in den skandinavischen Ländern, dienen sie weniger der Überwachung der Impflinge als der Überwachung der Impfstoffe. Bekanntermaßen ja gibt es bei als sicher angesehenen Impfungen immer die Möglichkeit von sehr seltenen, aber schwerwiegenden Komplikationen. Tauchen in erheblichem zeitlichen Abstand zu Impfungen Berichte zu Erkrankungen auf, die in einem kausalen Zusammenhang zur der Impfung stehen könnten, lassen sich die Ver-

---

or carried out by individual stakeholders. The multitude of initiatives and coexisting programmes suffer from a lack of systematic evaluation, involvement of all sectors, and overall formulation of goals." (OECD/EU 2019, a.a.O., S. 21).

[20] Mit Stand 11.01.2022 erreicht Bremen bei den vollständig Geimpften mit 84,5 Prozent bundesweit die höchste Quote, gefolgt vom Saarland mit 78,4 Prozent. Schlusslicht ist Sachsen mit 61,4 Prozent (https://impfdashboard.de/; 12.01.2022).

dachtsmomente in den skandinavischen Ländern unter Nutzung der Daten des Impfregisters überprüften. Dies ist ein Vorteil, der sich schon mehrfach bewährt hat. In Deutschland besteht diese Möglichkeit nicht; man bleibt wissenschaftlich im Bereich des Nicht-Wissens und seitens der Erkrankten im Bereich der Mutmaßungen.

Bemerkenswert ist nunmehr, dass zwecks Steigerung der nicht ausreichend hohen Impfquote die Schaffung einer Impfpflicht im Raum steht, ohne dem freilich die Einrichtung eines Impfregisters voranzustellen. Die Koalition plant wegen interner Differenzen keinen eigenen Gesetzentwurf, sondern verlässt sich auf fraktionsübergreifende Initiativen aus dem Parlament. Eine Impfpflicht ohne Impfregister macht jedoch wenig Sinn. Es ist gleichbedeutend mit dem Verzicht auf Umsetzung und dem Verzicht auch auf die Nutzung der Vorteile, die ein Impfregister für die Durchführung von Impfkampagnen und die Überwachung der Impfstoffe bietet. Erneut ist Österreich weiter und könnte als Vorbild dienen. Ab Februar 2022 soll es eine allgemeine Impfpflicht geben, deren Umsetzung auf einem zentrales Impfregister basiert. Es befindet sich seit Oktober 2020 zusammen mit der Schaffung eines elektronischen Impfpasses in der Umsetzung. Rechtlich verankert wurde der eImpfpass bereits 2012 im Gesundheits-Telematikgesetz mit Ansiedlung unter dem Regelungsregime der elektronischen Gesundheitskarte ELGA. Sie wird von der ELGA GmbH gemanagt, die sich in öffentlichem Eigentum befindet, getragen zu je einem Drittel vom Bund, den Ländern und den Sozialversicherungen. Dem Datenschutz wird in Österreich dadurch Rechnung getragen, dass sich die BürgerInnen von allen möglichen Elga-Leistungen abmelden können; nicht jedoch vom Impfregister sobald die Impfpflicht zum Tragen kommt.

Im Koalitionsvertrag der Ampel ist viel von Digitalisierung die Rede; der Begriff taucht 57mal auf. Man wolle „*die Potentiale der Digitalisierung nutzen, um eine bessere Versorgungsqualität zu erreichen, aber auch Effizienzpotentiale nutzen*“, heißt es unter der Überschrift „Gesundheitswirtschaft“ (S. 29). Es soll eine regelmäßig fortgeschriebene Digitalisierungsstrategie geben mit besonderem Fokus auf der Lösung von Versorgungsproblemen und der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer, was die regelhafte Ermöglichung telemedizinischer Leistungen und die beschleunigte Einführung der elektronischen Patientenakte mit beinhaltet. Die Nutzung soll über ein Opt-Out-Recht freiwillig sein. Daran, dass die neue Bundesregierung den Digitalisierungsrückstand abbauen will, besteht kein Zweifel. Ob damit jedoch die Potentiale, die eine Digitalisierung für Verbesserungen in der Versorgungsqualität und beim Gesundheits-Monitoring beinhaltert, zur Entfaltung kommen, darf bezweifelt werden. Entscheidend ist die Umsetzung. Hier wurden in der Vergangenheit aufgrund der Delegation des Themas an eine unwillige Selbstverwaltung große Fehler gemacht. Mit übergreifenden Lösungen wie in Österreich ist auch zukünftig nicht zu rechnen. Es wird bei Insellösungen bleiben mit in der Konsequenz zu vielen Schnittstellen, die je für sich Probleme mit der Datensicherheit aufwerfen, was negativ auf die Nutzung zurückwirken dürfte.

Fazit

Der Koalitionsvertrag hält für das Gesundheits- und Pflegewesen einiges an Lichtblicken bereit. Dies dort, wo förmlich die Hütte brennt, so dass sich echte Verbesserungen nicht mehr auf die lange Bank schieben lassen. Beim Pflegepersonal vorrangig der Krankenhäuser ist mit Fortschritten zu rechnen. Schon die Frage jedoch, ob bei der Qualifikationsstruktur professioneller Pflege der im internationalen Vergleich massive Rückstand mehr als nur ein bisschen abgebaut werden soll, beantwortet sich nicht

eindeutig. Der Vertrag enthält vielversprechende Stichworte, die aber unbestimmt bleiben. Entscheidend ankommen wird es auf die Umsetzung, für die ein umso größerer Interpretationsspielraum eröffnet ist, je vager die Formulierung im Koalitionsvertrag ausfällt.

Ein großes Problem dürfte die Finanzierung werden. Anders als von Teilen der Öffentlichkeit wahrgenommen, fehlt es im deutschen Gesundheitssystem nicht an Geld. Deutschland unterhält im OECD-Kontext das zweitteuerste Gesundheitssystem, setzt die vorhandenen Mittel aber nicht so ein, dass damit eine hohe Qualität der Versorgung von akut Kranken, von chronisch Kranken und von Menschen mit dauerhaftem Pflege- und Unterstützungsbedarf bei zugleich guten Arbeitsbedingungen der Beschäftigten gesichert wird. Dem stehen Machtstrukturen entgegen, die mehr die Eigeninteressen einzelner Akteursgruppen bedienen als das Gemeinwohlinteresse. Die Vornahme neuer Weichenstellungen mit dem Ziel, an die Stelle der Dominanz wirtschaftlicher Partikularinteressen eine öffentliche Steuerung zu setzen, die von Patienten und langfristig Pflegebedürftigen aus gedacht ist, wird erst gar nicht angedacht. Dies hätte einen Paradigmenwechsel gepaart mit einem ausgeprägten politischen Gestaltungswillen zur Voraussetzung. Dergleichen ist bei der Ampel nicht vorhanden. Die vielen Einzelansagen bleiben dem Paradigma einer wettbewerblichen Organisation verhaftet, wo mit Krankheiten und dem Versprechen auf Gesundheit gute Gewinne erwirtschaftet werden können und sollen. Damit aber hängen die neuen Akzente etwas in der Luft. Als Teil einer übergreifenden und finanziell unterlegten Gesamtstrategie könnten sie die Basis legen für fachlich notwendige Kursänderungen. Dass es dazu kommt, ist jedoch fraglich. Es bedürfte einer Gesamtstrategie mit auch finanzieller Unterlegung. Vom Pflegebonus abgesehen drückt sich der Vertrag aber komplett vor Aussagen zum Finanzbedarf und der vorgesehenen Finanzierung. Die offene Finanzierungsfrage wird damit zu einem der Fallstricke, schließlich sollen die Beiträge weitgehend stabil bleiben, Steuern nicht erhöht werden und an Umverteilungen im System wird gleichfalls nicht angedacht. Für die Umsetzung der zukunftsweisenden und positiv zu wertenden Akzente dürfte sich dies als schwere Bürde herausstellen. Die darin schlummernden Potentiale werden nicht zur Entfaltung kommen, wenn die Umsetzung aufgrund fehlender finanzieller Unterlegung nur im kleinen Maßstab gelingt. Schon jetzt drehen im deutschen Gesundheitssystem Modellprojekte, obwohl x-mal positiv bewertet, immer neue Ehrenrunden, weil die Politik die Entscheidungen scheut, die für eine dauerhafte und flächendeckende Etablierung nötig wären.[21]

[21] Ein Beispiel sind die Modellstudiengänge, die es seit 2009 bei Therapieberufen (Physikotherapie, Ergotherapie, Logopädie) gibt. Die erfolgten Evaluationen sind ausgesprochen positiv. Alle anderen hochentwickelten Länder haben in der Folge längst reguläre Studiengänge etabliert. Nicht so die deutsche Politik. Mit fadenscheinigen Begründungen wird die Einrichtung regulärer Studiengänge immer wieder untergraben. Statt die Berufsgesetze im Heilmittelbereich zu modernisieren, werden die Modellstudiengänge einfach verlängert. Bei manchen Politikern vermutlich in der Hoffnung, dass irgendwann die Studierenden ausbleiben. Zuletzt wurde das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung für eine erneute Verlängerung der Modellklausel missbraucht. Sie endet nun in 2024.