

Pflege in der Dauerkrise

Die Logik des Marktes geht zu Lasten des Pflegepersonals und der Qualität

Symptome eines sich verschärfenden Pflegenotstandes

Gleichermaßen im Akutpflegebereich der Kliniken wie im Bereich der Langfristpflege (LTC) von Menschen mit gesundheitlichem und sozialem Unterstützungs- und Betreuungsbedarf, nachfolgend auch als „Altenpflege“ bezeichnet, haben sich die Widersprüche der in Deutschland etablierten Systemkonfigurationen in den letzten Jahren so verschärft, dass die Kluft zwischen den gesetzlich formulierten Leistungs- und Qualitätszielen und der immer tristeren Pflegerealität ein bedenkliches Ausmaß erreicht. Die Verfehlung hoher Qualitätsnormen steht in einem engen Zusammenhang mit den schlechten Arbeitsbedingungen der in der Kranken- und Altenpflege tätigen Fach- und Assistenzkräfte. Zum Standardrepertoire politischer Sonntagsreden gehört die Absichtserklärung, die pflegerischen Berufe hinsichtlich der Arbeits- und Entlohnungsbedingungen so aufwerten zu wollen, dass der Einkommensrückstand gegenüber Durchschnittsverdienern behoben und eine Pflege nach pflegewissenschaftlichen Standards ermöglicht wird. Für die Umsetzung allerdings wähnt sich die deutsche Politik wenig zuständig. In folgenden Fehlentwicklungen verdichtet sich die Dauerkrise der Pflege:

- **Weniger Pflegepersonal trotz gestiegener Behandlungsfälle:** An den Krankenhäusern sind die Fallzahlen binnen der zurückliegenden beiden Dekaden um mehr als ein Fünftel von 15,9 Millionen im Jahr 1995 auf 19,5 Millionen im Jahr 2016 gestiegen. Trotzdem wurde das Pflegepersonal (inklusive Leihpersonal) von 350.600 auf 336.200 rechnerische Vollzeitkräfte (VZÄ) zurückgefahren, während der Ärztliche Dienst heute rund 56 Prozent mehr VZÄ-Kräfte bereithält (1995: 101.600; 2016: 158.200). Auf Pflegekräfte und andere nicht-ärztliche Funktionsgruppen kommen heute mehr Behandlungsfälle als vor 20 Jahren. Und das, obwohl sich die Struktur der Krankenhauspatientinnen und -patienten in Richtung älterer Menschen mit multimorbidem Krankheitsbild und folglich erhöhtem Pflegebedarf verschoben hat. Im internationalen Vergleich weist Deutschland eine weit unterdurchschnittliche Pflegepersonalbesetzung auf. Wurden im Jahr 2012 im OECD-Mittel 31,9 Pflegevollkräfte zur Versorgung von 1.000 Fällen eingesetzt, waren es in Deutschland nur 19 (Bertelsmann Stiftung 2017, S. 46f.)
- An den Krankenhäusern sind die Fallzahlen binnen der zurückliegenden beiden Dekaden um mehr als ein Fünftel von 15,9 Millionen im Jahr 1995 auf 19,5 Millionen im Jahr 2016 gestiegen. Trotzdem wurde das Pflegepersonal (inklusive Leihpersonal) von 350.600 auf 336.200 rechnerische Vollzeitkräfte (VZÄ) zurückgefahren, während der Ärztliche Dienst heute rund 56 Prozent mehr VZÄ-Kräfte bereithält (1995: 101.600; 2016: 158.200). Auf Pflegekräfte und andere nicht-ärztliche Funktionsgruppen kommen heute mehr Behandlungsfälle als vor 20 Jahren. Und das, obwohl sich die Struktur der Krankenhauspatientinnen und -patienten in Richtung älterer Menschen mit multimorbidem Krankheitsbild und folglich erhöhtem Pflegebedarf verschoben hat. Im internationalen Vergleich weist Deutschland eine weit unterdurchschnittliche Pflegepersonalbesetzung auf. Wurden im Jahr 2012 im OECD-Mittel 31,9 Pflegevollkräfte zur Versorgung von 1.000 Fällen eingesetzt, waren es in Deutschland nur 19 (Bertelsmann Stiftung 2017, S. 46f.)

- **Zwischen der Nachfrage nach Pflegekräften und dem Angebot klafft eine wachsende Lücke:** Trotz extrem schlechter Personalausstattung gleichermaßen im Bereich der Akut- wie der Langfristpflege können zunehmend selbst die vorhandenen Stellen nur noch schwer oder gar nicht besetzt werden. In der Langfristpflege waren 2016 rd. 30.000 Stellen unbesetzt. Die Zahl der gemeldeten offenen Stellen lag im Juli 2017 bei Heimen mehr als dreimal so hoch wie im Juli 2007 (RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung; Pflege-Report 2017). Dahinter steht nicht nur, aber auch eine Abstimmung mit den Füßen. Pflegekräfte wandern in andere Branchen oder ins Ausland ab. Wie schlecht es um den Pflegestandort Deutschland bestellt ist, zeigt sich in dem Faktum, dass trotz des bestehenden Fachkräftemangels mehr Kräfte aus Deutschland in primär die anderen deutschsprachigen Ländern, dann aber auch nach Großbritannien und Skandinavien abwandern als regulär aus Osteuropa, Asien und den Balkanländern zuwandern. Von 2005 bis 2016 ist ein Negativsaldo von 6.336 „nurses“ zu verbuchen (vgl. die Onlinedatenbank: <http://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/>). Besonders viele Krankenpflegefachkräfte zieht es in die deutschsprachigen Länder (incl. Luxemburg). 7.494 nach dorthin ausgewanderten Pflegefachkräften stehen nur 186 nach Deutschland zugewanderte Kräfte gegenüber. Die Altenpflegefachkräfte sind in diesen Zahlen noch gar nicht enthalten. Bei der Altenpflegeausbildung praktiziert Deutschland einen Sonderweg, den es erst mit der Umsetzung der 2017 beschlossenen Ausbildungsreform – nur halbherzig hat sie die Weichen in Richtung der Schaffung einer generalistischen Pflegeausbildung gestellt – verlassen wird.
- **Unterbezahlung und kein Ende.** Während Pflegefachberufe in vielen Ländern einen Prozess der Akademisierung durchliefen und so ihre berufliche Stellung stärken konnten, wurden vergleichbare Professionalisierungsprozesse in Deutschland durch das Zusammenwirken von ärztlicher Standes- und konservativer Gesundheitspolitik erfolgreich ausgebremst. Pflegerische Berufe werden als „frauenaffin“ traditionell schlecht bezahlt – in Deutschland weit schlechter als in Ländern mit akademisierter Pflege. Der Fachkräftemangel ist auch insoweit hausgemacht. Gut bezahlt werden die bei Operationen und im intensivmedizinischen Bereich benötigten Kräfte. Die normal auf der Station tätigen und erst recht die in der Altenpflege eingesetzten Kräfte erzielen weit unterdurchschnittliche Einkommen bei zugleich erheblicher Lohnspreizung und geringer Tarifbindung. In Ostdeutschland, wo die Tarifbindung keine 50 Prozent erreicht, verdienen Altenpflegerinnen und -pfleger 25 Prozent weniger als Krankenpflegerinnen und -pfleger (vgl. IAB 2018, S. 3). Bei den Assistenzkräften ist die Lücke teilweise noch größer. Hinzu kommt, dass die in der Altenpflege Beschäftigten überwiegend nur in Teilzeit arbeiten und wegen des hohen Berufsstresses auch noch häufig mit Abschlägen vorzeitig in Rente gehen. Altersarmut ist vorprogrammiert. Die aufreibende Tätigkeit im Dienst der Gesellschaft wird mit Renten unter oder wenig über der Grundsicherung „belohnt“
- **Immer mehr Ältere sind auf „Hilfe zur Pflege“ angewiesen:** Eines der zentralen Motive für die Einführung der Pflegeversicherung bestand darin, die kommunale Sozialleistung „Hilfe zur Pflege“ entbehrlich zu machen. Mittlerweile jedoch nähern sich die Fallzahlen (2012: 439.000 Fälle; Quelle: Destatis, PM Nr. 43/14 vom 11.02.2014) wieder dem Niveau vor Schaffung der Versicherungslösung. Für die Kommunen ergibt sich daraus eine immer höhere Kostenbelastung. Binnen einer Dekade stiegen die Bruttoausgaben von 3,12 Mrd. € (2006) auf 4,33 Mrd. € (2016) um 39 % (Destatis, 7.12.2016 „Sozialhilfe - Bruttoausgaben insgesamt für alle Hilfearbeiten im Laufe des Berichtsjahres im Zeitvergleich“). Hintergrund ist der Umstand, dass bei ei-

nem beachtlichen Teil der HeimbewohnerInnen eigene Einkünfte, eventuelle Zuzahlungen von Angehörigen und die Leistungen der Pflegeversicherung zusammen nicht ausreichen, die Heimkosten zu decken.¹ Dieses Problem wird sich weiter verschärfen. Einerseits, weil die Pflegeversicherung als Teilleistungssystem nur rationierte Zuschüsse bereithält; Kostensteigerungen gehen zu Lasten der Pflegebedürftigen. Andererseits, weil sich die Absicherung im Alter als Folge von Niedriglohnbeschäftigung und sinkendem Rentenniveaus sukzessive verschlechtert. Die Lücke zwischen privat zu zahlenden Eigenleistungen und den verfügbaren Eingenmitteln wird daher immer größer.

Krankenhaussektor im Marktwettbewerb: Pflegekräfte und Patienten als Verlierer

Das deutsche Gesundheitssystem ist kein staatliches, sondern ein von überwiegend privaten Leistungserbringern und Krankenkassen (Gesetzliche und private Vollkrankenversicherungen) selbst organisiertes System, das der gesetzlichen Rahmensteuerung unterliegt. Ein direkt an den Staat adressiertes Recht der BürgerInnen auf die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen sieht dieses System nur in Teilbereichen vor – zu nennen sind die bis Anfang der 90er Jahre überwiegend öffentlichen Kliniken sowie die in den letzten Jahrzehnten personell stark ausgedünnten Gesundheitsämter. Schon vor der Einführung von Wettbewerb und Markt folgte dieses System weniger einer öffentlichen Bedarfslogik als einer korporatistischen Selbstverwaltungslogik. Die Selbstverwaltung setzt sich aus den ambulanten und stationären Leistungserbringern sowie den für die Finanzierung zuständigen Kassen zusammen. Ihr staatlicher Auftrag ist es, bezahlbare Medizin in guter Qualität für jeden sicherzustellen. Dies für die Pflichtmitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in einem solidarisch geprägten Rahmen, während die privat Versicherten (gut 10 % der Bevölkerung) nicht in das Solidarsystem einbezogen sind. Organisation und Aufgaben der GKV sind rechtlich im Wesentlichen durch das Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgelegt.²

Im internationalen Vergleich weist das korporatistische deutsche System eine Reihe von Schwächen auf:

- **Es existiert kein integriertes Gesamtsystem**, bei dem Finanzierung, Leistungserbringung und Steuerung in der Orientierung an guten Outcome-Ergebnissen für die gesamte Bevölkerung ineinander greifen. Im Gegenteil. Finanzierungs- und leistungsseitig stehen Teilsysteme mit je un-

¹ So ergab 2016 eine Studie der Bertelsmann-Stiftung, dass in 44 Prozent der Kreise das Durchschnittseinkommen der alten Menschen rechnerisch im Jahr nur für maximal elf Monate stationärer Pflege ausreicht. Am wenigsten können sich alte Menschen im Saarland sowie in Nordrhein-Westfalen einen Heimplatz leisten. Der Grund liegt darin, dass das Altenpflegepersonal in diesen Bundesländern deutlich besser bezahlt wird als in den ostdeutschen Bundesländern sowie in Niedersachsen und Schleswig-Holstein, was höhere private Zuzahlungen bedingt. Die Bruttoentgelte einer Vollzeitkraft lagen 2013 zwischen 1.714 € und bis zu 3.192 € (Bertelsmann-Stiftung 2016, hier zitiert nach PM der Bertelsmann-Stiftung vom 12.10.2016 („Können sich Senioren die eigene Pflege leisten?“); <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2016/oktober/koennen-sich-senioren-die-eigene-pflege-leisten/>(Abruf 2.5.17)).

² Die Gesundheitsreformgesetze – 2003 das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) v. 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190), 2007 das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) v. 26. März 2007 (BGBl. I, S. 378) und 2015 das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) v. 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) werden nach ihrer Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt in das Sozialgesetzbuch V eingefügt.

terschiedlicher Logik sowohl neben-, wie gegeneinander und die Steuerung ist nicht an Ergebnissen, sondern an der Vorgabe von Beitragsstabilität orientiert. Ein sinnvolles Ganzes oder auch nur Transparenz existiert nicht. Stattdessen ein für die meisten undurchschaubarer Dschungel, der für Korruption und Fehlversorgungen reichlich Angriffspunkte bietet.

- **Finanzierungsseitig existieren mit den Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und den Privaten Krankenkassen (PKV) konträre Vollversicherungssysteme.** Das Beihilfesystem der Beamten kommt hinzu, ebenso wie die Investitionsverpflichtung der Bundesländer im Rahmen einer dualistischen Krankenhausfinanzierung. Im Nebeneinander unterschiedlicher Absicherungssysteme lebt der Ständestaat des 19. Jahrhunderts fort. Er weist die abhängig Beschäftigten mit geringem bis mittlerem Einkommen den gesetzlichen Kassen zu. Wer mit seinem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (2018: 59.400 € Jahreseinkommen) liegt, kann zwischen gesetzlichen und privaten Kassen wählen; ebenso die Selbständigen und die freiberuflich Tätigen. Beamte erhalten im aktiven Dienst eine 50%ige und im Ruhestand eine 70%ige Absicherung durch die Beihilfe; die restliche Absicherung erfolgt in der Regel über das PKV-System.
- **Leistungsseitig sind ambulante und stationäre Versorgung relativ strikt voneinander getrennt.** Dies ist ein Relikt aus der NS-Zeit. Ausnahmen bestehen bei den Universitätskliniken und den Notfallambulanzen. Trotz des Sicherstellungsauftrags der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und sehr zum Leidwesen der Krankenhäuser, die dafür keine kostendeckenden Vergütungen erhalten, nutzen viele Patientinnen und Patienten die Notfallambulanzen zunehmend wie eine normale Praxis. Die jährliche Fehlnutzung wird seitens der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit mehr als 3 Millionen Patientinnen und Patienten angegeben (Newsletter des Interessenverbandes kommunaler Krankenhäuser e.V. vom Dezember 2017).
- **Arztzentriert mit einem hohen Ausmaß nicht sachgerechter Fehlversorgungen.** Das gegliederte System begünstigt aufgrund seiner Doppelstrukturen und seines geringen Niveaus an fachübergreifender Kooperation das Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgungen. Zwischen den ärztlichen Berufen und im Verhältnis zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufen besteht eine ausgeprägte Hierarchie. Für Versorgungskonzepte, die auf Multidisziplinarität und berufsübergreifender Kooperation gründen, entstehen dadurch hohe Hürden. Dies behindert die Entwicklung und Umsetzung evidenzbasierter, leitliniengestützter Behandlungsprozesse (vgl. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, <http://www.emb-netzwerk.de>). Auch die Lotsenfunktion der Hausärztinnen und -ärzte ist schwach ausgeprägt und der Einsatz von Pflegefachkräften bei Bagatellerkrankungen nicht vorgesehen. Innovationsstark ist das deutsche System bei der Entwicklung von Arzneimitteln und Operationstechniken; bei Prävention, der Entwicklung und Umsetzung evidenzbasierter Medizin und bei der Umsetzung integrierter Versorgungskonzepte hängt es zurück.

Wechsel von der traditionellen Kostendämpfungspolitik zu neoliberalen Strukturreformen

Von Mitte der 1970er-Jahre bis 1992 war Gesundheitspolitik in Deutschland im Kern Kostendämpfungspolitik. Das Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz (KVKG) von 1977 und das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz von 1981 sind hier ebenso einzuordnen wie das Haushaltsbegleitgesetz von 1982 und die Gesetze, die einzelne Bereiche (Krankenhaus-

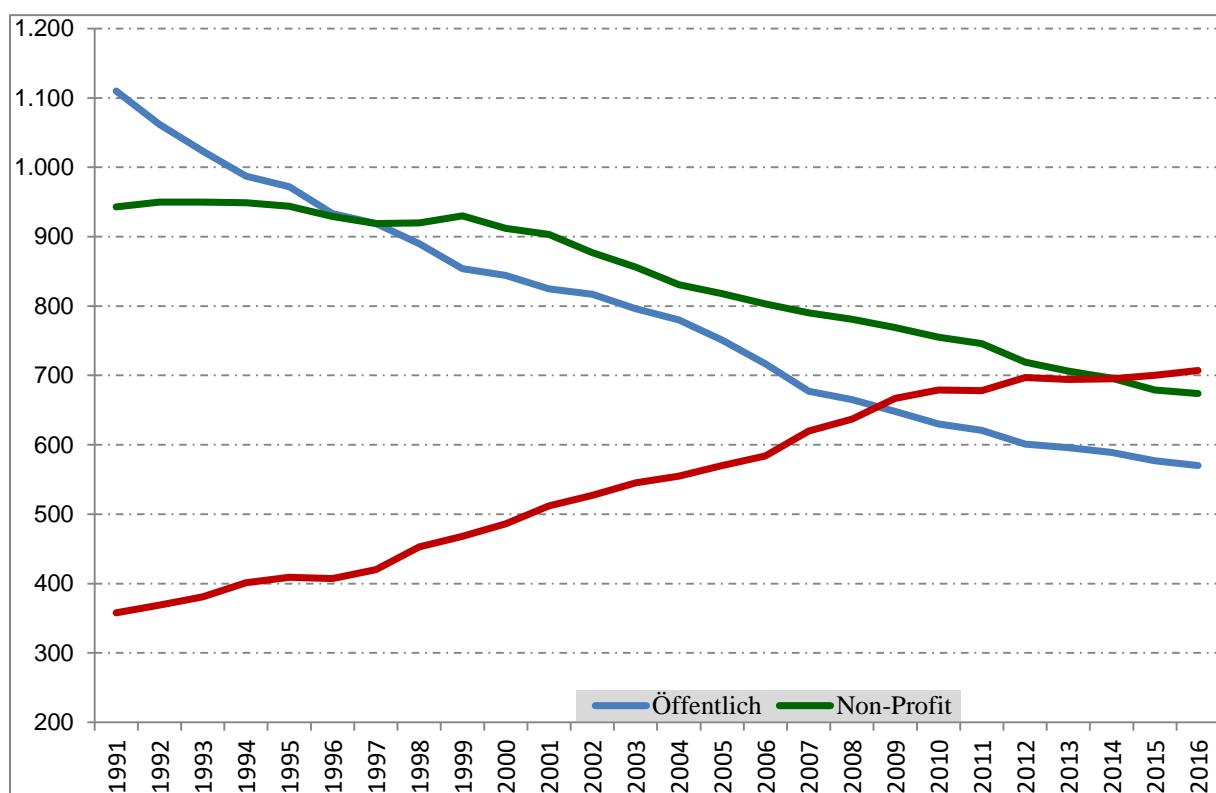
Neuordnungsgesetz – KHNG von 1984; Gesetz über die kassenärztliche Bedarfsplanung von 1986; u.a.) in den Fokus nahmen. Die Grundstrukturen des aus der Endphase der Weimarer Republik und dann des NS-Regime übernommenen Systems blieben unangetastet. Hintergrund der Kostendämpfungspolitik war die Vorstellung, dass die GKV-Ausgaben tendenziell aus dem Ruder laufen. Mittels einer Vielzahl von Einzelmaßnahmen versuchte der Gesetzgeber dämpfend auf die Ausgabenentwicklung der Kassen hinzuwirken. Einmal, indem einzelne Leistungen beschnitten oder Zuzahlungen eingeführt resp. erhöht wurden. Dann indem die Stellung der Kassen gegenüber den Leistungserbringern gestärkt wurde. Anfang der 90er Jahre erfolgte ein Paradigmenwechsel. In der Politik hatte sich die Überzeugung durchgesetzt, dass mit traditioneller Kostendämpfungspolitik nicht mehr viel zu erreichen, diese vielmehr gescheitert sei. Auf die Tagesordnung kam eine *Politik der neoliberalen „Strukturreformen“*, die primär die Krankenhäuser adressiert. Grundlegend war folgende These: Wenn bei den stationären Leistungserbringern die Geringhaltung der Kosten dadurch belohnt wird, dass sie Gewinne einbehalten können, kommt ein Prozess der Effizienzsteigerung in Gang, dessen kostendämpfende Effekte die Finanzierbarkeit guter medizinischer Leistungen auf Dauer sichern. Dies komme allen zugute: Die Patienten partizipieren am medizinischen Fortschritt, der angesichts weitgehender Beitragsstabilität bezahlbar bleibt. Krankenhäuser, die gute Leistungen erbringen, werden mit der Erzielung von Gewinnen belohnt; Defizitmacher verschwinden vom Markt. Das bisher von bürokratischer Regulierung geprägte Gesundheitswesen werde in eine dynamisch-innovative Gesundheitswirtschaft transformiert; dies sichere Wachstum und Arbeitsplätze. Treiber und verantwortlich für diesen Prozess sei dann nicht mehr die Politik. Die Gesetze von Markt und Wettbewerb, denen die Leistungsanbieter und Kassen ausgesetzt werden, würden Innovationen befürworten und für die Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven sorgen. Da nun unwirtschaftlich, würden überflüssige Mengenausweitungen vermieden und die im Krankenhaussektor bestehenden Überkapazitäten (zu viele Krankenhäuser, zu viele Betten) sukzessive abgebaut, ohne dass die Politik für diese Marktbe-reinigung von der Bevölkerung in Haftung genommen werden könnte.

Zentrale Bedeutung für die Durchsetzung der auf Markt und Wettbewerb gerichteten neuen Gesundheitspolitik hatte das “*Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung*” (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG von 29.12.1992 BGBI. I Nr. 59, S. 2266). Die „*dramatische Kostenentwicklung in allen Bereichen der Krankenversicherung*“ zwingt zu strukturellen Reformen, um der GKV als zentralem Eckpfeiler der sozialstaatlichen Ordnung ein sicheres Fundament zu erhalten, hieß es in der Gesetzesbegründung. Der entscheidende Hebel, um der Logik von Markt und Wettbewerb das Terrain zu öffnen, war die Ersetzung des Selbstkostendeckungsprinzips mit seinen tagesgleichen Pflegesätzen durch an Diagnosen gebundene leistungsorientierte Vergütungen. Das Fallpauschalen- resp. DRG-Regime (DRG = Diagnosis Related Group) kam nach einer Übergangszeit, wo Mittel über Budgets zugewiesen wurden, zunächst auf freiwilliger Basis (ab 1995) zum Einsatz. Bei Ausgrenzung von psychiatrischen Kliniken wurde es 2004 als neues Vergütungssystem (§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG und Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) verbindlich.

Nach fast einem Vierteljahrhundert ist die Datenlage belastbar genug, um Bilanz ziehen zu können. Sie fällt eindeutig negativ aus. Zunächst ist festzuhalten, dass die Vermarktlichung

des Krankenhauswesens die Struktur der Krankenhäuser intentionsgemäß massiv in Richtung privater Kliniken verschoben hat. Die Zahl öffentlicher Krankenhäuser halbierte sich von 1110 (1991) auf 570 (2016), die der Privatkliniken verdoppelte sich von 358 (1991) auf 707 (2016). Auch die freigemeinnützige, meist kirchliche Säule ist geschrumpft von 943 (1991) auf 674 (2016) Krankenhäuser. Regional wurde die Privatisierung unterschiedlich intensiv betrieben. Die Krankenhauslandschaft von Bayern und Baden-Württemberg ist noch weitgehend öffentlich geprägt; 3 von 4 Krankenhausbeschäftigte (Vollzeitäquivalente) arbeiteten hier 2016 in öffentlichen Kliniken (BY: 76,3%; BW: 72,2%). In Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen andererseits arbeiten zwar nur rd. 4 von 10 rechnerischen Vollkräften im öffentlichen Sektor. Dies ist hier jedoch der weiterhin starken Stellung kirchlicher Trägerschaften, auf die mehr als die Hälfte des Personals entfällt, geschuldet. In den anderen Bundesländern konnten private Klinikketten teilweise große Terraingewinne bis hin zur Übernahme der Marktführerschaft verbuchen. In Mecklenburg-Vorpommern etwa schrumpfte der öffentliche Beschäftigungsanteil von 62,5% (2002) auf 42,5% (2016); in Hamburg gar von 63,8% auf 24,3%.

Abb. 1: Entwicklung der Krankenhaus-Trägerstruktur 1991 – 2016



Quelle: Destatis, Statistisches Bundesamt 2017, Fachserie 12 Reihe 6.1.1., Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2016; Tab. 1.4

Die Vermarktlichung und Teilprivatisierung des Krankenhauswesens kann bezogen auf das in Deutschland prioritär verfolgte Ziel der Kostendämpfung keine besseren Ergebnisse vorweisen.

sen als die vorangegangene Kostendämpfungspolitik. Die Gesundheitsausgaben (in % des BIP) liegen heute auf einem höheren Niveau als vor der Vermarktlichung. Sie folgen dabei einer Entwicklung, die schon länger zu beobachten ist, und zwar länderübergreifend. In der Dekade von Anfang der 80er Jahre bis 1989/90 bewegten sich die Gesamtausgaben (alte Bundesrepublik) in einem Korridor von 8,5 bis 9 % auf und ab. Anfang der 90er Jahre erfolgte im wiedervereinigten Deutschland ein Anstieg auf 9,6 % (1992/93), der sich bis 1995/96 fortsetzte. Das erreichte höhere Ausgabenniveau von zwischen 10,2 bis 10,8% blieb während der kommenden Dekade stabil mit dann einem neuerlichen Anstieg auf aktuell (2016) 11,3% des BIP (OECD Health Data 2017). Soweit das Ziel also darin bestand, das Ausgabenniveau zu stabilisieren, gelang dies nicht. In der langen Frist schneiden bei der Ausgabenkontrolle die Länder mit staatlichem Gesundheitssystem am besten ab. Im skandinavischen Durchschnitt erhöhte sich der für Gesundheit eingesetzte BIP-Anteil von rd. 6% Anfang der 70er Jahre um 87 % auf jetzt 10 BIP-Prozentpunkte. In den Ländern mit Sozialversicherungssystemen und korporatistischer Leistungserbringung kam es dagegen zu mehr als einer Verdoppelung des BIP-Anteils. Dass unter den Ländern mit korporatistischem Gesundheitssystem Österreich für ein vergleichbares Leistungsniveau geringere Ausgaben (2016: 10,4% des BIP) tätigt als Deutschland, fügt sich in dieses Bild. In Österreich existiert kein privates Vollversicherungssystem und kein Kassenwettbewerb. Für ihre jeweilige Gebietskrankenkasse zahlen die BürgerInnen vergleichsweise geringe Beiträge von aktuell 7,65% des Bruttoeinkommens, aufgeteilt nach Arbeitnehmern und Arbeitgebern (EU Commission 2017). Am allerschlechtesten schneiden die USA ab. Der hier für ein weitgehend kommerzialisiertes Gesundheitssystem eingesetzte BIP-Anteil liegt heute zweieinhalfach so hoch wie 1970 (1970: 7,1%; 2016: 17,2%; OECD 2017) und trotzdem haben Millionen von US-Amerikanern nur eingeschränkt Zugang zu gesundheitlichen Leistungen. Im Vergleich mit 10 anderen hochentwickelten Ländern³ geben die US-Amerikaner fast doppelt so viel für Gesundheit aus und erreichen gleichwohl nirgends gute, bei einigen Indikatoren (Lebenserwartung, Kindersterblichkeit, u.a.) sogar die schlechtesten Ergebnisse (vgl. Papanicolas et al. 2018). Die von Papanicolas et al. identifizierten Erklärungsfaktoren belegen ein hohes Maß an Mittelvergeudung für Verwaltung, Werbung und fehlgeleitete Behandlungen (leichtfertiger Einsatz von Arzneimitteln). Im Vereinigten Königreich haben demgegenüber alle Einwohner gleichen Zugang zu den Leistungen des National Health Service, der zwar an Ressourcenknappheit leidet, sich mit seinem Outcome im internationalen Vergleich aber gut behauptet, was für das US-System gerade nicht gilt.

Wie sehr die Strategie von Markt und Wettbewerb gescheitert ist, erschließt sich nicht aus der isolierten Betrachtung der Kostenentwicklung, wohl aber aus dem Zusammenspiel der Kostenentwicklung mit den Indikatoren, die Rückschlüsse zur Effektivität und Qualität der erbrachten Leistungen sowie zur Rolle von Krankenhäusern als Arbeitgeber ermöglichen. Angesprochen ist **1)** der Vergleich der Entwicklung der Krankenhausausgaben mit einerseits der Leistungs- und andererseits der Personalstruktur. **2)** geht es um ein breites Panorama von Indikatoren zur Qualität und Angemessenheit der erbrachten Leistungen, angefangen bei der

³ Australien, Dänemark, Frankreich, Die Niederlande, Deutschland, Kanada, Japan, Schweden, die Schweiz und das Vereinigte Königreich.

Vermeidung von Krankenhausinfektionen bis zur Patientenzufriedenheit. Nachfolgend liegt der Fokus auf dem Zusammenhang von Kosten-, Leistungs- und Personalentwicklung. Gemessen am BIP blieben die Krankenhausausgaben im Zeitraum von 1994 – 2008 stabil bei 2,5%. Danach erfolgte ein Anstieg auf jetzt (2016) 2,8% (Destatis-Fachserie 12, Reihe 6.3). Hinter den recht stabilen Krankenhausausgaben stehen bei der Leistungs- und der Personalstruktur problematische, dem Patientenwohl entgegenstehende Entwicklungen. Statt medizinisch fragwürdige Leistungen zurückzudrängen, ist das Gegenteil erfolgt. Statt durch Abbau der Hierarchisierung innerhalb der Ärzteschaft und im Verhältnis zur Pflege Grundlagen für kooperative Teamarbeit zu legen, wurde die Hierarchisierung zu Lasten der Pflege verstärkt. Beide Fehlentwicklungen bedingen sich wechselseitig. Nachfolgend werden zunächst einige Befunde zu fragwürdigen OP-Ausweitungen vorgetragen, da diese eine der Folgen von Marktwettbewerb und Fallpauschalen-Vergütung sind und damit zugleich eng zusammenhängen mit der im Anschluss näher beleuchteten Entwicklung der Personalstruktur.

Zunahme von Operationen ohne medizinische Begründung verstärkt die Arztzentrierung

Die Öffnung der Krankenhäuser für auf Rendite gerichtete Betriebskonzepte geht einher mit einer medizinisch kaum begründbaren Zunahme von operativen Eingriffen zulasten nicht-operativer Verfahren. Ein Zusammenhang mit dem DRG-System deutet sich an. Die via Fallpauschale erzielten Erlöse bemessen sich nämlich nicht nur nach Krankheitsart und Schwere der Erkrankung, sondern wesentlich nach den erbrachten Leistungen (diagnostische und operative Eingriffe). So entsteht ökonomisch ein Anreiz, Eingriffe auch dort vorzunehmen, wo eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung gegen den Eingriff spräche. Krankenhäuser, die Operationen bei nicht ausreichender Indikationsstellung unterlassen, sind wirtschaftlich im Nachteil, denn die Nulloption wird nicht vergütet. Schlimmer noch: Sie geraten ökonomisch auf eine Abwärtsspirale, weil das prospektiv in einem Jahr verfügbare Budget auf dem Leistungsvolumen der Vorjahre aufbaut, ergo sinkt, wenn das Krankenhaus ernsthaft darangeht, nicht-indizierte Eingriffe zu unterlassen und stattdessen die pflegerischen Leistungen ausbaut. Kliniken sind daher bestrebt, das Niveau der in den Vorjahren erbrachten Leistungen zumindest zu halten, wenn nicht zu steigern (vgl. Reifferscheid et al. 2014). Das Entscheidungskalkül lautet: In möglichst kurzer Liegezeit möglichst viele Eingriffe so vornehmen, dass aus der Vergütung Überschüsse erwirtschaftet werden.

Beispiel Rückenschmerzen. Zahlreiche Studien belegen, dass konservative Behandlungsmethoden in der langen Frist zu besseren Ergebnissen führen als operative Behandlungsverfahren. Auch bei Bandscheibenvorfällen sind konservative Behandlungen die erste Wahl. Sie verursachen weniger Kosten als ein operativer Eingriff und bergen nicht die Risiken, die mit einer Operation verbunden sind. Trotzdem wird vorschnell operiert. Eine Studie mit Daten von Versicherten der Barmer GEK, die 2014 und 2015 an der Bandscheibe operiert wurden, legt nahe, dass bei einem Drittel der Operierten der Eingriff vorschnell erfolgte (vgl. Bäuml M, Kifmann M, Krämer J, Schreyögg J 2016). Um 71% stieg bei Rückenproblemen allein im Zeitraum von 2007 bis 2015 die Zahl der Operationen von 452.000 auf 772.000. Auch bei einer Reihe anderer Eingriffe liefern die verfügbaren Daten Indizien dafür, dass in relevantem Umfang Operationen auch dort zum Einsatz kommen, wo sie medizinisch nicht erforderlich, teilweise kontraindiziert sind. Für insgesamt 36 Operationen und diagnostische Eingriffe lie-

fert das Statistische Amt der Europäischen Gemeinschaft (Eurostat) Daten zur Häufigkeit des Einsatzes je 100.000 Einwohner.⁴ Die Daten sind lückenhaft, da einzelne Länder entweder über gar keine OP-Statistik verfügen oder Daten nur sporadisch und/oder nur auf wenige OPs bezogen erheben. Dort, wo Daten vorliegen, zeigen sich bei den OP-Häufigkeiten jedoch so extreme Spannweiten, dass medizinische Erklärungen allein nicht greifen. Wichtiger als medizinische Erklärungen dürften ärztliche Vorlieben, kulturelle Unterschiede und die vom jeweiligen Systemtyp ausgehenden Anreizstrukturen sein. Die Bedeutung des Systemtyps zeigt sich schon bei der Datenverfügbarkeit. Diese ist am besten bei Ländern mit staatlichem Gesundheitssystem (nordisch-skandinavische Länder, Vereinigtes Königreich, Irland). Die Gruppe mit Sozialversicherungssystemen, zu der neben den deutschsprachigen Ländern auch die Niederlande, Frankreich und Belgien zählen, weisen je nach Operation kleinere oder größere Datenlücken auf. Zu Deutschland immerhin finden sich seit 2005 Daten für alle 36 Operationen. Der Vergleich zeigt: Die Häufigkeit operativer Eingriffe variiert mit dem Systemtyp. Nicht bei jeder Operation, wohl aber bei den meisten Operationen fällt die Einsatzhäufigkeit in staatlichen Gesundheitssystemen geringer aus als in korporatistisch organisierten Systemen. Deutschland wiederum weist auch innerhalb der korporatistischen Gruppe eher eine hohe als eine geringe OP-Häufigkeit auf. Das gegenteilige Muster trifft für das Vereinigte Königreich und Finnland zu. In beiden Ländern wird aufs Ganze gesehen weit weniger häufig operiert als in Deutschland und den anderen Ländern mit Sozialversicherungssystem, im Falle von Finnland auch weniger häufig als in den anderen nordischen Ländern. Dies deckt sich mit dem Befund, dass Finnland die günstigste Relation zwischen Ausgaben und Outcome aufweist. Obwohl Finnland aus Patientensicht nicht mit der in Deutschland groß geschriebenen „Freien Arztwahl“ punkten kann, erzielt das Land auf dem Euro Health Consumer Index 2017 wie auch bereits 2016 noch vor Deutschland Rang 6. „*Finland has established itself among the European champions, with top Outcomes at a fairly low cost. In fact, Finland is a leader in value-for-money healthcare.*“ (EHCI 2017, S. 11) Das britische System erreicht in der Gesamtsicht zwar nur eine mittlere Bewertung, was zumindest teilweise Ergebnis anhaltender Unterfinanzierung bei gleichzeitig geringen privaten Zuzahlungen ist. Auf kritische Befunde zum Nutzen einer OP reagiert dieses staatliche System analog zu Finnland jedoch deutlich schneller mit Indikationseinschränkungen als korporatistisch oder wettbewerbliche verfasste Systeme. Paradigmatisch zeigt sich dies bei Bypass-Operationen. Sie sind häufig überflüssig, weil der Körper selbst in der Lage ist, Bypässe auszubilden. Abwarten kann daher die bessere Option sein. Dieses Wissen ist auch in Deutschland angekommen. Bypässe werden in der Konsequenz zurückhaltender gesetzt. Trotz eines Rückgangs um rd. ein Fünftel (seit 2005) kamen sie 2015 aber immer noch mehr als doppelt so häufig zum Einsatz wie in Finnland oder dem Vereinigten Königreich (FI: 34; UK: 26), wo die OP-Häufigkeit zugleich um um 55% (FI) resp. 31% (UK) zurückging.

Gerne werden zur Erklärung Entlastungsargumente aufgefahren, die näherer Überprüfung nicht standhalten. Verwiesen wird etwa auf den in Deutschland besonders hohen Anteil Älterer. Darüber allein lassen sich die Zahlen aber nicht erklären. Erstens, weil auch andere Län-

⁴ Daten mit Code „Surgical operations and procedures performed in hospitals by ICD-9-CM [hlth_co_proc2]; Update vom 11.10.2017.

der durch eine alternde Bevölkerung geprägt sind. Im skandinavischen Raum weist Finnland eine ähnlich hohe Alterungstendenz auf, ohne bei OP-Eingriffen vergleichbare Steigerungen aufzuweisen. Zweitens, weil auch bei Gleichaltrigen eine OP-Zunahme zu registrieren ist und drittens innerdeutsch eklatante regionale Unterschiede bestehen. Es hängt in Deutschland mehr vom Wohnort als von medizinischen Kriterien ab, ob bei bestimmten Beschwerden ein operativer Eingriff zum Tragen kommt oder nicht. So ergab eine Studie der Bertelsmann Stiftung bei der Einsatzhäufigkeit von Rückenoperationen eine erhebliche Streuung je nach Wohnort der Patienten. Die regional sehr großen Unterschiede haben sich über die Jahre verfestigt und bestehen auch bei anderen Operationstypen. (vgl. Bertelsmann Stiftung 2011 und 2015)

Trifft Kommerzialisierung auf eine schwach ausgeprägte Stellung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, erhalten fragwürdige Entwicklungen einen zusätzlichen Push. Paradigmatisch zeigt sich dies bei Kaiserschnitten. Nach Ansicht der WHO sollte der Anteil der Kaiserschnittentbindungen in Ländern mit hochentwickeltem Gesundheitssystem idealerweise nicht über 10%, höchstens jedoch bei um die 15% liegen. Diese Messlatte ist gut begründet, denn Schwangerschaft ist keine Krankheit. Die Pathologisierung eines natürlichen Prozesses setzt Mutter und werdendes Kind unnötigen Risiken aus. So haben Kinder, die mit Kaiserschnitt (Section) entbunden wurden, ein deutlich erhöhtes Risiko, später an Allergien, Asthma oder Diabetes zu erkranken (vgl. Thavagnanam 2007; Cardwell 2008). Gleichermassen mit Blick auf das Wohl der Mutter wie das des Kindes, sollten Sectionen nur im Notfall zum Einsatz kommen. Nach den von Alison Macfarlane von der City University London vorgestellten Daten erfüllt in Europa nur Island mit einer Rate von 14,7% die „Minimalforderung“ der WHO. Die anderen nordischen Länder (Ausnahme: Dänemark) wie auch die Niederlande realisieren Raten von deutlich unter 20%, während Deutschland mit um die 30% Kaiserschnittentbindungen im Mittelfeld rangiert. Der Blick auf die Entwicklung im Zeitverlauf zeigt, dass in fast allen Ländern die Kaiserschnittrate zugenommen hat. Deutschland kam Mitte der 90er Jahre mit einer Rate von etwa 17 % dem Mindestkriterium recht nahe. Seither jedoch hat sich der Anteil von Kaiserschnitten an allen Krankenhausgeburten fast verdoppelt (Quelle: Destatis); erneut mit regional (Zeitraum 2010 – 2012) erheblicher Streuung zwischen 17% und 52% (Bertelsmann Stiftung 2015, S. 30).

Aus den internationalen Daten werden 2 Zusammenhänge ersichtlich: **(1)** Länder mit einem hohen Grad an Privatisierung und Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung weisen hohe Kaiserschnittraten auf. **(2)** In Ländern mit einer starken Stellung der Hebammen liegt der Anteil natürlicher Geburten deutlich höher als in Ländern mit einer schwächeren Stellung der Hebammen. Sehr stark im weltweiten Vergleich ist die Stellung der Hebammen in Island. Sie haben den Status von Akademikerinnen mit hohem Berufsethos. Auch in Finnland und Norwegen agieren Hebammen auf Augenhöhe mit Ärzten. Während in den Geburtsabteilungen deutscher Kliniken eine Hebamme mit mehreren Geburten gleichzeitig befasst ist, haben Schwangere in Norwegen das Recht auf eine 1:1-Betreuung, für deren Dauer es kein zeitliches Limit gibt.

Kostensenkung zu Lasten der Pflege und des anderen nichtärztlichen Personals

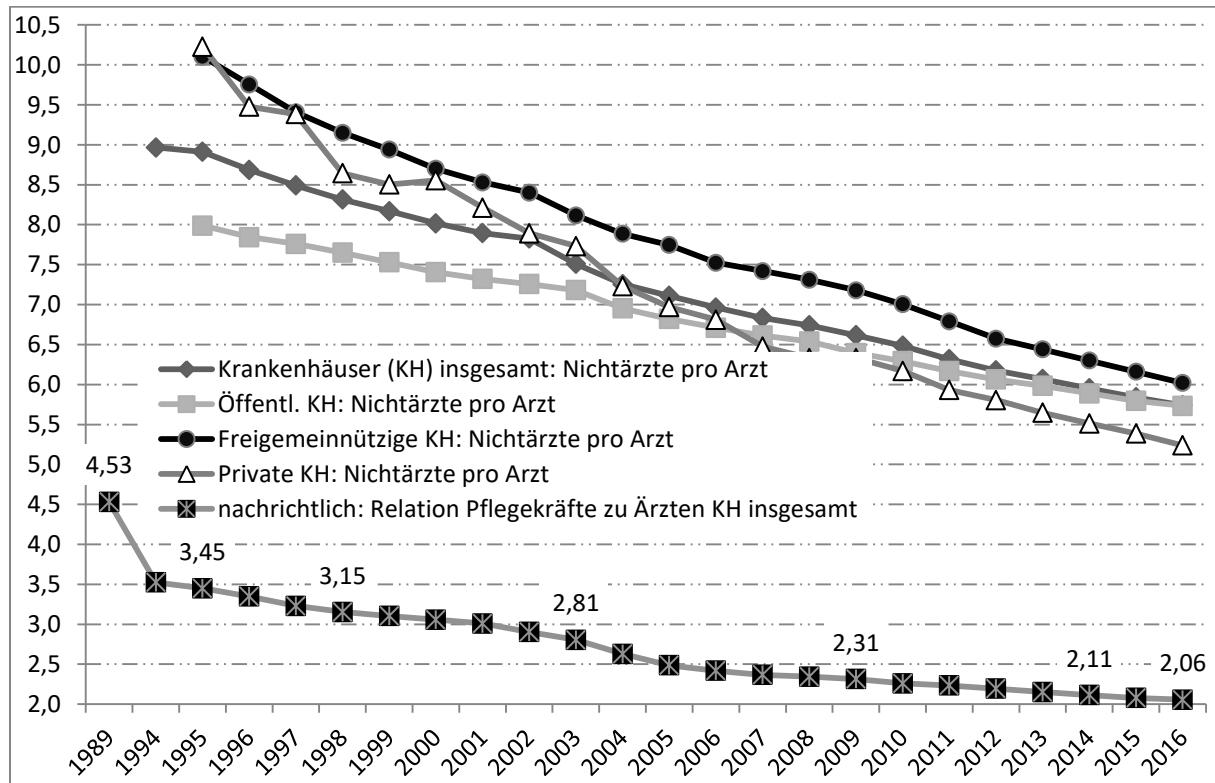
Die Zunahme operativer Eingriffe auch dort, wo mit konservativen Verfahren bessere Ergebnisse zu erwarten wären, liegt in der Logik von betriebswirtschaftlichen Strategien, die auf die Maximierung von im DRG-Regime gut abzurechnenden Leistungen zielen. Im Mittelpunkt steht nicht der Patient, die Patientin als Person mit seinen resp. ihren Beschwerden und konkreten Bedürfnissen, sondern diagnosegestützt ein bestimmtes Untersuchungs- und Behandlungsset. Behutsames Beobachten und Abwarten ist nicht vorgesehen, gilt es doch, möglichst viel an Diagnostik und standardisierten Handlungen am Patienten zu vollziehen, um maximale DRG-Zahlungen einzufahren. Medizinische Überversorgung ist, da ökonomisch lukrativ, inkludiert bei gleichzeitiger Minimierung der pflegerischen Versorgung. Das Personal also wird unter dem Blickwinkel der Erlösmaximierung kategorisiert. Da Ärztinnen und Ärzte, zumal die in leitender Position, unter dem DRG-Regime für die Erlösgenerierung zuständig sind, wird ihre Position gestärkt und die der Pflege geschwächt. Die Beschäftigten im Pflegedienst und das andere nicht-ärztliche Personal erscheinen nur als Kostenfaktor, den es zu minimieren gilt.

Die Personalentwicklung der Kliniken, betrachtet in Vollzeitäquivalenten, spiegelt diese Auseinanderentwicklung. Anfang der 90er Jahre war die Ausstattung gleichermaßen bei Ärzten wie Pflegekräften gut. Bis Mitte der 90er Jahre blieb dies so: das Personal im ärztlichen Dienst stieg um 6,7% und das im Pflegedienst um 7,5%. Sodann setzte sich die Logik von Markt, Wettbewerb und dem in der Entwicklung befindlichen Fallpauschalenregime durch. Für die Pflege bedeutete dies Personalabbau, für den ärztlichen Dienst Personalzuwachs. In VZÄ stieg die Zahl der Ärzte in der Dekade von 1996 bis 2006 um 18,6% von 104,4 Tsd. (1996) auf 123,7 Tsd. (2006), während das Pflegepersonal um 14,3% von 349,4 Tsd. auf 299,3 Tsd., ergo um gut 47 Tsd. abgebaut wurde. Nach Erreichen dieses Tiefpunktes ist in der darauffolgenden Dekade der weitere Abbau von Pflegepersonal zwar gestoppt und eine gewisse Personalaufstockung vorgenommen worden. Mehr als eine Stabilisierung auf niedrigem Niveau wurde bislang aber nicht erreicht. Bei dem von 2009 bis 12/2011 in 12 europäischen Ländern durchgeföhrten „Nurse Forecasting Projekt“ (RN4CAST) belegte Deutschland bei den Personalschlüssen aufgrund der jahrelangen Fehlentwicklung den letzten Platz. Während in den 35 Kliniken, die in Norwegen näher untersucht wurden, eine Pflegefach- oder Betreuungskraft durchschnittlich nur 3,3 Patienten zu betreuen hatte und die Relationen in den Niederlanden, Irland, England, Schweden, Finnland und der Schweiz bei Werten zwischen 1:4,2 bis 1:5,3 lagen, musste in den 49 deutschen Krankenhäusern eine Pflege- oder Betreuungskraft durchschnittlich 10,5 Patienten betreuen. (Aiken, Linda et al 2012: Tab. 3) Jüngere Studien kommen im Kern zu ähnlichen Befunden (vgl. den obigen Hinweis auf Bertelsmann Stiftung 2017).

Abbildung 2 zeigt nach Trägergruppen wie sich die Relation von ärztlichem und nichtärztlichem Personal zu Gunsten der Ärzte verschoben hat. Mitte der 90er Jahre kamen im Durchschnitt auf einen Arzt, eine Ärztin gut 10 Beschäftigte pflegerischer und anderer Funktionsgruppen; 2016 waren es nur noch knapp 6. Am meisten hat sich die Relation in den privaten Krankenhäusern von 10:1 auf jetzt nur noch 5:1 verschlechtert. Betrachtet man nach

VZÄ nur die Relation von Pflegekräften zu Ärzten – Daten liegen hier in der Gliederung nach Trägergruppen nur für den Zeitraum ab 2003 vor – zeigt sich ein langanhaltender Niedergang.

Abbildung 2: Entwicklung der Relation Nicht-ärztliches Personal zu ärztlichem Personal in Krankenhäusern insgesamt und nach Trägergruppen: 1994 (1989) bis 2016



Erläuterung: Die Relation von nicht-ärztlichem zu ärztlichem Personal bezieht sich auf die Beschäftigten insgesamt; 2003 Bruch in der Zeitreihe (Daten davor aus Destatis, Fachserien; Daten ab 2003 aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Der Relation von Pflegepersonal zu ärztlichem Personal liegen rechnerische Vollzeitkräfte zugrunde

Quelle: Datenbestände „Vollkräfte in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ und „Ärztliches und nichtärztliches Personal in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Einrichtungsmerkmalen“ der Gesundheitsberichterstattung (www.gbe-bund.de), Abruf 17.12.2017; eigene Auswertung

In den 70er und 80er Jahren kamen auf einen Arzt durchweg mehr als 4, in einigen Jahren sogar mehr als 5 Pflegekräfte (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2004, S. 39; eigene Berechnung). Heute sind es nicht halb so viele. Parallel zur Entfaltung von Markt und Wettbewerb im deutschen Krankenhauswesen schritt der Niedergang stetig weiter voran. Absolut zwar wurde der Abbau von Pflegepersonal 2007/2008 gestoppt. Relativ aber hat sich die Position der Pflege weiter verschlechtert, denn einem Zuwachs von 26% Vollkräften beim Ärztlichen Dienst (2008-2016) steht beim Pflegedienst nur ein Zuwachs von 9% gegenüber. Wie aus *Abbildung 1* ersichtlich hat sich in der Folge die Relation „Pflegekräfte zu Ärzten“ somit auch nach 2008 weiter verschlechtert.

Mit der Verknappung der pflegerischen Personalressourcen wuchs die Arbeitsverdichtung so sehr, dass zunehmend selbst qualitative Mindeststandards nur noch eingeschränkt gewährleistet sind (vgl. Isfort und Weidner 2010; Isfort et. al 2017 und Isfort 2017). Zu berücksichtigen

ist dabei, dass aufgrund der Alterung der Gesellschaft der Anteil von Krankenhauspatienten mit dementiellen Störungen stark gewachsen ist und weiter wächst. Sie benötigen intensive Pflege und Rundumversorgung, worauf die Abläufe in den Krankenhäusern und die dürftige pflegerische Personalausstattung nicht ausgerichtet sind (Näheres zu den Versorgungslücken siehe im Pflege-Thermometer 2014).

Tabelle: Personalbelastung und Personalkosten von ärztlichem und pflegerischen Dienst nach Krankenhasträgerschaft 2016

	Anzahl	Personalbelastung ¹ (pro Arbeitstag durchschnittlich zu betreuende Betten)		
		Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Differenz der tagesdurchschnittlichen Betreuungsfälle
Krankenhäuser insgesamt	1.951	124	60	64
Öffentliche Krankenhäuser	570	109	56	53
Private Rechtsform	346	134	63	71
Öffentliche Rechtsform	224	86	49	37
Freigemeinnützige Krankenhäuser	674	144	64	80
Private Krankenhäuser	707	135	64	71
Personalkosten je Vollzeitkraft 2016				
	Anzahl	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	€-Differenz (absolut) Minderaufwand pro Pflegekraft (%)
Krankenhäuser insgesamt	1.951	123,4	56,5	66,9 -54,2
Öffentliche Krankenhäuser	570	120,9	57,5	63,4 -52,4
Private Rechtsform	346	124,0	56,9	67,1 -54,1
Öffentliche Rechtsform	224	118,0	58,2	59,7 -50,6
Freigemeinnützige Krankenhäuser	674	126,2	56,9	69,4 -54,9
Private Krankenhäuser	707	126,7	52,2	74,4 -58,8

1) Gibt an, wie viele vollstationär belegte Betten eine Vollkraft pro Arbeitstag durchschnittlich zu betreuen hatte.

Quellen: DESTATIS 2017: Grunddaten der Krankenhäuser 2016, Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (Tab. 2.4); DESTATIS 2017: Kostennachweis der Krankenhäuser 2016, Fachserie 12, Reihe 6.3 (Tab.7.1.1)

Das in Krankenhäusern tätige Pflegepersonal wurde nicht nur durch die vorgenommene Stellenverknappung abgewertet. Auch das Gehaltsgefälle gegenüber den Ärzten ist tendenziell größer geworden. Der neoliberalen Ökonomisierungsdruck lastet auf allen, also auch auf den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern. Ihr Spielraum für das Vorhalten einer befriedigenden pflegerischen Personalausstattung ist entsprechend limitiert. Gleichwohl zeigt sich: Trägerschaft und Rechtsform machen einen Unterschied. So ist die Personalbelastung gleichermaßen der Ärzte wie der Pflegekräfte in den öffentlichen Krankenhäusern, die auch hinsichtlich der Rechtsform öffentlich geblieben sind, deutlich geringer als bei privaten Krankenhäusern; weit geringer auch als bei freigemeinnützigen Krankenhäusern oder öffentlichen Krankenhäusern, die rechtlich privatisiert wurden. *Tabelle 1* enthält dazu die Daten für 2016. Auch bei den Personalkosten pro Pflegevollkraft stellen sich Pflegekräfte in den noch voll

öffentlichen Krankenhäusern am besten und in den Privatkliniken am schlechtesten. Die Differenz belief sich 2016 auf mtl. plus 500 €. Freigemeinnützige Krankenhäuser bewegen sich zwischen dem öffentlichen und dem privaten Segment.

Politik der Symptombearbeitung statt Problemlösung

Anfang der 90er Jahre war die Situation in der Akutpflege vergleichsweise gut. Mit Reformen in Richtung der Stärkung von Kooperation und sektorenübergreifender Integration bei gleichzeitig mehr Evidenzorientierung der medizinisch-pflegerischen Leistungen und der schrittweisen Etablierung eines Denkens vom Bedarf des Patienten aus, hätten einige der traditionellen Grundprobleme des deutschen Gesundheitssystems vielleicht nicht überwunden, aber doch entschärft werden können. Die im neoliberalen Geist stattdessen ergriffenen Strukturreformen haben die traditionellen Probleme, etwa das Problem des Nichtagierens von Medizin und Pflege auf Augenhöhe (Folge der extremen Arztzentrierung) nicht gelöst, sondern verschärft und an die Stelle eines Denkens vom Patienten aus ein Denken treten lassen, bei dem es weniger um das Wohl der Patienten und Patientinnen als darum geht, an ihnen Leistungen so zu erbringen, dass möglichst hohe Vergütungen erzielt werden.

Vor der Einführung des DRG-Regimes hatte der Gesundheits-Sachverständigenrat flankierende Qualitätssicherungsmaßnahmen angemahnt. Ohne sie drohten Qualitätsmängel, denen die gesetzliche Verpflichtung der Vertragspartner zur Qualitätssicherung und deren Berücksichtigung bei der Vergütung (§§ 135-137 SGB V) nur teilweise entgegenwirken werde, so die Prognose. „*Krankenhäuser gefährden ihre Existenz derzeit durch schlechte Qualität weniger als durch hohe Kosten*“, führte der Rat aus (SVR 2000/2001: Ziff. 168). Dies ist so geblieben. Jahrelang verließ sich die Politik auf die Selbststeuerung der Krankenhäuser resp. darauf, dass der Markt schon dafür sorgen werde, dass die „schlechten“ Krankenhäuser, konkret die Krankenhäuser, denen die Erwirtschaftung eines ausgeglichenen Ergebnisses nicht gelingt, vom Markt verschwinden. Ob das dann aber die Krankenhäuser mit besonders schlechter Qualität und geringer Patientenorientierung sind, ist sehr die Frage.

Erst mit Häufung der Hinweise auf massive Qualitätsmängel und eine die Sicherheit der Patienten gefährdende Unterbesetzung der Pflege entschloss sich die Politik zum Eingreifen. Mit dem KHSG vom 10.12.2015 erteilte sie dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag, Qualitätsindikatoren zu entwickeln und übertrug dem MDK der Krankenkassen die Aufgabe, zu überprüfen, ob in Krankenhäusern die qualitätssichernden Anforderungen des G-BA eingehalten werden. Ob dies in einen Aufbruch „Qualität“ mündet, bleibt abzuwarten. Auf den Pflegenotstand wurde mit einem temporären Pflegestellenförderprogramm reagiert. Es ist auf 3 Jahre (2016 – 2018) hin angelegt und hat ein Finanzvolumen von 660 Mio. €. Rd. 6.000 zusätzliche Stellen sind angepeilt, was zum tatsächlichen Mehrbedarf, der sich nach Verdi-Angaben auf rd. 70.000 beläuft, in einem krassen Missverhältnis steht. Zwar gibt es weitere Maßnahmen. So ist zwischenzeitlich in Aussicht genommen, die Krankenhäuser mit jährlich 830 Mio € dabei zu unterstützen, dauerhaft mehr Pflegepersonal zu beschäftigen und bei den Fallpauschalen wurde insoweit nachjustiert, als Krankenhäuser zukünftig bei Patienten mit stark erhöhtem Pflegebedarf (mindestens Pflegegrad 3) ab einer fünftägigen Liegedauer eines von 2 Zusatzentgelten abrechnen dürfen. Nicht durchgängig, sondern nur in sen-

siblen Bereichen (Intensivpflege und Nachdienst) soll die Krankenhauspflege durch Einführung von Personaluntergrenzen gezielt gestärkt werden. Mit der Festlegung und Umsetzung (bis zum 1. Januar 2019) wurde die Selbstverwaltung beauftragt, wobei Sanktionen für den Fall geplant sind, dass ein Krankenhaus die Personaluntergrenzen nicht einhält. Ab 2019 zu dem sollen dauerhaft 330 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung stehen, um Jobs zu schaffen für die „Pflege am Bett“. Daran, dass die Kliniken diese Reparaturvorgaben im Sinne der Pflege umsetzen, scheint die Politik aber selbst nicht recht zu glauben. Im zwischen CDU, CSU und SPD ausgehandelten Koalitionsvertrag vom 7. Februar 2018 wurde deshalb die Absicht aufgenommen, die Krankenhausvergütung auf eine Kombination aus Fallpauschalen und Pflegepersonalkostenvergütung umzustellen (S. 99). An den Fehlanreizen, die vom Fallpauschalenregime auch in anderer Hinsicht ausgehen, wird diese Veränderung, die isoliert betrachtet sinnvoll ist, nichts ändern.

Altenpflege: Rationierung und die Logik des Marktes unterminieren das politische Leistungsversprechen

„Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung“ (Pflegecharta 2005, Artikel 4)

Schon im 1. Altenbericht von 1992 wurde der Anspruch formuliert, ältere Menschen bedarfsorientiert im Hinblick auf den Erhalt ihrer Selbständigkeit wirksam zu unterstützen (Bundesregierung 1993, S. 4). Die 1994/95 eingeführte Pflegepflichtversicherung (SGB XI) griff diesen Anspruch auf, ebenso wie die Pflegecharta von 2005 und später dann die Wohn- und Teilhabegesetze (früher: Heimgesetze) der Bundesländer. Alle gesetzlichen Regelungen betonen das Recht des älteren wie auch der unterstützungsbedürftigen Menschen insgesamt auf soziale Teilhabe und eine personenzentrierte, die Gesundheit erhaltende oder wiederherstellende Pflege. Pflegefachkräfte sollen dementsprechend – so ist es im Krankenpflegegesetz und der Krankenpflegeausbildungsverordnung niedergelegt - wissensbasiert und theoriegeleitet arbeiten. An diesen Kriterien bemisst sich ihre Professionalität.

Was die Outcomeziele angeht, unterscheidet sich Deutschland nicht von anderen hochentwickelten europäischen Ländern wie etwa der Niederlande oder den fünf nordisch-skandinavischen Ländern. Während dort die gegebenen Leistungsversprechen wenns schon nicht durchgängig, so doch näherungsweise erreicht werden (siehe Heintze 2015 und 2016), ist es in Deutschland genau umgekehrt. Zentraler Engpassfaktor ist das Altenpflegepersonal. Erstens ist aufgrund schlechter Personalschlüssel und zahlreicher unbesetzter Stellen viel zu wenig Personal konkret im Einsatz. Zweitens führen schlechte Arbeits- und Entlohnungsbedingungen zu einer vergleichsweise geringen Personalbindung, damit hohen Personalfluktuation (vgl. Theobald et al. 2013). Drittens dominiert, dies mit wachsender Tendenz, Teilzeitarbeit, was den Aufbau stabiler Beziehungsmuster zwischen Pflegekraft und zu betreuender Personal erschwert bis verunmöglich. Während in den skandinavischen Ländern bei der institutionellen Altenpflege vermehrt Vollzeitkräfte eingesetzt werden, ist es in Deutschland genau umgekehrt. Einer Zwei-Drittel-Vollzeitquote in Dänemark steht in Deutschland bei Heimen ein Rückgang der Vollzeitbeschäftigtequote von 52% (1999) auf 31% (2015) gegenüber. Die

Qualifikation zwar ist aufgrund der Fachkraftquote, die eine 50:50-Relation zwischen Fachpersonal und nur angelerntem Personal gesetzlich vorschreibt, (noch) hoch. Vor dem Hintergrund unzureichender Personalausstattung wirkt dies als Haltelinie gegen Strategien der Dequalifizierung, an der jedoch zunehmend gerüttelt wird.

Anders als bei der Akutpflege hat sich die Langfristpflege zu einem „Job-Motor“ mit zwischenzeitlich mehr als einer Mio. Beschäftigten entwickelt; der Zuwachs nach Köpfen bei den in ambulanten und stationären Pflegediensten Beschäftigten beläuft sich im Zeitraum von Ende 1999 bis Ende 2015 auf 74% (1999: 584 Tsd.; 2015: 1.015 Tsd.). Im internationalen Vergleich gleichwohl bleibt Deutschland ein Zwerg. Auf 1000 Einwohner im Alter ab 65 Jahren kamen Ende 2015 nur 44,7 rechnerische Vollzeitkräfte verglichen mit doppelt bis eineinhalbmal so hohen Werten in Finnland (88,6), den Niederlanden (rd. 86) und Dänemark (114,1), ganz zu schweigen von Norwegen, wo auf 1000 Einwohner im Alter ab 67 Jahren 168 Pflege- und Betreuungskräfte kommen. In Heimen setzen skandinavische Länder für eine gleiche Zahl von BewohnerInnen im Schnitt rd. dreimal so viel an Personal ein wie es in Deutschland üblich ist. Damit aber steht für die Umsetzung fachlich ambitionierter Pflegekonzepte genügend Personal zur Verfügung. In Deutschland dagegen reicht das Personal der meisten Heime nur für die Sicherung qualitativer Mindeststandards. Wenig überraschend ergab eine Studie der Universität Witten-Herdecke, dass nachts eine Pflegekraft durchschnittlich 52 Heimbewohner versorgen muss; 8,7 % der online befragten Nachdienstler gaben an, für mehr als 100 Heimbewohner zuständig zu sein.⁵

Fachliche Standards guter Pflege bleiben unter den gegebenen personellen Rahmenbedingungen weitgehend auf der Strecke. Im etablierten Bewertungssystem des MDK bedeutet ein „sehr gut“ lediglich, dass Mindestniveaus „sehr gut“ erfüllt sind. Wie groß die Kluft zwischen Pflege nach wissenschaftlichen Standards und der Pflegerealität in den meisten Heimen tatsächlich ist, tritt dort verschärft zutage, wo personenzentrierte Pflege ein Muss sein sollte. Im Besonderen benötigt die wachsende Zahl an Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen Pflege und Betreuung aus einer Hand mit so wenig Personalwechsel wie möglich. Durch ihre Erkrankung nämlich büßen Demenzkranke sukzessive die Fähigkeit ein, mit ihrer Umwelt in Kontakt zu treten. Das erzeugt große Angst und Verwirrung, die sich in Formen herausfordernden Verhaltens äußert. Um sie emotional zu stabilisieren, sind diese Menschen auf an ihrer Biografie anknüpfende strukturierte Tagesangebote und eine Rund-um-Betreuung mit möglichst wenig Wechsel im Personal angewiesen. Waren vor einigen Jahren „nur“ rd. 60 % der Heimbewohner dementiell erkrankt, sind es nach AOK-Pflege-Report 2017 mittlerweile rd. 70 %. Die Umsetzung von darauf bezogener Konzepte einer personenzentrierten Pflege – ihre Entwicklung geht auf den britischen Psychogerontologen Tom Kitwood zurück –, kommt gleichwohl kaum voran, weil die strukturellen Voraussetzungen fehlen. Da Personal fehlt, ersetzt Medikalisierung die fehlenden Möglichkeiten zur Organisierung einer Rund-um-Betreuung. Eine Auswertung der internationalen Studienlage durch Thürmann (2017) führt zu dem Befund, dass in deutschen Heimen Neuroleptika und andere Psychopharmaka deutlich

⁵ Mitteilung des Arbeitsschutz-Portals vom 13.11.2015: „Nachschicht in der Altenpflege: Pflegekräfte auf verlorenem Posten“. https://www.arbeitsschutz-portal.de/beitrag/asp_news/4723/nachtschicht-in-der-altenpflege-pflegekraefte-auf-verlorenem-posten.html (Abruf 1.5.17).

häufiger zum Einsatz kommen als es mit Blick auf das dadurch beförderte Risiko erhöhter Mortalität und Morbidität medizinisch vertretbar ist. Während in Schweden von den Heimbewohnern mit Demenz nur 12% und in Finnland 30% Neuroleptika erhalten, sind es in Deutschland 47% (ebd., S. 121).

Pflege als öffentliche Aufgabe contra Pflege als primär private Verantwortung

Bei den Dienstleistungen der Langfristpflege geht es im Kern um die Rolle, die dem Staat zugemessen wird. Gleichermaßen Umfang, Reichweite und die Qualität der Leistungserbringung wie auch die Arbeits- und Entlohnungsbedingungen der Beschäftigten hängen an der staatlichen Bereitschaft, eine qualitativ hochstehende und für alle Bürger und Bürgerinnen gleichermaßen gut zugängliche Infrastruktur zu schaffen und den laufenden Betrieb dauerhaft zu finanzieren. Im Memorandum 2009 (Kapitel 4: „Soziale Dienstleistungen in öffentlicher Verantwortung, S. 145 - 173) haben wir uns für eine Anerkennung der Verantwortung des Staates als Dienstleister im gesellschaftlichen Interesse ausgesprochen und diesen Faden in den Memorandum 2012 und 2014 für die Finanzierungsfrage und die zukünftige Entwicklung der Altenpflege-Infrastruktur (Memorandum 2012: Kapitel 7 „Pflege in der Krise“, S. 183 – 206; Memorandum 2014: Kapitel 7 „Alternativen zum Pflegenotstand“, S. 225 - 243) weitergesponnen. Die formulierten Forderungen (Memorandum 2012, S. 200ff.; Memorandum 2014, S. 235ff.) bleiben weitgehend aktuell. Lediglich für die Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vom 21.12.2015 (BGBl. I Nr. 54, S. 2424) endlich die gesetzliche Grundlage geschaffen. Seit 2017 werden statt der bisher 3 Pflegestufen fünf Pflegegrade unterschieden. Der vorher eng auf körperliche Defizite zugeschnittene Pflegebedürftigkeitsbegriff entfällt. Maßgebend ist nun der Grad an Selbständigkeit einer Person, unabhängig von der Frage, ob die Beeinträchtigung aus körperlichen und/oder kognitiven Einschränkungen herröhrt. Dies ist ein Fortschritt. Demenzkranke werden nun voll in das Pflegeversicherungssystem einbezogen. (Für einen Überblick siehe Nakielski 2015). An der Grundphilosophie freilich, dass nur erhebliche Beeinträchtigungen sozialrechtlich Leistungen begründen, ändert sich dadurch nichts. Millionen Menschen mit geringer bis mittlerer Pflegebedürftigkeit haben, anders als etwa in den skandinavischen Ländern, weiterhin keinen Leistungsanspruch.

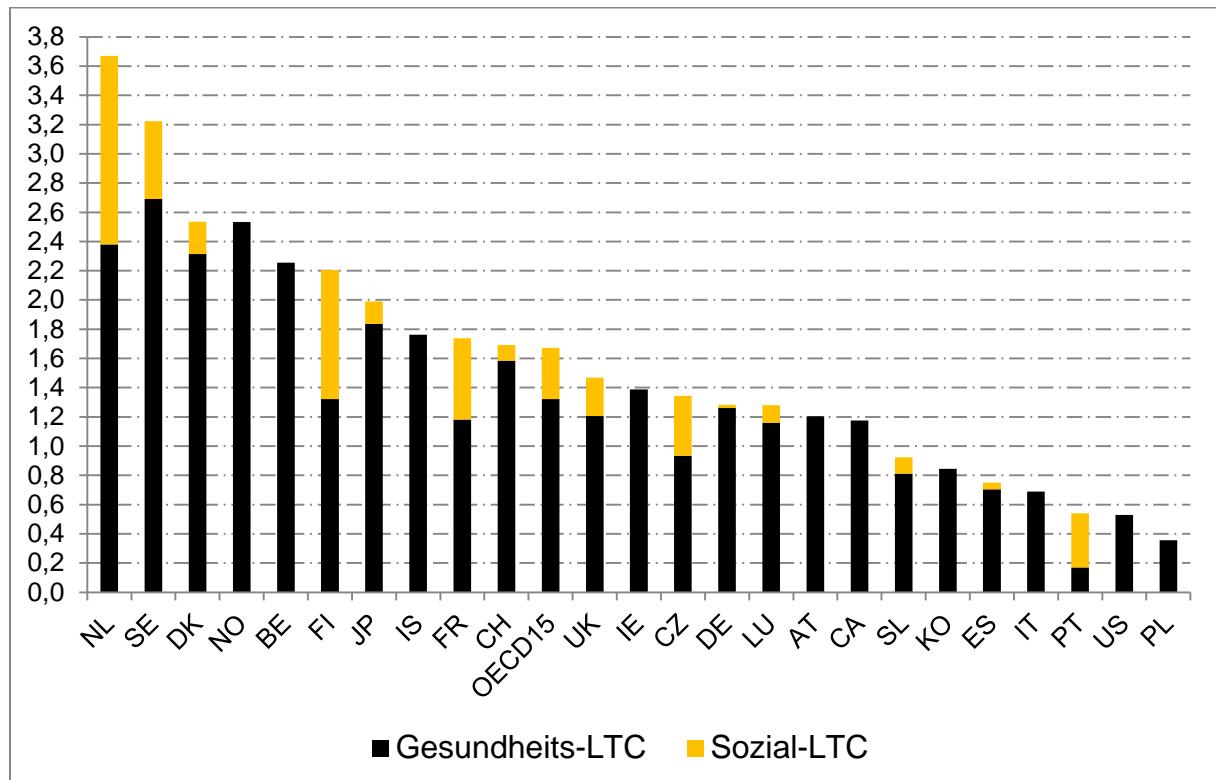
Das deutsche LTC-System folgt konservativ-subsidiärem Sozialstaatsdenken. Institutionell eingegraben gründet es auf der Bereitschaft der Angehörigen, meist sind es die Töchter oder Schwiegertöchter, unter Hintanstellung eigener Berufsinteressen Arbeitsvermögen unentgeltlich einzubringen. Die zentralen Systemmerkmale – sie sind konträr zum skandinavischen Modell (siehe die tabellarische Übersicht im Memorandum 2014, S. 229) – sorgen für die Fortexistenz traditioneller familialer, zunehmend auch ehrenamtlicher Versorgungsarrangements. Vordergründig könnte erwartet werden, dass pflegende Angehörige in dieser Systemwelt besondere Unterstützung und Entlastung erhalten. Das Gegenteil ist richtig. Es zeigt sich u.a. darin, dass – gegenläufig zu Ländern mit staatsbasiertem Altenpflegesystem - der Aufbau einer Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige nur schleppend vorankommt. Mit dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2564) erweiterte die Koalition aus CDU/CSU und FDP für pflegende Angehörigen zwar die Möglichkeit, ihre wöchentliche Arbeitszeit wegen der Pflege von Angehörigen zu reduzieren. Nach Pflegezeitge-

setz von 2008 bestand eine Beschränkung auf max. 6 Monate, die ohne jedoch einen Rechtsanspruch zu schaffen und ohne eine Lohnersatzleistung vorzusehen, auf maximal 2 Jahre ausgeweitet wurde. Wie zu erwarten, geriet das Gesetz, hierin dem Gesetz von 2008 folgend, zum kaum genutzten Flop. In der Konsequenz gibt es seit 1.1.2015 nun immerhin so etwas wie einen Einstieg in die Schaffung einer Lohnersatzleistung. Tritt in der Familie plötzlich ein Pflegefall auf, kann für eine zehntägige Auszeit bei der Pflegeversicherung ein Pflegeunterstützungsgeld beantragt werden. Die Regelung bleibt weit hinter dem Bedarf zurück. Notwendig wäre eine Lohnersatzleistung für mindestens einen Monat bis zu einem halben Jahr. Wer sich in diesem Umfang voll oder teilweise von der Arbeit freistellen lassen will, um die Pflege naher Angehöriger zu organisieren, evtl. selbst zu übernehmen, muss die finanziellen Einbußen letztlich selbst tragen. Mehr als die Gewährung eines zinslosen Darlehens hält der deutsche Staat als Unterstützung nicht bereit. Zudem: Der geschaffene Rechtsanspruch greift nur bei Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten; Beschäftigte in Kleinstbetrieben bleiben außen vor. Dies gestaltet sich in Ländern, wo informelle Pflege durch Angehörige oder ehrenamtlich Tätige nur eine ergänzende Rolle spielt, ganz anders. Für die temporäre Pflege von Angehörigen aufgrund eines plötzlich eintretenden Pflegefalles halten die skandinavischen Länder ebenso wie Belgien und die Niederlande Lohnersatzleistungen bereit. Sofern der Pflege- und Betreuungsaufwand den Umfang einer Vollzeitbeschäftigung erreicht, gibt es in nordischen Ländern zudem die Möglichkeit, mit der eigenen Gemeinde zeitlich befristet ein Ersatz-Arbeitsverhältnis zu begründen. In Dänemark richtet sich die Vergütung dann nach den Tarifen für Pflegehilfskräfte. Das temporäre Beschäftigungsverhältnis mit der Gemeinde ist auf 6 Monate hin angelegt; Verlängerung um max. 3 Monate ist möglich. Aktuell (Seit 1.1.2017) erhält die Pflegeperson ein Entgelt von 22.020 DKK, umgerechnet rd. 2.961 €/mtl. (Quelle: MISSOC)

Fazit: Vom Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem Mini-Fortschritt bei der Familienpflegezeit abgesehen, dominieren Stillstand und Problemzuspitzungen. Auch weiterhin sind die Leistungen der Pflegeversicherung nicht dynamisiert und von einer echten Stärkung der Rolle der Kommunen bei der Organisierung und Steuerung der durch Intransparenz und ein hohes Maß an Fragmentierung geprägten örtlichen Pflegelandschaft ist nichts zu sehen. Sowohl im Memorandum 2012 wie auch im Memorandum 2014 hat die Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik deutlich gemacht, dass unter den Finanzierungsbedingungen einer bloßen Teilleistungsversicherung substanzelle Verbesserungen schwerlich zu erwarten sind. Für die Politik besteht das oberste Ziel darin, den Beitragssatz zur Pflegeversicherung gering zu halten; bis 2022 auf dem derzeitigen Niveau von 2,55 Prozentpunkten. Die Deckelung hält das Altenpflegesystem unter einem permanenten Spardruck, verschärft noch durch den Umstand, dass die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gar nicht ausfinanziert wurde. Statt die Pflegeversicherung perspektivisch zu einer umfassenden Versicherung auszubauen, stehen die Weichen weiter auf Kostenprivatisierung. Von 1999 bis 2015 wuchs die Zahl der ab 65-Jährigen um 30,8%, die Zahl der 65+-Leistungsempfänger aber um 41,9% mit zugleich wachsender Konzentration bei Personen, die 80 Jahre und älter sind. Bei dynamischer Budgetplanung hätte der öffentlich investierte BIP-Anteil Jahr für Jahr mitwachsen müssen, was nicht der Fall ist. Die öffentlichen Ausgaben für gesundheitliche und soziale Dienste der Langfristpflege stiegen (incl. der steuerfinanzierten Ausgaben) lediglich von rd. einem BIP-

Prozentpunkt auf nunmehr 1,3% des BIP. Damit aber liegt Deutschland, wie aus *Abbildung 3* ersichtlich, weiter unter dem OECD-Durchschnitt. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die OECD in diesen Durchschnitt nur die 15 OECD-Länder einbezogen hat, bei denen die Sozialkomponente mit enthalten ist. Bei u.a. Norwegen, Belgien, Island, Österreich und Kanada ist dies nicht der Fall. Die Ausgaben dieser Länder werden in der Abbildung folglich zu niedrig dargestellt, was in Österreich wegen der analog zu Deutschland geringen Bedeutung der Sozial-Komponente nicht stark ins Gewicht fällt, wohl aber in Norwegen und Island aufgrund der im skandinavischen Systemtyp hohen Bedeutung der sozialen Dienstleistungskomponente.

Abbildung 3: Öffentlichen Ausgaben der Altenpflege (LTC) nach gesundheitlicher und sozialer Komponente im internationalen Vergleich 2015



Erläuterung: Bei etlichen Ländern (AT, BE, CA, IS, IT, KO, NO, PL, US) fehlt die Sozialkomponente. In OECD15 sind nur die 15 OECD-Länder erfasst, bei denen – DE gehört dazu – Daten zu beiden Komponenten vorliegen.

Legende: AT = Österreich; BE = Belgien; CA = Kanada; CH = Schweiz; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; ES = Spanien; FI = Finnland; FR = Frankreich; IE = Irland; IS = Island; IT = Italien; JP = Japan; KO = Südkorea; LU = Luxemburg; NL = Niederlande; NO = Norwegen; PL = Polen; PT = Portugal; SE = Schweden; SI = Slowenien; UK = Vereinigtes Königreich; US = Vereinigte Staaten von Amerika

Quelle: OECD 2017: Health at a Glance 2017; Daten von Abbildung 11.24 (Long-term care expenditure (health and social components) by government and compulsory insurance schemes, as a share of GDP, 2015 (or nearest year); Update vom 9.10.2017.

Politik für Renditejäger und gegen die in der Altenpflege Beschäftigten

Mit der Schaffung der Pflegeversicherung wurde unter dem Label der Subsidiarität ein doppelter Privatvorrang etabliert: privat-gewerbliche Dienstleister wurden den freigemeinnützigen Dienstleistern gleichgestellt; beide gehen den öffentlichen Trägern vor (SGB XI, § 11).

Dies als Teil eines Sets von Spielregeln, die über den Preiswettbewerb eines Quasimarktes auf eine stetig wachsende Privatisierung sowohl der Kosten wie der Leistungserbringung gerichtet sind. Ökonomisierung orientiert sich hier nicht an den Prinzipien einer öffentlichen Bedarfsökonomie, sondern an den Prinzipien einer Marktrationalität. Soweit die erbrachten Leistungen öffentlich refinanziert werden, erfolgt die Leistungsgewährung hochbürokratisch und im Modus der Rationierung durch die Begutachtungsverfahren des MDK. Wie Rationierung, Vermarktlichung und die Taylorisierung der Leistungen ineinander greifen siehe Bode (2013). Die Politik erreicht darüber ihr Oberziel der Geringhaltung der Beitragssätze, ohne für die Nichteinlösung der gesetzlich normierten Outcomeziele und die schlechten Arbeitsbedingungen der Altenpflegekräfte in Haftung genommen zu werden.

Vor Einführung der Pflegeversicherung spielten gewinnorientierte Träger – hier besteht eine Parallele zum Krankenhauswesen - kaum eine Rolle. Es dominierten die freigemeinnützigen Non-Profit-Akteure. Gleichzeitig jedoch gab es eine kritische Masse von in den 80er Jahren rd. einem Fünftel und nach der Wiedervereinigung kurzfristig fast einem Drittel Heime in öffentlicher Trägerschaft (vgl. Bundesregierung 1993, Tabelle 8, S. 262), so dass die Tarife des öffentlichen Dienstes Bindungskraft auch für die kirchlichen Träger entfalteten. Mit der massiven Privatisierungsdynamik, die sodann den Heimbereich erfasst hat, ist diese Ankerfunktion entfallen. Während im Krankenhausbereich noch (2016) rd. 5 von 10 Beschäftigten einen öffentlich-rechtlichen Arbeitgeber haben, was stabilisierend auf die Tarifbindung wirkt, befindet sich die Tarifbindung in der Altenpflege regelrecht im freien Fall. Die Trägerstruktur hat sich nach der Marktschaffung durch die Pflegeversicherung so weit in Richtung gewerblicher Akteure verschoben, dass diese in der häuslichen Pflege Marktführer wurden und in zunehmend mehr Bundesländern auch bei Heimen die Marktführerschaft übernehmen. Öffentliche Trägerschaften wurden marginalisiert; in weiten Landstrichen von Norddeutschland existiert gar kein öffentliches Angebot mehr. Weniger als 5% des Gesamtleistungsvolumens (ambulant und stationär) entfällt noch auf öffentliche Träger. Mit dem Wegfall der Ankerfunktion des öffentlichen Tarifs mutierte die Altenpflege zu einem von Niedriglöhnen geprägten Beschäftigungsfeld. Während es die im OP-Bereich benötigten Pflegekräfte 2012 auf Monatsverdienste von durchschnittlich 3.130 € brachten, lag das monatliche Durchschnittseinkommen der Krankenpfleger um 22% niedriger (2.450 €) und das der Altenpflegefachkräfte mit im Schnitt 2.188 € um 30% niedriger (WSI-Lohnspiegel 2013, Arbeitspapier 21 vom Oktober 2013, Abb. 1, S. 7). Die enorme Spannweite zwischen Krankenpflege und Altenpflege blieb während der letzten Jahre stabil. Nach der Beschäftigungsstatistik der Bundesanstalt für Arbeit (IAB 2018) lagen bei Vollzeitbeschäftigung die monatlichen Bruttoentgelte von Fachkräften der Krankenpflege 2016 bundesdurchschnittlich um gut 600 € resp. 24% über denen der Altenpflege (Krankenpflege: 3.239 €; Altenpflege: 2.621 €). Bei den HelferInnen waren es ebenfalls gut 600 € resp. 33% (Krankenpflege: 2.478 €; Altenpflege: 1.870 €). Zwischen den Bundesländern Regional besteht insbesondere bei der Altenpflege nicht nur zwischen Ost- und Westdeutschland, sondern auch zwischen gleichermaßen den west- wie ostdeutschen Bundesländern ein erhebliches Verdienstgefälle. An der Spitzte sind es brutto bis zu 1.000 €/mtl., die Fachkräfte der Altenpflege in Baden-Württemberg mehr verdienen als in Sachsen-Anhalt und immerhin noch gut 500 €/mtl., um die die Bruttoentgelte in Niedersachsen niedriger liegen als in Baden-Württemberg. Spiegelt man diese Befunde an der Marktmacht kom-

merzieller Träger erschließen sich enge Zusammenhänge (Vgl. Heintze 2016b). Dort, wo private Pflegekonzerne eine starke Marktstellung erreicht haben wie etwa in Niedersachsen, ist die Tarifbindung niedrig. Nach Angaben im WSI-Tarifspiegel 2013 (S. 3) verdienen Pflegebeschäftigte in tarifgebundenen Betrieben durchschnittlich gut 24 Prozent mehr als in nicht tarifgebundenen Betrieben. Interessanterweise ist in den skandinavischen Ländern demgegenüber nicht nur die Einkommensstreuung insgesamt vergleichsweise gering; in Schweden zudem ist die Bezahlung der beruflich breit aufgestellten „Geriatric Nurses“ tendenziell sogar besser als die der „Medical Nurses“.

Die Abwertung der Altenpflege hängt eng mit dem Festhalten an der Angehörigenpflege als gesellschaftlicher Norm zusammen. Hausmann et al. (2015) zeigen, dass die geringe gesellschaftliche Wertigkeit frauenaffiner Tätigkeiten auf weiblich konnotierte Berufe übertragen wird. Je geringer der Professionalisierungsgrad, umso stärker die Abwertung. Bei der Krankenhauspflege fände die Idee, Patienten von ihren Angehörigen pflegen zu lassen, wohl wenig Zuspruch. Bei der Altenpflege dagegen wird die Professionalisierung absichtlich gering gehalten, weil dies impliziert, dass eine frauentypische Allerweltstätigkeit vorliegt, die sich in hohem Maße durch unbezahlte Freiwilligenarbeit substituieren lässt, ergo auch deutlich schlechter bezahlt werden kann als die Krankenhauspflege. Relativ am höchsten (gemessen am Durchschnittseinkommen des jeweiligen Bundeslandes) sind die Einkommen der Altenpflegefach- und -hilfskräfte tendenziell in den Bundesländern, wo wie im Saarland, Bayern oder Nordrhein-Westfalen der Kommerzialisierungsgrad noch vergleichsweise gering ist (vgl. Heintze 2016b: Abb. 3, S. 330). Da die Kehrseite jedoch in höheren privaten Zuzahlungen besteht, können sich just im Saarland besonders viele Menschen einen Heimplatz finanziell gar nicht mehr leisten. So aber schnappt die Falle des doppelten Privat-Vorrangs zu.

Und die Politik? Sie beklagt die schlechte Bezahlung der Altenpflegekräfte, handelt aber nicht, sondern belässt es bei Appellen an die Tarifpartner. Dies ist zynisch, denn der Schlüssel für Aufwertung der Altenpflege liegt bei der Politik. **Erstens** weil die Mehrkosten einer finanziellen Aufwertung – ein zweistelliger Mrd.-Betrag steht im Raum – öffentlich refinanziert werden müssen. Bliebe dies aus, bestünde der Preis entweder in einer weiteren Verschlechterung der Personalausstattung nach Zahl und Qualifikation oder im Anstieg der privaten Zuzahlungen, deren Höhe sich schon jetzt viele Ältere gar nicht leisten können. **Zweitens** weil in der Altenpflege anders als in der Krankenpflege von einem funktionsfähigen Tarifvertragssystem schwerlich gesprochen werden kann. Während in den skandinavischen Ländern der gewerkschaftliche Organisationsgrad bei 80 bis 90% und damit höher liegt als im eher männeraffinen Produzierenden Gewerbe (siehe Heintze 2017), ist in Deutschland die häusliche Altenpflege so gut wie gar nicht und die stationäre Pflege in Heimen nur sehr schwach organisiert. Nach Insidereinschätzungen – belastbare Daten sind nicht verfügbar – erreicht der gewerkschaftliche Organisationsgrad in Heimen nur rd. 10%. Dies hat mir den Strukturen zu tun, denn Privatisierung und Fragmentierung errichten hohe Hürden gegen gewerkschaftliches Engagement. Nicht weniger wichtig ist jedoch, dass das Denkmuster vom caritativen „Liebesdienst“, das mit wachsender Professionalisierung in den skandinavischen Ländern schon vor Jahrzehnten überwunden wurde, fortbesteht und die kollektive Wahrnehmung von Arbeitsrechten, auch mitteln Streiks, behindert. Notwendig wäre ein Tarifvertrag Soziale Dienste, der trägerübergreifend bundesweit Gültigkeit hat. Gerade dagegen jedoch wenden sich die

gewerblichen Anbieter, die im Verband Privater Anbieter Sozialer Dienste (bpa), einem OT-Verband, organisiert sind, mit Verve und Erfolg. „*Wir halten einen bundesweit einheitlichen Tarifvertrag weiterhin für falsch und werden deshalb an jeder Stelle dagegen eintreten*“, lautet die Ansage. (bpa 2016, S. 8). Im

Hier ist aus dpa 2017 einfügen

Während die Beschäftigten so weiter auf der Verliererseite stehen, können private Investoren die lukrativen Möglichkeiten, die das deutsche System für risikoarme Renditeerwirtschaftung bietet, uneingeschränkt nutzen. Die Altenpflege ist ein Wachstumsmarkt. Im Jahr 2015 gab es 2,9 Millionen im sozialrechtlichen Sinne Pflegebedürftige, bis zum Jahr 2030 wird ihre Zahl voraussichtlich auf über 4 Millionen ansteigen. Aus Sicht privater Investoren eröffnen sich hier umso mehr lukrative Chancen, als sich die Politik in Deutschland mit Regulierungen (Heimgröße, Anteil von Ein-Bett-Zimmern, Personalbemessung, Gewinnbegrenzung usw.) zurückhält. Konsequenz: Der Heimpflegemarkt wird aktuell von renditechungrigen Heimketten regelrecht umgepflügt; die Politik schaut weg. War die gewerbliche Sparte zunächst von deutschen Unternehmen geprägt, sind es zunehmend Finanzinvestoren aus Übersee wie etwa der US-Finanzinvestor Carlyle Group und der Hedgefonds Oak Tree Capital Management oder Korian aus Frankreich, die etablierte Heimketten aufkaufen und kleine Heime ins Aus treiben. Die Geschäftsmodelle der weltweit agierenden Heimkonzerne greifen in Deutschland und zunehmend auch in Frankreich, weniger jedoch im skandinavischen Raum oder den Niederlanden. In den skandinavischen Ländern ist die Altenpflege auch hinsichtlich der Leistungserbringung (noch) weitgehend eine öffentliche Aufgabe. In den Niederlanden dominieren Non-Profit-Träger. Gewinnorientierte Heimträger erhalten keine direkten öffentlichen Refinanzierungsmittel, was ihren Anteil am Versorgungsmarkt stark begrenzt.

Paradigmenwechsel mit Abkehr vom Marktwettbewerb und ein Masterplan Pflege sind nötig

In der Langfrist- und Altenpflege reicht die Krisenchronologie bis in die 80er Jahre zurück, in der Krankenhauspflege ist sie jüngeren Datums. Gemeinsam ist beiden Bereichen, dass die Politik die ergebnisorientierte Lösung bestehender Struktur-, Finanzierungs- und Steuerungsprobleme nicht als öffentliche Gestaltungsaufgabe angenommen, sondern im Wege der Vermarktlichung so auf private Akteure delegiert hat, dass für die Schlechtergebnisse, ergo den zu beklagenden Pflegenotstand niemand wirklich in der Verantwortung steht. Bei der Akutpflege war es die Gesundheitsstrukturreform von 1993, die die Weichen in Richtung Markt und Renditeorientierung stellte, bei der Langfristpflege fungierte die Einführung der Pflegeversicherung als Marktschaffungsinstrument.

Zur neoliberalen Transformation von Wirtschaft und Gesellschaft, die sich in Deutschland seit den 90er Jahren Bahn brach, gehört die Entgrenzung des Interaktionsprinzips „Wettbewerb“ in Bereiche hinein, wo Wettbewerb mehr schadet als nutzt. Die Alten- und Krankenversorgung gehören dazu. Fachlich geboten sind hier integrierte, personenbezogene Versorgungsketten, was Kooperation und eine starke Steuerung erfordert. Der Marktwettbewerb dagegen führt zu einer immer weiter um sich greifenden Fragmentierung, bei der Patienten und Pfle-

gebedürftige in Einzelteile zerlegt und so quasi verdinglicht werden. In Krankenhäusern mit dem Ziel, durch die Maximierung diagnostischer und therapeutischer Eingriffe in einem möglichst eng getakteten Zeitfenster maximale Erlöse zu erwirtschaften. In der Altenpflege mit dem Ziel, die Personalkosten so gering zu halten, dass die Summe aus öffentlichen Refinanzierungsmitteln und den nach oben nicht begrenzten privaten Zuzahlungen finanzwirtschaftlich profitabel ist. In beiden Bereichen gehört das Pflegepersonal zu den Verlierern.

Obwohl sich die Vermarktlichung längst als Fehler erwiesen hat, verweigern sich die politischen Entscheidungsträger einer grundlegenden Neuorientierung. Der am 7.2.2018 zwischen CDU, CSU und SPD abgeschlossene Koalitionsvertrag ordnet sich hier ein. Auch im Klein-Klein hält er insbesondere für die Altenpflege nichts bereit, was auf substantielle Verbesserungen hoffen ließe. „*In einem Sofortprogramm werden wir 8000 neue Fachkraftstellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen schaffen*“, lautet die einzige konkrete Ankündigung (S. 95). Das ist weniger als der berühmte Tropfen auf den heißen Stein. Pro Einrichtung ergeben sich im Schnitt gerade einmal 0,6 Stellen. Dies dann auch nicht dort, wo die Not am größten ist. Mit am größten ist die Not in der Nachschicht, wo nach einer Studie der Universität Witten-Herdecke von 2015 eine Pflegekraft durchschnittlich 52 Heimbewohner versorgen muss. Adressiert aber, und zwar ausschließlich aus Finanzierungsgründen, wird die medizinische Behandlungspflege, die nach ärztlicher Verordnung erfolgt und in den Regelungsbereich der Krankenkassen fällt. So kann eine Refinanzierung über die GKV erfolgen. Überwiegend nebulös fallen die weiteren Ankündigungen aus. Die möglichen zukünftigen Koalitionäre wollen dafür sorgen, „*dass Tarifverträge in der Altenpflege flächendeckend zur Anwendung kommen*“ (ebd.), schweigen sich zum Wie und der Finanzierung aber aus. Nur im Krankenhausbereich sollen Tarifsteigerungen öffentlich refinanziert werden (ebd.), nicht bei der Altenpflege. Dies geht komplett an der Herausforderung vorbei, die Altenpflegevergütungen an das Krankenpflegeniveau heranzuführen. Jährliche Mehrkosten: rd. 6 Mrd. €. Sollen sie nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen, müsste eine öffentliche Refinanzierung erfolgen. Hier freilich haben sich die zukünftigen Koalitionäre selbst die Hände gebunden, indem sie sowohl Steuererhöhungen wie Beitragserhöhungen ausschließen. Das starke Signal, das nötig wäre, um Pflegekräfte, die ihren Beruf verlassen haben oder ins Ausland abgewandert sind, zurückzugewinnen und den Beruf für Neueinstieger attraktiv zu machen, fehlt. Der Pflexit wird weitergehen.

Die Gesundheits- und Pflegepolitik verweigert sich einer grundlegenden Neuorientierung. Im Kleinklein – in der neuen GROKO aus CDU/CSU und SPD droht sich dies fortzusetzen - beschränkt sie sich auf die Schritte, die zur kurzfristigen Stabilisierung des Systems unumgänglich sind. Bei Krankenhauspolitik

, ohne jedoch an den Grundentscheidungen zu rühren. Dort, wo Fortschritte resultieren, wie bei der Einführung einer Familienpflegezeit und dem Einbezug der Demenzkranken in den Pflegedürftigkeitsbegriff, kommen diese nicht nur extrem spät, sondern bleiben auch weit hinter dem Bedarf zurück. Notwendig wären strukturell neue Weichenstellungen und ein „Masterplan Pflege“, der die Akut- wie die Altenpflege umgreift und Weichen stellt in Rich-

tung einer Herauslösung des Gesundheits- und Pflegesystems aus der Marktlogik. Mindestanforderungen an einen derartigen Masterplan wären:

Die AG Alternative Wirtschaftspolitik tritt ein für strukturell neue Weichenstellungen und einen „Masterplan Pflege“, der die Akut- wie die Altenpflege umgreift und Wegmarken stellt in Richtung einer Herauslösung des Gesundheits- und Pflegesystems aus der Marktlogik. Wesentliche Bausteine sind:

- **Spürbar bessere Vergütung sofort und Schaffung zusätzlicher Stellen für Pflegefach- und Assistenzpersonals in Krankenhäusern und Altenheimen.** Nach Angaben des Instituts für angewandte Pflegeforschung sind bis zu 100.000 zusätzliche Stellen nötig mit hälftiger Aufteilung auf einerseits Krankenhäuser und andererseits Altenheime plus ambulante Dienste. Die Personalgewinnung wird angesichts des bestehenden Fachkräftemangels aber nur mit einem starken Signal Richtung Aufwertung der Altenpflege gelingen. Derzeit verdienten Altenpflegekräfte durchschnittlich 25% weniger als Krankenpflegekräfte. Die Schließung dieser Verdienstlücke wäre ein solches Signal und wird von uns für zwingend geboten erachtet. Weiter erforderlich ist eine erhebliche Verstärkung der Ausbildungsanstrengungen, einschließlich der Schaffung von Studienplätzen für akademisierte Ausbildungsgänge. Nicht nur die Entgelterhöhung, sondern auch die Verstärkung der Ausbildungsplätze und die Personalaufstockung bedürfen öffentlicher Refinanzierung.
- **Weichenstellung in Richtung Vollversicherung:** In der Langfristpflege ist ein Paradigmenwechsel dahingehend vorzunehmen, dass nicht öffentliche Leistungen gedeckelt sind, sondern umgekehrt die privat zu zahlenden Eigenleistungen. Derzeit wirkt das System in Richtung wachsender Kostenprivatisierung und erfüllt insoweit noch nicht einmal die Kriterien eines „Teilkasko-Systems“. Die anhaltende Kostenprivatisierung ist zu beenden mit dann sukzessiver Absenkung der Eigenleistungen. Perspektivisch treten wir dafür ein, dass die Altenpflege zu einer überwiegend öffentlich finanzierten Aufgabe wird. Die benötigten Mittel können nur gewonnen werden, wenn bei den öffentlichen Ausgaben ein Anstieg auf über 2 BIP-Prozentpunkte verbindlich angepeilt werden. Dies entspricht mit Stand 2016/17 Mehrausgaben von jährlich gut 22 Mr. €. Die Finanzierung sollte sukzessive über mehrere Finanzierungsquellen erfolgen. Neben der Erhöhung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung gehört dazu die Auflösung des mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz eingeführten Pflegevorsorgefonds (§§ 131 ff. SGB XI) und die Mobilisierung ergänzender Steuermittel.
- **Etablierung einer Pflegepersonalregelung mit Soll- und Mindestschlüsseln.** Obwohl überfällig wurde das Thema von der letzten Großen Koalition durch Delegation an die Akteure der Selbstverwaltung auf die lange Bank geschoben. Jetzt besteht dringender Handlungsbedarf. Ihn unter Verweis auf die angespannte Arbeitsmarktlage zu vertagen, verkennt Ursache und Wirkung. Der Mangel an Pflegekräften ist das Ergebnis falscher Politik. Die Etablierung verbindlicher Personalschlüsse muss gleichermaßen die Akut- wie die Langfristpflege umfassen und darf nicht länger auf die Bereiche eingegrenzt bleiben, wo unmittelbare Gefahr für die Patientensicherheit droht. Gefahrenabwehr ist keine Qualitätspolitik. Die Festlegung von Soll- und Mindestschlüsseln für

unterschiedliche Gruppen von Pflegepersonal muss von einer unabhängigen Kommission vorgenommen werden.

- **Gewinnbegrenzung und Abschaffung des doppelten Privat-Vorrangs:** Die Regelung, wonach privat-gewerbliche Trägerschaften in Gleichstellung mit Non-Profit-Trägerschaften den öffentlichen Trägerschaften vorgehen (u.a. §11, SGB XI) ist dahingehend umzukehren, dass nicht-gewinnorientierte Trägerschaften (freigemeinnützig und öffentlich) Vorrang haben vor privat-gewerblichen Trägern. Dem weiteren Vordringen privater Pflegekonzerne sind durch Gewinnbegrenzungen klare Grenzen zu setzen. Wegweisend könnte hier das niederländische Modell sein. In den Niederlanden erhalten gewerbliche Heimbetreiber keine öffentlichen Refinanzierungsmittel. Pflegebedürftige, die sich für einen kommerziellen Heimträger entscheiden, müssen die Kosten im Prinzip selbst tragen. Einbringen können sie dabei auf Antrag aber die Mittel des Persönlichen Budgets, das ihnen bei häuslicher Versorgung zusteht. Diese Mittel liegen aber deutlich unter den Budgets, die Non-Profit-Träger von der öffentlichen Hand direkt erhalten. Durch diese Regelung sind die Niederlande für renditehungrige Pflegeinvestoren kein attraktiver Markt.

Hier der alte Text

- (...) Die benötigten finanziellen Mittel können nur gewonnen werden, wenn perspektivisch bei den öffentlichen Ausgaben für die Langfristpflege ein Anstieg auf mindestens 2 BIP-Prozentpunkte verbindlich angepeilt werden. Dies entspricht mit Stand 2016/17 Mehrausgaben von jährlich rd. 22 Mr. €. Die Finanzierung sollte sukzessive über mehrere Finanzierungsquellen erfolgen. Neben der Erhöhung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung gehört dazu die Auflösung des mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz eingeführten Pflegevorsorgefonds (§§ 131 ff. SGB XI). Die diesem Fonds zugeführten Mittel – derzeit sind rd. 1,2 Mrd. € verfügbar – unterliegen in der derzeitigen Niedrigzinsphase einem Realverlust und leisten auch unabhängig davon keinen Beitrag zu einer nachhaltigen Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung.
- **Refinanzierung von Löhnen nach Tarifvertrag über die Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen.** Eine wichtige Voraussetzung, um die Logik fortgesetzter Kostenprivatisierung zu durchbrechen, besteht in der Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen. Dies muss beinhalten, dass Kostensteigerungen, die aus der Anwendung von Tarifverträgen resultieren, aus Mitteln der Pflegeversicherung refinanziert werden. SGB XI regelt i.d.F. v 18.7.2017, dass die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen von den Kassen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann, sieht aber keinerlei Refinanzierung über die Kassen vor.⁶ In der Konsequenz führt die Anwendung von Tarifver-

⁶ § 84 II SGB XI wurde durch PSG III wie folgt neu geregelt: „Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. (...) Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes. Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten.“ Zuvor hieß es (§ 89 SGB XI): „Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter

trägen zur Abwälzung der erhöhten Personalkosten auf die Pflegebedürftigen, die damit überfordert sind, was sich zu Gunsten der Wettbewerbssituation der Betreiber auswirkt, die tarifliche Zahlungen ablehnen.

- **Etablierung einer Pflegepersonalregelung mit Mindestschlüsseln.** Im Krankenhausbereich bestand ein derartiges Instrument in den 90er Jahren kurzzeitig (1994 – 1996), wurde jedoch abgeschafft als deutlich wurde, was an zusätzlichem Pflegepersonal eigentlich benötigt wurde. Im Bereich der Langfristpflege wurde das Thema von der letzten Großen Koalition durch Delegation an die Akteure der Selbstverwaltung auf die lange Bank. Handlungsbedarf besteht aber schon seit Jahren. Ihn unter Verweis auf die angespannte Arbeitsmarktlage zu vertagen, verkennt Ursache und Wirkung. Der Mangel an Pflegekräften resultiert nicht zuletzt aus den schlechten Arbeitsbedingungen gleichermaßen wegen zu geringer Personalstärke und zu schlechter Bezahlung. Die Etablierung verbindlicher Personalschlüssel muss auch daher gleichermaßen die Akut- wie die Langfristpflege umfassen und darf nicht länger auf die Bereiche eingegrenzt bleiben, wo unmittelbare Gefahr für die Patientensicherheit droht. Gefahrenabwehr ist keine Qualitätspolitik. Die Festlegung von Mindestschlüsseln für unterschiedliche Gruppen von Pflegepersonal könnte von einer unabhängigen Kommission vorgenommen werden.

Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann (...) nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

Literatur (Stand 8.2.18)

- Aiken, L. et al. (2012): Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States, in: British Medical Journal, (BMJ 2012; 344; e1717 doi: 10.1136/bmj.31717).
- Albrecht, Martin/Braeske, Grit/Loos, Stefan/Möllenkamp, Meiling/Sander, Monika/Stengel, Verona/Schiffhorst, Guido (2017): Faktencheck – Pflegepersonal im Krankenhaus. Internationale Empirie und Status quo in Deutschland (zit als IGES/Bertelsmann-Stiftung 2017).
- Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (2009): MEMORANDUM 2009. Von der Krise in den Absturz? Stabilisierung, Umbau, Demokratisierung, Köln.
- Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (2012): MEMORANDUM 2012. Europa am Scheideweg – Solidarische Integration oder deutsches Spardiktat, Köln.
- Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (2014): MEMORANDUM 2014. Kein Aufbruch – Wirtschaftspolitik auf alten Pfaden, Köln.
- Bäuml M, Kifmann M, Krämer J, Schreyögg J (2016): Bandscheibenoperationen – Patientenerfahrungen, Indikationsqualität und Notfallkodierung. In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R. Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 187-195.
- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2011): Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung (Autoren: Nolting, H-D, Zich, K./Deckenbach, B./Gottberg, A./Lottmann, K. et al.), Gütersloh.
- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2012): Themenreport „Pflege 2030“ – Was ist zu erwarten? Was ist zu tun (Autoren: Heinz Rothgang/Rolf Müller/Rainer Unger), Gütersloh.
- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2015): Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung (Autoren: Deckenbach, B./Schwenk, U./Schiffhorst, G./Nolting, H-D, Zich, K.), Gütersloh.
- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2016): Pflegeinfrastruktur. Die pflegerische Versorgung im Regionalvergleich (Autoren: Hackmann, T./Klein, R./Schneidenbach, T./Anders, M./Vollmer, J.), Gütersloh (PDF-Datei über Webseite der Stiftung)
- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2017): Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus. Internationale Empirie und Status quo in Deutschland, Gütersloh.
- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2016): Pflegeinfrastruktur. Die pflegerische Versorgung im Regionalvergleich (Autoren: Hackmann, Tobias/Klein, Ronny/Schneidenbach, Tina/Anders, Markus/Vollmer, Janko), Gütersloh (PDF-Datei über Webseite der Stiftung)
- Bobbin, R. (2018): Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland, Hannover.
- Bode, I. (2013): Ökonomisierung in der Pflege – was ist das und was steckt dahinter? In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Bd. 48, S. 9-27 (Argument-Verlag, Hamburg).

- Bundesagentur für Arbeit (2017): Fachkräfteengpassanalyse,
<https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2017-12.pdf>.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hg.) (2016): Forschungsbericht 465. Solo-Selbständige in Deutschland – Strukturen und Erwerbsverläufe (Bearbeiter: Karl Brenke und Martin Beznoska), Berlin.
- Bundesregierung (1993): Erster Altenbericht der Bundesregierung, BT-Drucksache 12/5897 vom 28.09.1993.
- Bundesregierung (2016): Antwort auf eine Kleine Anfrage von Pia Zimmermann u.a. und der Fraktion DIE LINKE zu „Personalbemessung in der stationären und ambulanten Altenpflege“, BT-Drucksache 18/7911 vom 17.03.2016.
- Bundesregierung (2017): Sechster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Unterrichtung durch die Bundesregierung, BT-Drucksache 18/10707 vom 15.12.2017.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V./Arbeitgeberverband (bpa) (2016): Geschäftsbericht 2015/2016, Berlin (www.bpa-arbeitgeberverband.de)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste/Arbeitgeberverband (bpa) (2017): Geschäftsbericht 2016/17, http://www.bpa-arbeitgeberverband.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Organisation/Bericht_16_17_mit_Umschlag.pdf.
- Busse, R./Blümel, M. (2014): Health System Review, in: Health Systems in Transition, Vol. 16, No. 2 (European Observatory on Health Systems and Policies).
- Cardwell, CR et al (2008): Cesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus. A meta-analysis of observational studies. In: Diabetologica 2008, 51, S. 726 – 735.
- Dammert, M. (2009): Angehörige im Visier der Pflegepolitik. Wie zukunftsähig ist die subsidiäre Logik der deutschen Pflegeversicherung? Wiesbaden.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2004): Zahlen, Daten, Fakten, Düsseldorf.
- European Commission (2017): State of Health in the EU. Country Health Profile 2017 – Austria.
- Hausmann, A.-C./Kleinert, C./Leuze, K. (2015): Entwertung von Frauenberufen oder Entwertung von Frauen im Beruf? Eine Längsschnittanalyse zum Zusammenhang von beruflicher Geschlechtersegregation und Lohnentwicklung in Westdeutschland, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 67. Jg., S. 217ff.
- Health Consumer Powerhouse (2018): Euro Health Consumer Index 2017 – Report (Zit. als EHCI 2017).
- Heintze, C. (2015): Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem: ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage, Bonn, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11337.pdf>.

- Heintze, C. (2016a): Pflege und Altenhilfe in Skandinavien und Deutschland. Teil 1: Die wichtigsten Unterschiede der Systeme, in: Soziale Sicherheit, 65. Jg., Heft 6, S. 239–244.
- Heintze, C. (2016b): Pflege und Altenhilfe in Skandinavien und Deutschland. Teil 2: Finanzierung, Leistungserbringung und der Einfluss von Markt und Wettbewerb, in: Soziale Sicherheit, 65. Jg., Heft 8, S. 301–308.
- Heintze, C. (2017): Öffentliche Aufgabe braucht öffentliche Infrastruktur: Frauengleichstellung und der gesellschaftliche Wert öffentlich gestalteter Caredienste im deutsch-skandinavischen Vergleich, in: Häuser, A. et al. (Hg.) (2018): Care und die Wissenschaft vom Haushalt. Aktuelle Perspektiven der Haushaltswissenschaft, Heidelberg, S. 203–227.
- Isfort, M. (2017): Kritische Personalsituation, in: Die Schwester, der Pfleger, Bd. 56, Nr. 11, S. 84–89.
- Isfort, M. et al. (2014): Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Hg. vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung, Köln.
- Isfort, M./Hylla, J./Gehlen, D./Tucman, D. (2017): Arbeitsbedingungen und -zufriedenheit auf deutschen Intensivstationen; in: Pflegezeitschrift , Bd. 70, Nr. 5, S. 46–49.
- Isfort, M./Weidner, F. (Hg.) (2009): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Hg. vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung, Köln.
- Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hg.) (2017): Pflege-Report 2017 (AOK-Pflegereport 2017). Die Versorgung der Pflegebedürftigen, Stuttgart.
- Kitwood, T M (2016): Demenz: Der personzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, aus dem Englischen von Michael Herrmann (herausgegeben von Christian Müller-Hergl und Helen Güther), 7 Auflage; Bern.
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 7.2.2018: Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land:
https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2018.pdf
(8.2.2018)
- Macfarlane, AJ et al. (2015): Wide differences in mode of delivery within Europe. Risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat Study. DOI: 10.1111/1471-0528.13284: www.bjog.org (Abruf:
- Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the EU (MISSOC) (2017):
http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en
(Stand: 1. Januar 2017).
- Nakielski, H. (2015): Die große Pflegereform kommt. Die wichtigsten Änderungen des geplanten Pflegestärkungsgesetzes II im Überblick, in: Soziale Sicherheit, 64. Jg., Heft 10, S. 349–353.
- Nock, L./Hielscher, V./Kirchen-Peters, S. (2013): Ergebnisse einer Befragung von Pflegepersonal im Krankenhaus und vergleichende Analyse zu Befunden aus Altenpflege und Jugendhilfe. Reihe Arbeitspapier, Arbeit und Soziales, Bd. 296, Düsseldorf.

- Nolting, Hans-Dieter, Zich, Karsten/Deckenbach, Bernd/Gottberg, A./Lottmann, K. et al. (2011): Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, Hrsg. Bertelsmann-Stiftung, Güterslo (zit. als Bertelsmann Stiftung 2011).
- OECD (2017): Health at a Glance 2017, Paris.
- Papanicolas, I., Woskie, LR, Jha, A. (2018): Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries. Journal of the American Medical Association (JAMA) 319(10), S. 1024–1039. doi:10.1001/jama.2018.1150
- Paritätischer Gesamtverband (Hg.) (2014): Modellrechnungen zur Unterfinanzierung der ambulanten Pflege in der Sozialen Pflegeversicherung 1998 bis 2013, Berlin.
- Pflegeversicherungsgesetz, SGB XI (Elftes Buch des Sozialgesetzbuches – Soziale Pflegeversicherung), zuletzt geändert durch Art. 1c G vom 21.12.2015, I 2408.
- Reifferscheid, A./Pomorin, N./Wasem, J. (2014): Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus. Rationierung und Überversorgung medizinischer Leistungen im Krankenhaus, UNI Duisburg-Essen.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) (2000): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, o.O.
- Schroeder, W. (2017): Altenpflege zwischen Staatsorientierung, Markt und Selbstorganisation, in: WSI Mitteilungen, 70. Jg., Heft 3, S. 189–196.
- Schroeder, W. (2018): Kollektives Beschäftigungshandeln in der Altenpflege, HBS-Studie Nr. 373: bit.do/impuls1030.
- Schwinger, A./Tsiasioti, Ch/Klauber, J. (2017): Herausforderndes Verhalten bei Demenz: Die Sicht der Pflege, in: Jacobs et al., S. 131-151.
- Seibert, H./Carstensen, J./Wiethölter, D. (2018): Entgelte von Pflegekräften – weiterhin große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen, in: IAB-Forum, 16.01.2018, <https://www.iab-forum.de/entgelte-von-pflegekraeften-weiterhin-grosse-unterschiede-zwischen-berufen-und-regionen/?pdf=6353>; 3.2.18.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2007/08): Gesundheitswesen – Grunddaten der Krankenhäuser 2006, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden (fortlaufend)
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2007/08): Gesundheitswesen – Grunddaten der Krankenhäuser 2006, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2010), Statistik der Sozialhilfe, Hilfe zur Pflege 2008, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2015): Statistik der Sozialhilfe, Hilfe zur Pflege 2013, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017a): Gesundheitswesen – Grunddaten der Krankenhäuser 2016, Fachserie 12, Reihe 5.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017b): Gesundheit – Kostennachweis der Krankenhäuser 2016, Fachserie 12, Reihe 6.3, Wiesbaden.
- Thavagnanam, S. et al (2007): Meta-analysis of the association between caesarean section and childhood asthma, in: Clinical and Experimental Allergy, Nr. 38, S. 629-633.

Cornelia Heintze

- Theobald, H./Szebehely, M./Preuß, M. (2013): Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich, Berlin.
- Thürmann, Petra A. (2017): Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen, in: Jacobs et al.: 119-129.
- WSI-Lohnspiegel, Arbeitspapier 21 vom Oktober 2013: <https://www.lohnspiegel.de/html/>