



Forderungen der Bundespflegekammer zum Deutschen Pflergetag 2020

Berlin, den 6. November 2020
Bundespflegekammer
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
jens.kaffenberger@bundespflegekammer.de

1. Ohne gute Pflege können Wirtschaft und Gesellschaft nicht funktionieren

Jahrelang wurden Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen auf Effizienz getrimmt und am Personal gespart. Die Corona-Krise hat diese Schwächen erneut schonungslos offengelegt. Zugleich ist der Öffentlichkeit deutlich geworden, dass Pflegefachpersonen systemrelevant sind, große Verantwortung und hohe gesundheitliche Risiken tragen. Seit Jahren wird über eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und bessere Pflege in Deutschland diskutiert. Mit der Konzentrierten Aktion Pflege wurden im vergangenen Jahr mehr Personal, mehr Geld und mehr Entscheidungsbefugnisse für Pflegefachpersonen in Aussicht gestellt – die Umsetzung steht in weiten Teilen noch aus.

Dabei ist der Fachkräftemangel in der Pflege schon heute Realität: In der Langzeitpflege bundesweit, in der Krankenhauspflege gilt dies mit Ausnahme von vier Bundesländern ebenso. Bei den Versorgungsangeboten tun sich Lücken auf, werden Stationen geschlossen und in ambulanten Diensten Neuaufnahmen abgelehnt.¹ In den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen können Patienten, Pflegebedürftige und Angehörige schon heute erleben, welche Konsequenzen ein Mangel an gut ausgebildeten Pflegefachpersonen bedeutet:

- Keine Zeit, Patienten oder Angehörigen zuzuhören, sie zu beraten oder anzuleiten, obwohl für sie der Aufenthalt im Krankenhaus eine Ausnahmesituation ist,
- keine Zeit für Zuwendung oder das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen, die oft auch kognitiv beeinträchtigt sind
- ein deutlich erhöhtes Risiko, vermeidbare Komplikationen zu erleiden oder früher zu sterben.

Vermeidbare Komplikationen sorgen nicht nur für unnötiges Leid, sie verursachen auch erhebliche Folgekosten. Allein durch vermeidbare Krankenhauseinweisungen von pflegebedürftigen Personen ließen sich OECD-weit 18 Milliarden US-Dollar einsparen.² Gäbe es in den Einrichtungen und Diensten mehr gut qualifiziertes Personal, ließen sich viele dieser Krankenhauseinweisungen vermeiden.

Diese Entwicklung wird sich in den nächsten 10 Jahren drastisch verschärfen. Aufgrund des demografischen Wandels und eines wachsenden Bedarfs werden 2030 nach konservativen Schätzung 130.000 Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege fehlen.³ Auch der Krankenhausbereich wird von dieser Entwicklung nicht verschont werden, auch wenn nicht zuletzt aufgrund der besseren Bezahlung Fachkräfte aus anderen Bereichen dorthin abwandern.

Gelingt es nicht innerhalb kürzester Zeit, die Weichen für mehr Personal insbesondere in der Langzeitpflege, aber auch im Krankenhaus zu stellen, werden wir innerhalb weniger Jahre mit erheblichen Versorgungsengpässen konfrontiert sein. Die Konsequenzen werden Patienten, Pflegebedürftige und deren Angehörige spüren. Wo pflegerische Angebote fehlen, müssen pflegende Angehörige einspringen. Betreuungslücken werden zu erheblichen Folgekosten für Unternehmen und die Volkswirtschaft insgesamt führen (Verringerung der Arbeitszeit, Berufsaufgabe, erhöhte krankheitsbedingte Abwesenheit etc.). Für die Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen bedeuten die mangelnde Vereinbarkeit von Pflege und Beruf Einkommensverluste und Einbußen bei der späteren Rente. Ohne eine gute Pflege können Wirtschaft und Gesellschaft auf Dauer nicht funktionieren.

¹ Vinzenz Network: Deutsches Altenpflege Barometer 2020, <https://www.vincentz.de/altenpflegebarometer-2020-fachkraeftemangel-spitzt-sich-dramatisch-zu/>, abgerufen am 11.10.20.

² OECD 2020: The Economics of Patient Safety Part III: Long Term Care, S.76.

³ Schwinger, Antje; Klauber, Jürgen; Tsasioti, Chyrisanti: Pflegepersonal heute und morgen, in: Pflege-Report 2019, S.19.

Die Zeit drängt: Nur wenn der Pflegeberuf attraktiver wird, kann der Bedarf an Pflegefachpersonen jetzt und in Zukunft gedeckt und eine qualitativ hochwertige Versorgung im Krankenhaus und in der Langzeitpflege sowie in anderen Bereichen, in denen Pflegendе tätig sind, auf Dauer sichergestellt werden.

2. Schutz der Gesundheit des Pflegepersonals und klare Besuchsregelungen

Bereits vor der Corona-Pandemie waren Pflegefachpersonen im Krankenhaus und der Langzeitpflege am Limit. Zeitmangel und Stress gehören zum Berufsalltag, Überstunden sind die Regel. Diese Arbeitsbedingungen machen viele krank.⁴ Mit der Corona-Pandemie verschärft sich die Situation. Derzeit steigt die Zahl der Intensivpatienten sprunghaft an. Es wird damit gerechnet, dass neue Höchststände erreicht werden, bevor Bremseffekte des erneut verhängten Lockdowns greifen. Zwar gibt es noch eine größere Zahl frei gemeldeter Intensivbetten, doch es fehlt das Personal, die Intensivpatienten zu pflegen. Der Mangel an Personal auf Intensiv-, aber auch Normalstationen kommt keinesfalls überraschend, sondern hätte den Verantwortungsträgern im Gesundheitsbereich längst klar sein müssen. Nun sollen erneut die Pflegenden den Personalnotstand ausgleichen durch längere Schichten, Mehrarbeit und Arbeitsverdichtung. So hat das Land Niedersachsen bereits eine Allgemeinverfügung erlassen, die es ermöglicht, in Abweichung zum Arbeitszeitgesetz 12-Stunden-Schichten vorzusehen. Außerdem fordern die Deutsche Krankenhausgesellschaft und Fachgesellschaften, die Personaluntergrenzen auf bestimmten bettenführenden Stationen im Krankenhaus auszusetzen. Pflegepersonaluntergrenzen geben eine Mindestanzahl an Patientinnen und Patienten vor, die eine Pflegefachperson maximal versorgen darf, weil ansonsten die Patientensicherheit gefährdet sei. Nach derzeitigem Stand darf eine Pflegefachperson auf Intensivstationen tagsüber maximal 2,5 Patienten und während der Nachtschicht maximal 3,5 Patienten versorgen. Die seit 2019 geltenden Pflegepersonaluntergrenzen wurden aufgrund der COVID-19-Pandemie bereits im März 2020 erstmals ausgesetzt, gelten aber seit dem 1. August zumindest wieder in der Intensivmedizin und in der Geriatrie. Die Pandemie darf nicht gegen, sondern kann nur mit den Pflegenden bekämpft werden, ihre Gesundheit muss genauso geschützt werden wie die aller. Um Pflegefachpersonen aus anderen Abteilungen auf Intensivstationen einsetzen zu können, wurden während der ersten Corona-Welle planbare Operationen verschoben und den Krankenhäusern die dadurch entstehenden Erlösausfälle ausgeglichen. Dies ist auch jetzt wieder geboten.

Die Bundespflegekammer begrüßt grundsätzlich die Teststrategie der Bundesregierung und die prioritäre Bereitstellung von PoC-Antigen-Tests für Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Bei der Umsetzung gibt es jedoch noch Defizite. Die Tests durchführen sollen Pflegefachpersonen in den Einrichtungen, die von Ärzten geschult werden. Dies führt zu einem zeitlichen Mehraufwand in einem Umfeld ohnehin schon hoher Arbeitsverdichtung und geht auf Kosten der Kernaufgaben der Pflege. Gelingt es, zusätzliches Personal zu finden, so wird dies derzeit nicht refinanziert. Außerdem ist die flächendeckende Schulung des Personals durch Ärzte nicht ausreichend sichergestellt. Daneben bestehen auch Probleme bei der Refinanzierung der Tests, da die von den Kostenträgern finanzierten Pauschalen niedrig angesetzt sind und Lieferanten günstiger und geeigneter Materialien nur begrenzte Kapazitäten haben. So sind die Einrichtungen darauf angewiesen die teureren Produkte einzukaufen. Auch kommt es zu Verzögerungen bei der Auswertung und Mitteilung

⁴ Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2020): Pflege in Deutschland – 2012 bis 2018.

von PCR-Testergebnissen des Gesundheitspersonals, die tagtäglich mit besonders gefährdeten Personen umgehen. Auch bestehen in Pflegeeinrichtungen große Unterschiede bei der Umsetzung von Besuchsregelungen und der Einbindung von Schnelltests in entsprechende Besuchskonzepte. Diese Umstände zusammengenommen begrenzen derzeit die Umsetzung der Teststrategie.

Die Bundespflegekammer fordert:

- Planbare Operationen müssen - soweit medizinisch vertretbar - verschoben und Betten für Corona-infizierte Menschen freigehalten werden. Die Erlösausfälle sind den Krankenhäusern zu erstatten. Personaluntergrenzen müssen erhalten bleiben.
- Prioritäre Auswertung der PCR-Tests von Pflegenden innerhalb von 24 Stunden sowie die Abordnung von Pflegefachpersonen der Heimaufsichten und des MDK zur Umsetzung der Schnelltests in der Langzeitpflege. Die Kosten für den personellen Zusatzaufwand bei der Umsetzung der Tests in den Einrichtungen muss voll refinanziert werden.
- Bundesweit geltende Besuchsempfehlungen für Einrichtungen der Langzeitpflege, um einen möglichst weitgehenden Schutz von Pflegenden, Patienten und Angehörigen zu schaffen. Hier bietet die Bundespflegekammer ihre Unterstützung an.
- Die Pflegekammern müssen in die Krisenstäbe auf Bundes- und Landesebene einbezogen und die Gesundheitsämter durch Pflegefachpersonen verstärkt werden.

3. Personalausstattung verbessern

Von unseren Mitgliedern wissen wir, dass die Personalausstattung nicht der einzige, aber der wichtigste Baustein ist, um den Pflegeberuf auch für die Zukunft attraktiv zu machen. Sowohl in der Langzeitpflege als auch im Krankenhaus arbeiten Pflegenden zu großen Teilen in Unterbesetzung. Die Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patient*innen und Bewohner*innen können häufig aufgrund einer unzureichenden qualitativen und quantitativen Personalausstattung nicht erfüllt werden. Es fehlt in beiden Bereichen eine wissenschaftlich fundierte Grundlage für eine bedarfsgerechte Personalbemessung.

Im Krankenhausbereich wurden Pflegepersonaluntergrenzen für ausgewählte Versorgungsbereiche gesetzlich vorgeschrieben. Außerdem wurde durch die Schaffung des Pflegebudgets die Refinanzierung von Pflegepersonal in der direkten Versorgung auf bettenführenden Krankenhausstationen sichergestellt. In Ermangelung eines pflegewissenschaftlichen Personalbemessungsverfahrens wurde der Deutsche Pflegerat beauftragt, gemeinsam mit den Gewerkschaften und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Personalbemessungsverfahren als Übergangslösung vorzuschlagen. Dieses liegt seit Dezember 2019 vor (PPR 2.0). Es ermittelt den Pflegepersonalbedarf eines Krankenhauses für die unmittelbare Patientenversorgung auf allen bettenführenden Stationen. Die Erprobung hat geschätzt einen Mehrbedarf von 40.000 bis 80.000 Pflegefachpersonen ergeben. Das BMG hatte in der „Konzertierten Aktion Pflege“ die Prüfung des Instruments zugesagt. Weder das Ergebnis der Prüfung noch eine gesetzgeberische Umsetzung ist bislang nicht erfolgt. Letzteres gilt auch für den gesetzlichen Auftrag mittelfristig ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren entwickeln zu lassen.

Auch für die stationäre Langzeitpflege liegt seit dem 30. Juni 2020 ein von den Pflegekassen und Einrichtungsträgern in Auftrag gegebenes Personalbemessungsinstrument vor. Es kommt zu dem quantitativ überzeugenden Ergebnis, dass 120.000 Pflegefach- und Assistenzpersonen für eine fachlich angemessene Pflege fehlen. Die Wissenschaftler schlagen vor, das neue Instrument in mehreren Stufen einzuführen, beginnend mit einem sofortigen ersten Ausbau und einer begleitenden Erprobung in Modelleinrichtungen. Die

Bundesregierung hat dies aufgegriffen und ein Sofortprogramm für bis zu 20.000 Assistenzkräften auf den parlamentarischen Weg gebracht. Aber natürlich kommt es bei der Personalausstattung nicht nur auf die Quantität, sondern auch auf die Qualität der beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an. Hier sind die Ergebnisse des Personalbemessungsinstruments aus Sicht der Bundespflegekammer weniger überzeugend. Der Mehrbedarf soll zukünftig ganz überwiegend durch Pflegehilfs- und –assistenzpersonen gedeckt werden (+69%), aber nur zu einem geringen Teil durch Pflegefachpersonen (+3,5%). Neben der Notwendigkeit einer ausreichenden Zahl von Pflegefachpersonen muss dringend für die notwendige Qualifikation der Assistenzberufe gesorgt werden. Ebenso wichtig ist für zukunftsweisende Versorgungskonzepte den Einsatz von hochschulisch ausgebildetem Personal sowohl im fachlichen als auch organisatorischen Bereich mitzudenken ebenso wie der von Pflegefachpersonen mit einschlägiger Weiterbildung wie beispielsweise Gerontopsychiatrie und Palliativpflege. Diese Aspekte müssen bei der Einführung und Erprobung berücksichtigt und das Verhältnis von Fach- und Assistenzpersonal kritisch überprüft werden. Um zu verhindern, dass der erhöhte Personalbedarf in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu einem Ausbluten des ambulanten Bereichs führt, muss auch ein Personalaufwuchs in diesem Bereich berücksichtigt werden.

Die Bundespflegekammer fordert:

- umgehende Umsetzung der PPR 2.0 als Orientierungsrahmen und vorläufige Personalbemessungsgrundlage im Krankenhaus sowie die parallele Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsverfahrens.
- Schrittweise, flächendeckende und bundeseinheitliche Einführung des Personalbemessungsverfahrens in Pflegeheimen mit einem verbindlichen Zeitplan, wobei im Rahmen der Erprobung zukunftsweisende Versorgungskonzepte berücksichtigt und das Verhältnis von Fach- zu Assistenzkräften kritisch überprüft werden müssen.
- Bundeseinheitliche Ausgestaltung der landesrechtlichen Pflegehelferausbildung mit einer Dauer von zwei Jahren und eine Qualifizierungsoffensive zur Deckung des notwendigen Bedarfs.
- Neben den Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung, die den Wechsel von Teilzeit zu Vollzeit bzw. höherer wöchentlicher Arbeitszeit und die Rückgewinnung von Berufsaussteigern ermöglichen, müssen die Ausbildungszahlen erhöht und der Ausbau der Digitalisierung in der Pflege vorangetrieben werden.

4. Bessere Bezahlung

Eine Pflegefachperson in der Langzeitpflege verdient mit durchschnittlich 2.877 Euro knapp 13 Prozent weniger als der Durchschnittslohn und noch einmal rund 540 Euro weniger als in der Krankenpflege.⁵ Die großen Unterschiede in der Bezahlung von Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege und der Krankenpflege sind weder mit der Qualifikation, noch mit dem Grad an Verantwortung oder der Arbeitsbelastung zu rechtfertigen. Die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung trägt vielmehr der Tatsache Rechnung, dass sich die fachlichen Anforderungen in den Versorgungsbereichen immer mehr annähern, in Pflegeeinrichtungen vertiefte medizinisch-pflegerische Kenntnisse erforderlich sind und in den Krankenhäusern der Anteil pflegebedürftiger und demenziell erkrankter Patientinnen und Patienten stark ansteigt. Bei gleicher Ausbildung stößt die gravierende Schlechterstellung der Langzeitpflege auf keinerlei Akzeptanz mehr.

Die Bundespflegekammer fordert, dass die Gehälter in der Langzeitpflege schnell an die der Krankenpflege angeglichen werden. Dazu müssen Arbeitgeber und Gewerkschaften endlich

⁵ Carstensen, Jeanette; Seibert, Holger; Wiethölter, Doris (2020): Entgelte von Pflegefachkräften. Aktuelle Daten und Indikatoren, Nürnberg.

einen Branchentarifvertrag für die Langzeitpflege abschließen, der sich am Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst oder den Arbeitsvertragsrichtlinien der konfessionellen Krankenhausträger orientiert und vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales auf alle nicht an ihn gebundenen Arbeitgeber und Arbeitnehmer*innen erstreckt wird.

Aus Sicht der Bundespflegekammer müssen darüber hinaus die Gehälter für alle Pflegefachpersonen deutlich angehoben werden. Damit würde der Tatsache Rechnung getragen, dass die Verantwortung und die Risiken, die mit dem Pflegeberuf verbunden sind, weit über die anderer Berufe hinausgehen. Dies ist weiten Teilen der Bevölkerung durch die Corona-Krise deutlich geworden.

Pflegefachpersonen kommen in ihrer Arbeit täglich Menschen über große Zeitspannen sehr nahe, die zu den besonders gefährdeten Gruppen gehören. Ihre Tätigkeit hat unmittelbaren Einfluss auf die Gesundheit und das Leben von Patienten und alten Menschen sowie deren Familien und Partner, die oft in die Pflege eingebunden sind. Pflegefachpersonen tragen zudem ein deutlich höheres Risiko für die eigene Gesundheit, wie die überdurchschnittliche Infektionsrate von Gesundheitsberufen mit COVID-19 zeigt. Sie sind zudem in höherem Maß psychischen Belastungen ausgesetzt. Die Bundespflegekammer fordert deshalb ein Bruttoeinkommen von 4.000 Euro als Einstiegsgehalt für alle Pflegefachpersonen. Dies darf selbstverständlich keine Rechtfertigung dafür sein, auf notwendige Schutzvorkehrungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu verzichten.

Derzeit verhandelt die Gewerkschaft ver.di mit einem der Arbeitgeberverbände, BVAP, einen Tarifvertrag für die Langzeitpflege. Laut Medienberichten soll es eine vorläufige Einigung geben, die das Bundesarbeitsministerium auf die gesamte Branche in Deutschland ausdehnen könnte. Examierte Altenpflegekräfte sollen dem Vernehmen nach ab Januar 2023 wenigstens 18,50 Euro pro Stunde erhalten - 3137 Euro brutto im Monat bei 39 Stunden pro Woche. Zu einem Abschluss ist es bisher nicht gekommen.

Die Bundespflegekammer fordert:

- Schnelle Angleichung der Gehälter in der Langzeitpflege und der Rehabilitation an die der Krankenpflege als ersten Schritt
- Abschluss und Erstreckung eines Tarifvertrags in der Langzeitpflege, der sich am TVöD oder den AVR der konfessionellen Krankenhausträger orientiert
- Schrittweise Anhebung des Lohnniveaus für alle Pflegefachpersonen auf ein Einstiegsgehalt von 4.000 Euro brutto

5. Pflege kann mehr- zu guter Versorgung beitragen

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht gerade erst am Anfang neuer Herausforderungen, insbesondere im ländlichen Raum. Die Ursachen liegen in den demografischen Entwicklungen und werden durch die Pandemie beschleunigt. Die Verlagerung des Krankheitsgeschehens hin zu chronischen und Mehrfacherkrankungen und die Zunahme der Zahl älterer und hochbetagter Menschen führen dazu, dass die pflegerische und medizinische Versorgung viel stärker zusammengedacht werden müssen. Zudem muss professionelle Pflege breiter gedacht werden, da sie auch Prävention, Gesundheitsförderung und Beratung umfasst. Corona hat dies mit einem spezifischen Fokus auf Hygiene, Infektionsprävention und Pandemie-/Ausbruchsmanagement noch einmal deutlich gemacht. Die Hausärzte mussten sich in der Pandemie aufgrund der vielfältigen Herausforderungen stärker auf die Pflege verlassen und werden auch in Zukunft aufgrund der Nachwuchsproblematik die Versorgung insbesondere im ländlichen Raum nicht

flächendeckend sicherstellen können. Versorgungslücken können zu Unterversorgung, zudem aber auch zu Fehlern in der pflegerischen und medizinischen Versorgung, führen.

Diese Lücken können in allen Versorgungsbereichen speziell dafür qualifizierte Pflegefachpersonen schließen. In Einrichtungen der Langzeitpflege zum Beispiel könnte die medizinische Versorgung durch den Einsatz von besonders dafür spezialisierten Pflegefachpersonen und perspektivisch solche mit einem Masterabschluss („Advanced Nursing Practice“) verbessert werden. Diese können durch eine kontinuierliche Betreuung, Früherkennung und medizinisch-pflegerischer Versorgung akuter gesundheitlicher Risiken dazu beitragen, dass für Pflegebedürftige sehr belastende und teure Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Derartige Konzepte werden mit besten Erfahrungen bereits in vielen Ländern eingesetzt. Auch für die Sicherstellung der häuslichen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum gibt es gute Vorbilder: Modellprojekte wie das Projekt „HandinHand“ im Rheinland-Pfalz zeigen, wie die Versorgung funktionieren kann. Dort werden Hausbesuche auf speziell fort- bzw. akademisch ausgebildete Pflegeexperten übertragen: Sie unternehmen regelmäßige Hausbesuche, überwachen die Patienten klinisch und führen gezielte Beratungsgespräche. Kurzfristig umsetzbare Prozesse können die inhaltliche Ausgestaltung und Entscheidung über die Dauer häuslicher Pflege, die Verordnung von Hilfsmitteln und bestimmter Medizinprodukte sowie die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden sein.

Die Konzertierte Aktion Pflege hat sich im Rahmen des Strategieprozesses zum Ziel gesetzt, attraktive Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen zu entwickeln. Es bleibt abzuwarten, ob es in dieser Legislaturperiode zu konkreten gesetzgeberischen Umsetzungen kommt.

Die Bundespflegekammer fordert:

- Implementierung pflegegeführter Versorgungseinheiten („Lokale Gesundheitszentren“), eine Lösung die insbesondere für die Versorgung im ländlichen Raum bei einer alternden Hausarztstruktur vonnöten wäre.
- Flächendeckende Erprobung der Heilkundeübertragung auf Pflegefachpersonen. Die bisherigen Blockaden müssen aufgelöst und umgehend neue Rechtsgrundlagen geschaffen werden.
- Deutlicher Ausbau der Studienplätze für Pflege in der Erstausbildung und post-graduiert zur Spezialisierung.

6. Pflege gerecht finanzieren

Gute Arbeitsbedingungen und gute Pflege müssen in allen Sektoren gerecht finanziert werden. Mehr Personal und eine bessere Bezahlung kosten Geld. Nach der derzeitigen Finanzierungslogik der Pflegeversicherung müssen die Mehrkosten die Pflegebedürftigen und deren Angehörige tragen. Die durchschnittlichen Eigenanteile für pflegerische Leistungen im Pflegeheim lagen 2020 schon bei 786 Euro pro Monat. Nimmt man die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten dazu, mussten durchschnittlich 2.015 Euro pro Monat von den Pflegebedürftigen privat gezahlt werden.⁶ Eine Reform der Pflegefinanzierung ist zwingend notwendig. Die Eigenanteile dürfen nicht weiter steigen. Die Mehrkosten sind solidarisch über Beiträge und Steuermittel zu finanzieren.

⁶ vdek, Daten zum Gesundheitswesen: https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html, abgerufen am 8. Oktober 2020.

Insofern begrüßt die Bundespflegekammer den Vorschlag von Bundesgesundheitsminister Spahn, die Eigenanteile in der Pflege sollen in Summe und zeitlich befristet werden. Spahn schlägt eine Zuzahlung von höchstens 700 Euro im Monat vor, die längstens 36 Monate gezahlt werden sollen. Der Beitrag des Pflegebedürftigen wäre damit bei 25.200 Euro gedeckelt. Die Finanzierung soll aus Steuermitteln erfolgen. Allerdings wird die Deckelung bei 700 Euro allein für die pflegebedingten Aufwendungen viele nach wie vor überfordern, in den neuen Bundesländern wird sie weitgehend wirkungslos bleiben, da dort der Eigenanteil deutlich unter 700 EURO liegt. Auch fehlen Vorschläge zur Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlagen zur Steigerung der Mittel der SPV.

Die Finanzierung im Krankenhaussektor wiederum erfolgt durch eine medizinische diagnosebezogene Pauschalvergütung (DRG), wobei die Pflegekosten 2019 aus den DRG herausgenommen und ein ungedeckeltes Pflegebudget eingeführt wurde. Auch die jährlichen Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern zum Leistungs- und Mengengerüst orientieren sich vor allem an medizinischen Diagnosen. Es handelt sich dabei um ein ausschließlich ökonomisch getriggertes System, das sich an den in der Vergangenheit erbrachten Leistungen orientiert. Um eine bedarfsgerechte, professionelle pflegerische Versorgung der Gesellschaft sicherzustellen, müssen sich die Pflegeleistungen am tatsächlichen Pflegebedarf ausrichten. Als Bemessungsgrundlage der Finanzierung müssen der aktuelle, individuelle prospektiv abgeleitete Pflegebedarf und die Qualifizierung der Personen, die die Leistung erbringen, zugrunde gelegt werden. Dies kann durch einheitlich definierte und verbindliche Klassifikationssysteme wie bspw. anhand von Pflegediagnosen gelingen, mit denen eine leistungsgerechte Vergütung sowie der erforderliche Personalbedarf berechnet und abgebildet werden kann. Eine Weiterführung des DRG-Systems insbesondere für die Pflege im Bereich der Krankenhausfinanzierung lehnen wir ab. Wir gehen davon aus, dass es nicht möglich ist, prospektiv ausgerichtete Pflege-DRG zu entwickeln. Inakzeptabel ist, dass die Länder nach wie vor ihrer Verpflichtung nicht nachkommen, die Investitionskosten der Krankenhäuser, aber auch der Pflegeeinrichtungen zu finanzieren.

Die Bundespflegekammer fordert:

- Die Finanzierung in der Pflegeversicherung muss solidarisch erfolgen. Die Eigenanteile der Pflegebedürftigen müssen sozial gerecht gedeckelt und die Mehrkosten solidarisch über Beiträge und Steuermittel finanziert werden.
- Bis zur Einführung eines verbindlichen Klassifikationssystems muss die Finanzierung eines nach oben nicht begrenzten Pflegebudgets nachhaltig und legislaturperiodenübergreifend sichergestellt sein.
- Die Investitionsfinanzierung in Krankenhäusern und stationärer Pflege muss im Sinne der Vorhaltung von Seiten des Staates gesichert sein.