

## Anforderungen an Pflegepolitik und Pflegepraxis

Prof. Dr. Roland Schmidt, FH Erfurt

Fachlich anspruchsvolle Projektionen zur Zukunft der Pflege definieren einen Korridor, innerhalb dessen sich nach heutigem Wissen wahrscheinliche Entwicklung vollziehen wird. Ein solcher Korridor entsteht, wenn man zum einen Periodensterbetafeln (= niedrigerer Wert), zum anderen Kohortensterbetafeln (= höherer Wert) zu Grunde legt. Ein Beispiel unter mehreren: In der Studie „Zukunft der Pflege“<sup>1</sup> wird ein Anstieg der Pflegebedürftigen von rund 2,1 Mio. 2005 auf 3,0 bis 3,6 Mio. in 2030 und auf 4,1 bis 4,7 Mio. in 2050 prognostiziert. Bezieht man jedoch einen Rückgang altersspezifischer Pflegerisiken ein, kommt man selbst bei einem stärkeren Mortalitätsrückgang auf „nur“ 4,1 Mio. Pflegebedürftige im Jahr 2050.

Die Verminderung des Sterblichkeitsrisikos im Alter ab 60 Jahren ist nach 1980 durch den medizinischen Fortschritt bei der Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erreicht worden. Der Trend könnte andauern, wenn es gelänge, v.a. lebensverkürzende Effekte durch Übergewichtigkeit zu reduzieren. Nach Erkenntnissen des Max-Planck-Instituts für demographische Forschung sinkt das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden. Eine „Kompression der Morbidität“ mit mehr Lebensjahren ohne schädigungsbedingte Beeinträchtigungen deutet sich an. Im demographischen Wandel steigt zwar die Zahl der pflegebedürftigen Menschen, jedoch nicht zwingend proportional zur Alterung. Skeptischer hingegen äußert sich das Statistische Bundesamt in der 12. koordinierten Bevölkerungsfortschreibung. Hier geht man davon aus, dass sich die Sterblichkeit im hohen Alter nur mehr abgeschwächt reduziert (Grund: Ausschöpfung der „Sterblichkeitsreserve“ im Erwachsenenalter).

Pflege wird zukünftig seltener i.S. von „Haushaltsproduktion“ geleistet werden können: die Zahl der zeitlebens Kinderlosen steigt (v.a. bei höherem Bildungsgrad) und Familien bilden öfter multilokale Netze über Distanzen hinweg. Dies ist nur durch ein mehr an Dienstleistungsbezug in Pflege und Begleitung kompensierbar. Teilgruppen der Pflegebedürftigen werden nicht zuletzt auf Settings verstärkt angewiesen sein, die verlässliche, sich bedarfsbezogen verdichtende Dienstleistungen verbinden mit qualitativem Wohnen, das Selbstständigkeit unterstützt. Angesichts der reduzierten Verfügbarkeit von Pflege in der Familie wird häufig prognostiziert, dass der Trend zur Heimpflege dauerhaft anhält (von 33 % aller Pflegebedürftigen im Zeitraum 2005 auf 48 % in 2050), die Familienpflege abnimmt (von derzeit 48% der Fälle auf 23 % in 2050), die Professionalisierung der Pflege fortschreitet und sich die Zahl der Sachleistungsempfänger in der häuslichen Pflege auf dann 1,3 Mio. verdoppelt.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Schnabel, R. : Zukunft der Pflege. Universität Duisburg-Essen. 2. Mai 2007 (Ms.).

<sup>2</sup> Mehr Heimpflege und mehr Sachleistungsbezug bewirken steigende Beschäftigung in der Langzeitpflege. „Mit Heimsog“ handelt es sich rechnerisch um eine jährliche Steigerungsrate von 3,2 % zusätzlicher Pflegekräfte ab sofort, „ohne Heimsog“ um ein Plus in Höhe von 2,4 %. D.h. auch der Beitragssatz zur Pflegeversicherung müsste auf 4,4 % steigen. Unterstellt, diese Annahmen würde so eintreffen, bedeutet das weiterhin, dass die heutige Relation – von 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sind 2,1 Personen in der Langzeitpflege tätig – „ohne Heimsog“ auf rund 7 und „mit Heimsog“ auf 10 in der Pflege Tätigen steigen würde (Schnabel a.a.O.). Und dies, obgleich die Konkurrenz um Arbeitskräfte bei sinkendem Erwerbspotential steigen wird, dadurch Anreize für ein steigendes Lohnniveau gesetzt werden, was die Nachhaltigkeit der Finanzierung von Pflege tangiert, und vermehrte Ausbildungsanstrengungen erforderlich sind. Auch ein

Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit ist auf der *Systemebene* in Grenzen beeinflussbar. Das heißt, der Zeitpunkt des Eintritts von Pflegebedürftigkeit und der Grad der Beeinträchtigung können in Grenzen hinausgeschoben bzw. minimiert werden. Entscheidend sind in diesem Kontext die (sozial-) rechtlichen Entwicklungen im Gesundheitswesen, die das sich wandelnde Krankheitspanorama (Rückgang akuter und Anstieg chronischer Erkrankungen) adäquat berücksichtigen. Also: die Relation von Akut- und Chronikermedizin neu justieren. Stichwörter sind in diesem Kontext vor allem Gesundheitsförderung und Prävention, populationsbezogene Integrierte Versorgung<sup>3</sup>, strukturierte Behandlungsprogramme, medizinische Rehabilitation geriatrischer Patienten. Die hierfür erforderliche Implementierung system- und sektorenübergreifender Versorgungspfade „bricht“ sich unter gegebenen normativen Bedingungen aber an dem Umstand, dass seit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung als eigenständigem Sozialversicherungszweig kein materieller Anreiz für die Krankenkassen besteht, Pflegebedürftigkeit gezielt zu vermeiden, hinauszuzögern oder zu mindern. Aus Sozialversicherungsperspektive wurde das Finalprinzip verletzt. Das heißt, der finanzierende Leistungsträger profitiert nicht von den erzielten ökonomischen Effekten seines Engagements. Profitieren tut vielmehr das angrenzende System, dessen Leistungsausgaben somit weniger steil ansteigen. Die Schnittstellenproblematik beider Sozialversicherungssysteme (SGB V und SGB XI) steht somit unvermindert als Reformfordernis an.

Der Gesetzgeber hatte 2008 mit dem PflWG das Leistungserbringungsrecht des SGB XI flexibilisiert (Einzelverträge, Gesamtversorgungsvertrag, Pools von Leistungen). Dies ist gerade auch für die pflegerische Versorgung dünn besiedelter ländlicher Regionen und „sterbender Dörfer“ von Belang (z.B. Einzelverträge in Kombination mit einem Pool an Leistungen). Die Generierung neuer Versorgungsformen auf Dauer in der Pflege – und jenseits der Experimentierklausel nach § 8 Abs. 3 SGB XI – ist seitdem normativ ermöglicht geworden. Solche Impulse stoßen allerdings auf gravierende Implementierungshindernisse, die

- zum einen systemisch bedingt sind (so die Verletzung des Finalprinzips in der Sozialversicherung mit der Folge der Nichteinhaltung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“)<sup>4</sup> und
- zum anderen aus Konstruktionsfehlern des Gesundheitsfonds herrühren (so die Fokussierung auf den Morbi-RSA und nicht Krankheitsvermeidung).
- Negativ macht sich in der Langzeitpflege zudem bemerkbar, dass im SGB XI kein Wettbewerb zwischen den Pflegekassen existiert und die „Spitze der Pflegekosten“ nicht durch die Pflegekassen, sondern durch den Bürger bzw. den Ausfallbürgen „Sozialhilfe“) getragen wird. Das Interesse der Pflegekassen an einer Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und an ihrer Rationalisierung ist somit deutlich limitiert.

Der demographische Wandel mit seinen Auswirkungen auf Angebot und Nachfrage nach Pflegedienstleistungen trifft zudem auf eine Ausgangslage, die auch durch Entwicklungen beeinflusst wird, die die Gestalt der Pflegeberufe verändern. Im Zuge der Ausdifferenzierung von Aufgaben der Pflegeprofession intern und

---

Anwerben von Pflegekräften aus dem Ausland ist, trotz aller Ambivalenzen als Teilstrategie unvermeidbar.

<sup>3</sup> Hermann, C. u.a. (2006). Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontracting. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 60, H. 5/6, S. 11-29.

<sup>4</sup> Siehe das Gutachten Jahn, R. u.a. (o.J. / 2009). Weiterentwicklung des RSA zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Universität Duisburg-Essen (Ms.).

der Neuordnung der Verantwortung innerhalb der Gesundheitsberufe übergreifend, wie dies die Heilkundeübertragungs-Richtlinie des G-BA exemplarisch zeigt, werden sich die sprichwörtlichen „flachen Hierarchien“ in der Pflege so nicht dauerhaft aufrecht erhalten lassen. Der Trend zur Hierarchisierung und Spezifizierung resultiert einerseits aus professionsinternen Abstufungen innerhalb der Kompetenzprofile im Zuge der Akademisierung der Pflege und andererseits aus normativen Impulsen wie den Darlegungen des Bundessozialgerichts (BSG) zum Profil der „verantwortlichen Pflegefachkraft“ nach SGB XI.

Man kann es zugespitzt wie folgt formulieren<sup>5</sup>: Neben den (bekannten) quantitativen Fachkräftemangel im Zuge der oben skizzierten demographischen Entwicklung tritt ein qualitativer Fachkräftemangel. Letztere Dimension des Themas macht sich fest am Wettbewerb um besonders qualifizierte Mitarbeiter, die sich auf der Basis hochwertiger Ausbildung durch gezielte Add-ons zur Abrundung des Fachprofils Karriereoptionen eröffnet haben. In diesem Kontext ist allerdings zu konstatieren, dass sich solche Optionen vornehmlich in der Akutpflege bzw. im Gesundheitswesen verorten lassen, während sie sich in der Langzeitpflege bis dato nur vergleichsweise gering entfalten konnten (Wohnbereichsleitung, Pflegedienstleitung, evtl. Einrichtungsleitung). Ein Umstand, der durchaus mit Kleinteiligkeit von Betriebsgrößen, begrenztem Umsatz und fehlender Ausbildung eines systematischen Personalmanagements im Unternehmen korrespondiert, der die Langzeitpflege – im Unterschied zum Krankenhaus – in der Majorität kennzeichnet. Profitierte die Langzeitpflege zuletzt v.a. vom Krankenhaus, das ausbildete, aber selten einstellte, so deutet sich nunmehr an, dass dieser Pfad der Fachkräfterekrutierung an Bedeutung verliert.

Gleichwohl gilt: Ohne Überwindung der System- und Sektorengrenzen wird ein Mehr an Pflegebedürftigkeit aus Gründen systemischer Defizite quasi sekundär „produziert“. Dies wirkt sich auf Effizienz und Effektivität der Versorgung erkennbar negativ aus. Es handelt sich um eine Unterversorgung im SGB V, die zugleich zu einer Fehlversorgung im SGB XI führt. Das ist aus Gründen der Finanzierbarkeit gesundheitlicher Leistungen insgesamt und aus Gründen des nur limitiert zur Verfügung stehenden Personals und Fachpersonals nicht rational. Angesichts der Bevölkerungsentwicklung und angesichts der Finanzierungskalamitäten von SGB V und SGB XI lassen sich solche Konstruktionsfehler weder übersehen noch weiter legitimieren.

---

<sup>5</sup> Vgl. hierzu: Bettig, U., Frommelt, M. & Schmidt, R. (Hrsg.) (2011). Fachkräftemangel in der Pflege: Situation, Strategien, Lösungen. Heidelberg (i.E.).