

# Die Vergütungsfindung in der Pflege

von Isabell Halletz\*

Die Vergütung in der Pflege ist spätestens seit der Bundestagswahl im vergangenen Jahr ein dauerpräses Thema. In den Berichten wird oft polarisierend dargestellt, dass die Attraktivität des Berufsfeldes Pflege vor allem durch eine zu geringe Bezahlung der Pflegekräfte leidet. Jedoch gilt es zu beachten, dass die Pflegebranche von der Erbringung sozialer, überwiegend immaterieller Pflege- und Betreuungsdienstleistungen geprägt und damit keine klassisch wertschöpfende Branche ist. Sie unterscheidet sich dahingehend, als dass sie eine permanente Leistungsfähigkeit des Anbieters sowie die Einbindung der Pflegebedürftigen in die Erstellung der Leistung erfordert und die Preispolitik stark reglementiert ist.

## A. Keine klassische Preisgestaltung in der Pflege möglich

Wie Anja Grethler et al. (2014)<sup>1</sup> darstellen, sind die Preise für Pflege- und Betreuungsdienstleistungen nach SGB V und SGB XI reguliert, sobald die stationären und ambulanten Pflegeunternehmen diese mit den Kranken- und Pflegekassen oder dem Sozialhilfeträger abrechnen wollen. Stationäre Pflegeheimbetreiber und ambulante Pflegedienste haben somit kaum eine Möglichkeit, die Preise für ihre Dienstleistungen im Sinne einer klassischen Preispolitik (Angebot-Nachfrage-Steuerung) festzulegen. Sie sind an gesetzliche Regulierungen gebunden und abhängig von den Kostenträgern, Pflegekassen und Sozialhilfeträger. Sie können nur mittels angebotener Wahl- und Zusatzleistungen, für deren Inanspruchnahme die Pflegebedürftigen selbst zahlen, auf die Preisgestaltung einwirken, z.B. Angebote zum besonderen Komfort bei der Unterbringung oder zusätzliche Betreuungsleistungen. Allerdings müssen auch diese Wahl- und Zusatzleistungen vertraglich mit dem Pflegebedürftigen vereinbart und die Vertragspartner des Versorgungsvertrages, der die Pflegeunternehmen zur Erbringung pflegerischer Leistungen nach SGB V und/oder SGB XI berechtigt, informiert werden.

Am Beispiel einer stationären Pflegeeinrichtung soll exemplarisch die Preisgestaltung erläutert werden: Die Pflegesätze und die Kosten für die Unterkunft und Verpflegung werden prospektiv verhandelt. Die Verhandlungsparteien der Pflegesatzvereinbarung sind nach § 85 Abs. 2 SGB XI der jeweilige Träger des Pflegeheims oder mandatierte Vertreter der Trägerverbände sowie auf Seiten der Kostenträger

„1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften sowie

2. der für den Sitz des Pflegeheimes nach Landesrecht zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe [...]“.

Die Pflegesatzvereinbarung kommt dabei durch „Einigung zwischen dem Träger des Pflegeheimes und der Mehrheit der Kostenträger nach Absatz 2 Satz 1 zustande, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben“ (§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB XI).

In § 86 Abs. 2 SGB XI ist weiter gesetzlich vereinbart: „Für Pflegeheime, die in derselben kreisfreien Gemeinde oder in dem-

selben Landkreis liegen, kann die Pflegesatzkommission mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger für die gleichen Leistungen einheitliche Pflegesätze vereinbaren. Die beteiligten Pflegeheime sind befugt, ihre Leistungen unterhalb der nach Satz 1 vereinbarten Pflegesätze anzubieten.“

Die Pflegesätze setzen sich aus Personal- und Sachkosten zusammen, welche nach einem vorher mit den Rahmenvertragspartnern nach § 75 SGB XI vereinbarten Schlüssel bewertet werden, bspw. werden Personalkosten mit 80 % und Sachkosten mit 20 % an den Gesamtkosten einer Pflegeeinrichtung bewertet. Die Pflegesätze werden auf Basis prospektiv geplanter Personal- und Sachkosten bei einer zugrunde gelegten, durchschnittlichen Auslastung von 96-98 % (je nach Bundesland unterschiedlich und unabhängig von der tatsächlichen Belegung) ermittelt. In der Regel wird kein Unternehmerrisiko ausgewiesen, da dieses von den Kostenträgern bisher sofort gestrichen wurde. Erscheinen die Kalkulation der Pflegeeinrichtung und die beantragte Erhöhung des Pflegesatzes plausibel und führt die Gesamtkalkulation dazu, dass die Einrichtung im unteren Drittel von vergleichbaren Einrichtungen liegt (externer Vergleich), werden keine weiteren Nachweise für eine neue Pflegesatzvereinbarung durch die Kostenträger eingefordert. Liegt die Kalkulation über dem unteren Drittel des externen Vergleichs, wird die wirtschaftliche Angemessenheit von den Kostenträgern überprüft und die höheren Kosten müssen begründet werden, z.B. Tarifbindung der Pflegeeinrichtung, höhere Personalschlüssel, besondere Leistungsangebote, Lage, Größe und Bauart der Einrichtungen. Im Einzelfall sind dazu weitere Kostennachweise erforderlich. Liegt die prospektive Kostenkalkulation im oberen Drittel, verlangen die Kostenträger teilweise zusätzliche Kostennachweise, die die kalkulierten Werte begründen. Spätestens seit dem BSG Urteil vom 16.5.2013 (Az. B 3 P 2/12 R) gelten auch Tariflöhne als wirtschaftlich angemessen, müssen aber nachgewiesen werden. Wird der Pflegesatz so einmal verhandelt und abgeschlossen, sind die Personalschlüssel und die Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI einzuhalten. Dieses wird von der Heimaufsicht und dem MDK überprüft. Weitere Nachweise oder Überprüfung der kalkulierten Kosten finden nicht statt.

Erreicht der Betreiber die kalkulierte oder gar eine höhere Auslastung und wirtschaftet er besser als prospektiv kalkuliert, darf er den Überschuss als Unternehmerrisiko / Unternehmerrisiko vereinnahmen. Ebenso verbleibt der Verlust bei schlechtem Wirtschaften oder eine Unterauslastung bei ihm, wie sie z. B. in der Anlaufphase einer neuen Einrichtung immer gegeben ist. Laut dem im Dezember 2017 verabschiedeten Pflegestärkungsgesetz III („Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze“) müssen nun jedoch die kalkulierten und vereinbarten Personalkosten eins zu eins nachgewiesen werden und es können Abrechnungsprüfungen

\* Isabell Halletz, Geschäftsführerin Arbeitgeberverband Pflege e.V., Berlin  
1 Grethler/Schmitt (2014), Betriebswirtschaftslehre für Kaufleute im Gesundheitswesen

stattfinden<sup>2</sup>. Der Spielraum unternehmerischen Handelns und die damit einhergehende Gestaltung von Preisen und Löhnen wird weiter reglementiert und eingeschränkt. Die gesetzlich und vertraglich vorgegebenen Kostenpositionen für das vorzuhaltende Personal einer Pflegeeinrichtung oder eines ambulanten Pflegedienstes und vor allem deren Refinanzierung richten sich demzufolge nicht nur nach den Regelungen des Mindestlohns oder nach tariflichen Vereinbarungen, wie Steffen Roth et al. in GuP 6/2017<sup>3</sup> bereits ausführlich darstellten, sondern auch nach den Ergebnissen der Pflegesatzvereinbarung und nach dem Angebot von Pflegehilfs- und Fachkräften.

## B. Die Fachkraftquote verschärft die Personalsituation in der Altenpflege

In allen Bundesländern, speziell auch in ländlichen Regionen, wird es immer schwieriger, Pflegefachkräfte zu rekrutieren. Fachkräfte sind jedoch essentiell, um die gestiegenen Bedarfe der Pflegebedürftigen, als auch die gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich einer angemessenen pflegerischen Versorgung erfüllen und sicherstellen zu können. Wie die Bundesagentur für Arbeit in ihrer Arbeitsmarktberichterstattung<sup>4</sup> vom September 2016 darstellt, zeigt sich der Fachkräftemangel für examinierte Fachkräfte ausnahmslos in allen Bundesländern. In keinem Bundesland stehen ausreichend arbeitslose Bewerber zur Besetzung der gemeldeten Stellen zur Verfügung. Im Bundesdurchschnitt sind die gemeldeten Stellenangebote für examinierte Fachkräfte 171 Tage vakant.<sup>5</sup>

Ist eine 50 %-ige Fachkraftquote in der stationären Altenpflege unter diesen Bedingungen noch sinnvoll und vertretbar? Flexibilität ist gefordert! Personalschlüssel sagen nichts über die Qualität der Pflege und die Zufriedenheit der Bewohner in den Pflegeeinrichtungen aus. Sie belasten vor allem kleine und mittelständische Einrichtungen und gefährden somit die wohnortnahe Versorgung. Wird der Personalschlüssel in den Einrichtungen nicht erfüllt, drohen Belegungsstopp und andere Sanktionen.

Es haben sich viele verschiedene Professionen in der Pflege etabliert, die der Entlastung der Altenpflege-Fachkräfte dienen und eine hohe Qualität der Pflege ermöglichen. Hierzu zählen ausgebildete

- Heilerziehungspfleger/in,
- Logopädin/en,
- Ergotherapeut/in,
- Physiotherapeut/in,
- Masseuse/r und medizinische/r Bademeister/in,

sowie die Helfer- und Assistenzberufe

- Fachkraft zur Pflegeassistenz,
- Altenpflegehelfer/in,
- Sozialassistent/in,
- Heilerziehungspflegehelfer/in.

Allerdings werden diese Berufe nicht in die Fachkraftquote und somit nicht in die Berechnung der Personalschlüssel einbezogen. Die Personalschlüssel werden in Rahmenvereinbarungen auf Länderebene vereinbart. Bundeseinheitliche Personalvorgaben gibt es nicht, was aus unserer Sicht aufgrund des teils sehr unterschiedlichen Bewohnerklientels, der Lage der Pflegeeinrichtung und vielen

weiteren Faktoren auch schwer umsetzbar ist. Vielmehr sollten die Personalschlüssel in den landesspezifischen Heimrechten flexibler gestaltet werden, denn reine Zahlenwerte für die Personalausstattung sagen noch nichts über die Qualität der Pflege und die Zufriedenheit der Bewohner in den Pflegeeinrichtungen aus und die Frage stellt sich, wie lange die Pflegebranche sich in das Korsett einer starren Fachkraftdefinition zwingen lässt, wenngleich die Anzahl Pflegebedürftiger weiter steigt, die Fachkräfteentwicklung jedoch nicht in der benötigten Menge zur Leistungserfüllung zur Verfügung steht?

Einige Bundesländer wie Brandenburg und Hamburg ermöglichen bereits Pflegeunternehmen, von der 50 %-igen Fachkraftquote abzuweichen, was eine deutliche Unterstützung für die Arbeitgeber bei der Personalplanung ist, z.B. um kurzfristig Krankheitswellen in der Belegschaft mittels eines Personalmixes aufzufangen ohne die qualitätsgesicherte Versorgung der Pflegebedürftigen zu gefährden. Die Erweiterung des Fachkraftbegriffes und damit die Anerkennung weiterer in der Altenpflege tätigen Professionen kann dabei helfen, den Fachkräftemangel abzuschwächen.

Der Fachkräftemangel zeichnet sich besonders dramatisch in den ländlichen Regionen ab. Die pflegerische Versorgung ist dort stark gefährdet. Dies führt zur erhöhten Belastung der verbleibenden Fachkräfte und zu steigender Belastung bei den Hilfskräften. Um dem entgegenzuwirken, gibt es mittlerweile verschiedene Projekte in den einzelnen Bundesländern. Eines davon – das Projekt „Weitblick Pflege“<sup>6</sup> – hat die VITA Akademie GmbH im Rahmen der Richtlinie „Soziale Innovation“ am 1.9.2016 ins Leben gerufen, welches der Arbeitgeberverband Pflege als Schirmherr begleitet. Das Projekt „Weitblick Pflege“ hat u.a. zum Ziel, eine geeignete Qualifikation für Hilfskräfte zu entwickeln, damit diese zukünftig Aufgaben der Fachpflege übernehmen und die Fachkräfte entlasten können. Hier geht es vor allem darum, dass Pflegeeinrichtungen wieder handlungsfähig werden und selbstwirksam die Qualität ihrer Pflege steuern können. Ein bundesweit anerkanntes Verfahren zur Teilqualifizierung existiert noch nicht. Hier ist der Gesetzgeber mit entsprechenden Fördermöglichkeiten gefragt, um das Fachkräftepotenzial von aktuell 310.539<sup>7</sup> Altenpfleger/innen und Altenpflegehelfer/innen zu nutzen. Wichtig sind finanzielle Unterstützung von Teil- und Weiterqualifizierungen von Hilfs- und Assistenzkräften in der Altenpflege durch den Gesetzgeber, bspw. im Förderbereich „Lebenslanges Lernen“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung mit dem Ziel der Etablierung eines regelhaften Weiterbildungsweges, um die Karriere-möglichkeiten in der Profession Pflege zu stärken und dadurch neue Beschäftigungsperspektiven und ein ganzheitliches Zusammenwirken aller in der Pflegebranche tätigen Berufe zu ermöglichen.

2 Vgl. § 85 Absatz Satz 4 SGB XI in der Fassung ab 1.1.2017: „Dabei sind insbesondere die in der Pflegesatzvereinbarung geltend gemachten voraussichtlichen Personalkosten einschließlich entsprechender Erhöhungen im Vergleich zum bisherigen Pflegesatzzeitraum nachzuweisen.“

3 Hages/Rehm/Steffen (2017), Die Kommissionslösung zur Festsetzung von Mindestarbeitsbedingungen und Lohnuntergrenzen in der Pflegebranche, S. 227 ff.

4 Bundesagentur für Arbeit (2016), Arbeitsmarkt Altenpflege – Aktuelle Entwicklung, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Ausgabe September 2016.

5 Bundesagentur für Arbeit (2017), Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Fachkräfteengpassanalyse, Ausgabe Dezember 2017.

6 Weiterführende Informationen unter <https://vita-akademie.de/weitblick-pflege/>.

7 Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaefigtge.html>.

### C. Pflegeunternehmen sind nicht frei in der Lohngestaltung

Wie bereits dargestellt, sind die Arbeitgeber in der Pflege nicht komplett frei in der Lohngestaltung. Neben den lohnpolitischen und arbeitsmarktwettbewerblichen Regelungen richten sich die Lohnkosten zu einem Teil auch danach, was die Leistungsempfänger, nämlich die Pflegebedürftigen, zahlen können. In dem Zusammenhang ist es wichtig darzustellen, dass die Pflegeversicherung nur einen Teil der anfallenden Kosten im Falle einer Pflegebedürftigkeit übernimmt. Die Pflegeversicherung ist keine Vollkaskoversicherung. Das Budget der Pflegekassen wird durch die Versicherungsbeiträge gesetzlich Versicherter und privat Versicherter, als auch Arbeitgeber gespeist. Die Versicherungsbeiträge dienen dazu, das Risiko einer Pflegebedürftigkeit abzusichern. Je nach Pflegegrad übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten für Pflegeleistungen, welche sich aus den Ansprüchen nach SGB XI und SGB V ergeben. Allerdings sind dafür Höchstsätze vereinbart, die nicht zwingend die tatsächlich anfallenden Kosten decken. Die Differenz zwischen den in Anspruch genommenen Leistungen ambulanter Pflegedienste oder in der stationären Pflege und den von der Pflegeversicherung übernommenen Kosten ist vom Pflegebedürftigen zu tragen. Kann die/der Pflegebedürftige den Eigenanteil nicht aus eigenen Mitteln bestreiten, sind ggf. die Angehörigen in der Zahlungspflicht oder es kann „Hilfe zur Pflege“ als bedarfsorientierte Sozialleistung beim Sozialhilfeträger beantragt werden.

Die über das Pflegestärkungsgesetz III hinzugekommene Nachweispflicht für Personalkosten hat einige Träger dazu bewogen, die Löhne für Pflegekräfte anzuheben, da diese folglich von den Kostenträgern bis zur Höhe tariflich vereinbarter Löhne als wirtschaftlich anzuerkennen und damit auch zu refinanzieren sind. Dies hat jedoch auch massive Auswirkungen auf die Kosten der Pflegeplätze. Die Pflegeplätze werden durch die Anhebung der Personalkosten teurer. Demzufolge steigt jedoch auch der Eigenanteil für Pflegebedürftige oder deren Angehörige, ebenso für den Sozialhilfeträger, wenn Leistungen zur Hilfe zur Pflege in Anspruch genommen werden. Die Forderung nach höheren Löhnen durch die Arbeitnehmer in der Pflege hat direkte Auswirkungen auf die Bezahlbarkeit eines Pflegeplatzes oder ambulanter Pflegeleistungen. Durch die Preisnominierung in den Pflegesatzverhandlungen, endliche Budgets der Pflege- und Krankenkassen, gesetzlichen Vorgaben für die Personalvorhaltung und das steigende Defizit von Fachkräftebedarf und am Markt verfügbarem Personal wird der Gesetzgeber nicht drum herumkommen, das System der Pflegeversicherung und der Preisfindung im Markt dem steigenden Bedarf an Pflegeleistungen anzupassen, z.B. über die Erhöhung der Pflegeversicherungsbeiträge oder sogar komplett neu zu gestalten.

### D. Strenge Regulierungen unterdrücken wirtschaftliches Handeln und belasten die Kassen

Eine Möglichkeit wäre, den Wettbewerb in der Pflege als Garant für sparsames Wirtschaften und Kostenstabilität zu stärken. Dazu gehört, den Pflegeunternehmen ein Unternehmerrisiko und Gewinne zuzugestehen. Bereits im PSG III wurde festgesetzt, dass jeder Betreiber ein Anrecht auf die Anerkennung eines Unternehmerrisikos in der Kalkulation hat. Doch eine Definition, was denn

als „angemessen“ angesehen wird, bleibt aus und ist letztendlich abhängig vom Wohlwollen der Kostenträger oder wird wohl in mühsamen Verhandlungen in der Schiedsstelle zu klären sein.

Seit Einführung der Pflegeversicherung und der damit verbundenen Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips sind erhebliche Investitionen zum Aufbau von dringend notwendigen Kapazitäten zur Versorgung der Pflegebedürftigen sowohl im stationären als auch ambulanten Pflegebereich getätigt worden, gerade von privaten Trägern. Nachweislich ist der Anteil der Investitionen der Privatwirtschaft seit Einführung der Pflegeversicherung deutlich höher als der der kirchlichen und freigemeinnützigen Träger. Allein von 1999-2013 wurden 46 Mrd. € für neue und Bestandseinrichtungen im stationären Bereich investiert<sup>8</sup>. Bereits heute beträgt der aktuelle Marktanteil der Privatwirtschaft bei den ambulanten Trägern 63,9 % und bei den stationären Trägern 41,1 %. Qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Pflege ohne private Träger ist, auch in Hinblick auf die demografische Entwicklung, schlicht unmöglich.

Seit mehr als 10 Jahren versuchen viele Pflegeunternehmen, teilweise sogar mit Aufdeckung und Nachweis aller Kosten, mit den Kostenträgern ein sogenanntes Unternehmerrisiko, eine Kapitalverzinsung oder einen Gewinnaufschlag zu vereinbaren. Es gibt zwar vereinzelte Schiedsstellensprüche aus Baden-Württemberg und Niedersachsen, die 1,5 bis 2,5 % Unternehmerlohn bei angemessenen Pflegesatzforderungen empfehlen. Doch wer kann besser entscheiden, was für die aktuelle wirtschaftliche Situation, die zukünftigen Entwicklungs- und Investitionsbedarfe als angemessener Gewinn zu veranschlagen sei? Wohl nur der einzelne Unternehmer selbst.

Gewinne sind für Pflegeunternehmen eine wichtige betriebswirtschaftliche Größe, um Investitionsanforderungen umsetzen zu können, die durch gesetzliche Änderungen oder für die Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit notwendig sind. Laut dem BARMER Pflegereport 2015 sind aktuell 30 % der Heime kurzfristig sanierungsbedürftig. 2040 werden doppelt so viele stationäre Plätze benötigt wie 2009. Doch woher sollen die Finanzmittel für die dringend benötigten Pflegeplätze zukünftig kommen? Welcher Unternehmer geht künftig die Risiken zum Betrieb einer Pflegeeinrichtung bei einem immer enger werdenden Korsett gesetzlicher Regelungen und immer mehr schwindenden wirtschaftlichen Spielräumen ein?

Bei einer Aussicht auf geringem Unternehmerrisikoaufschlag wird kaum noch jemand in Pflegeimmobilien investieren. Die hohen Anlaufverluste bei einer Neueröffnung und die Risiken der Minderauslastung sind nicht ausreichend abgedeckt (Kalkulationsbasis vs. tatsächliche Belegung). Kein Immobilieninvestor wird eine Seniorenimmobilie errichten und das Risiko eingehen, an einen Betreiber für 20 Jahre zu verpachten. Die Pachtzahlungen können schon bei geringer Unterauslastung der Pflegeplätze nicht mehr verdient werden.

Was macht die Definition und Vereinbarkeit von Risiko und Wagnis so schwer?

- a) Heterogene Trägerlandschaft in der Pflege und eine damit einhergehende unterschiedliche Unternehmensrechtsgrundlage und Besteuerung (z.B. deutliche Steuervorteile und Vorteile

<sup>8</sup> Vgl. Pflegeheim Rating Report, 2015.

beim Personaleinsatz für kirchliche und frei-gemeinnützige Träger)

- b) 16 verschiedene Länderregelungen in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI
- c) Unterschiedliche kalkulatorische Ansätze der Vergütung für Personal- und Sachkosten (bspw. Ø-Auslastung in der Belegung)
- d) Vereinbarkeit eines Risiko- und/oder Gewinnzuschlages zwischen Pflegekassen und Sozialhilfeträger
- e) Bezahlbarkeit der ambulanten Pflegeleistung und des stationären Pflegeplatzes für Pflegebedürftige und Kostenträger
- f) Einschätzung allgemeiner Unternehmerrisiken, die nicht direkt beeinflussbar sind (z.B. Zinspolitik, Mietpreisentwicklung, Gesetzesänderungen)

Es lohnt, auch über die Sektorgrenze Altenpflege hinauszuschauen, wenn es darum geht, ein angemessenes Unternehmerrisiko zu definieren. Im Akutbereich wird das Unternehmerrisiko zwischen 7–9 % vor Steuern angesetzt. Im Bereich der Rehabilitation gab es am 14. Juli 2016 ein Schiedsstellenurteil<sup>9</sup> in Nordrhein-Westfalen, in dem u.a. angeführt wurde, dass eine angemessene Vergütung der Leistung bedeutet, dass das Selbstkostendeckungsprinzip nicht zur Anwendung kommt.

Jedwedes wirtschaftliche Handeln wird in der Pflegebranche unterdrückt. Wie sollen die dringend benötigten Plätze für die Zukunft geschaffen werden? Welcher Unternehmer geht noch unternehmerische Risiken zum Betrieb sozialer Einrichtungen ein? Auf dieser Basis investiert kein Unternehmen in den sozialen Markt! Der Arbeitgeberverband Pflege setzt sich daher dafür ein, dass den Pflegeunternehmen die Freiheit zugesprochen wird, über ihre Gewinne und Verluste selbst entscheiden zu können.

### E. Eingeschränkte Wahlfreiheit für Pflegebedürftige, da ungleiche Finanzierung der Leistungen abhängig vom Ort der Erbringung

Eine weitere Möglichkeit der Reformation wäre, die Benachteiligung stationärer Pflegeeinrichtungen im Vergleich zum ambulanten Pflegemarkt durch den in § 3 SGB XI geregelte Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu beseitigen.

In der zurückliegenden Legislatur hat die Politik den ambulanten Markt sehr stark gefördert. Der oft hochkomplexe und gesetzlich umfassender geregelte stationäre Pflegebereich (z.B. Personalvorgaben, Qualitätsanforderungen, regelmäßige Überprüfung durch MDK und Heimaufsicht) wird vom Gesetzgeber vernachlässigt. Trotz der drei verabschiedeten Pflegestärkungsgesetze hat der stationäre Bereich kaum finanzielle Förderung erfahren.

Der in § 3 SGB XI geregelte Grundsatz „ambulant vor stationär“ führt zu einer deutlichen Benachteiligung in der stationären Pflege und zur Steuerung der Pflegeversorgung in den ambulanten und häuslichen Bereich. Im ambulanten Pflegebereich werden deutlich mehr Leistungen refinanziert, welche im stationären Bereich in den vereinbarten Pflegesätzen bereits inkludiert sind. Die Refinanzierungslücke für die gleichen Leistungen ist enorm. Die Gesamtbelastung der Pflege- und Krankenkassen ist im ambulanten Bereich deutlich höher, als bei der Versorgung im stationären Bereich.

Vor allem für Pflegebedürftige mit einem hohen oder besonders hohen Pflegebedarf in stationären Pflegeeinrichtungen, die Behandlungspflegeleistungen<sup>10</sup> nach § 37 SGB V benötigen, ist die Wahlfreiheit des Ortes, an dem sie versorgt werden möchten, deutlich eingeschränkt. Werden die verordneten, behandlungspflegerischen Leistungen im ambulanten und häuslichen Pflegebereich komplett von den Krankenkassen refinanziert und müssen nicht durch hohe Zuzahlungen der Pflegebedürftigen getragen werden, so sind die gleichen Leistungen in der stationären Pflege nicht gesondert abrechenbar, sondern mit dem Pflegesatz abgegolten<sup>11</sup>. Diese unterschiedliche Regelung der Refinanzierung führt dazu, dass stationäre Pflegeeinrichtungen deutlich weniger von den Pflegekassen für die gleichen, hochkomplexen Pflegeleistungen vergütet bekommen und dazu mehr gesetzlichen Reglementierungen unterworfen sind, als es oft im ambulanten und häuslichen Bereich der Fall ist.

Gleiche Finanzierungsgrundlagen für die Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen würde zu einer spürbaren finanziellen Entlastung für die Pflegebedürftigen und den Sozialhilfeträger führen, da der Eigenanteil für Pflegebedürftige im stationären Bereich gesenkt werden könnte. Alle Pflegebedürftigen einer stationären Pflegeeinrichtung zahlen Pflegeentgelte. Sie zahlen dadurch automatisch einen Anteil für behandlungspflegerische Leistungen, unabhängig davon, ob sie die behandlungspflegerischen Leistungen in Anspruch nehmen. Für die Krankenkassen würde die Herstellung der gleichen Finanzierung für die Behandlungspflege unabhängig vom Ort der Erbringung zwar eine Mehrbelastung bedeuten. Rothgang<sup>12</sup> hatte dazu 2013 berechnet, dass es sich um ein Leistungsvolumen von 1,1–2,3 Mrd. Euro handelt. Die Mehrbelastung könne jedoch bspw. über höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erfolgen.

Der Arbeitgeberverband Pflege e.V. fordert ein klares Bekenntnis zum stationären Sektor und die Einführung einer gleichen Refinanzierung, um

- den Pflegebedürftigen die Wahlfreiheit des Versorgungsortes unabhängig von der Finanzierung der Pflegeleistungen zu ermöglichen. Es kann nicht sein, dass Pflegebedürftige im stationären Bereich finanziell benachteiligt werden und der Gesetzgeber diese Ungleichheit weiter fördert.
- die Wirtschaftlichkeit der Pflegeleistungen zu gewährleisten und damit auch die finanzielle Belastung für Pflegebedürftige, Angehörige und Sozialhilfeträger zu minimieren.
- die Finanzierbarkeit der Kranken- und Pflegekassenleistungen über Sozialbeiträge zukunftsfähig sicherzustellen und
- einen gesunden Wettbewerb und damit auch Weiterentwicklung, Investitionen und Innovationen der Anbieter zu fördern.

9 Vgl. Schiedsstelle für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Land Nordrhein-Westfalen nach § 111b SGB V, Verf.-Nr. 01/2015.

10 Definition Behandlungspflegeleistungen: Die medizinische Behandlungspflege umfasst alle Tätigkeiten, die auf ärztliche Verordnung von Pflegekräften aus der Gesundheits- und Altenpflege durchgeführt werden. Darunter fallen Tätigkeiten wie die Wundversorgung, der Verbandswechsel, die Medikamentengabe, die Dekubitusbehandlung oder die Blutdruck- und Blutzuckermessung. Die Leistungen sind in § 37 SGB V geregelt.

11 Vgl. § 43 Abs. 2 SGB XI.

12 Rothgang/Müller (2013), Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege in die Krankenversicherung, S. 32.

## F. Herausforderungen für die Zukunft

Der Gesetzgeber, (potenzielle) Leistungsempfänger, Pflegekräfte und auch die Arbeitgeber in der Pflege stehen vor vielen Herausforderungen:

- ▣ Wie kann die Pflegeversicherung zukunftsfähig gestaltet werden?
- ▣ Was können Leistungsempfänger und/oder deren Angehörige aus finanziellen Eigenmitteln für Pflegedienstleistungen zukünftig zahlen und wie werden sich die Zahlungsmöglichkeiten, aber auch die Bereitschaft und das Bewusstsein verändern (müssen), um zukünftig hochwertige Pflegeleistungen durch qualifizierte Pflegekräfte am Ort der Wahl in Anspruch nehmen zu können?
- ▣ Wie werden die Pflegelandschaft und die Angebote zur Pflege weiterentwickelt, um den immer weiter steigenden Pflegebedarfen und individuellen Wünschen der Pflegebedürftigen hinsichtlich der Wahlfreiheit des Ortes der Leistungserbringung gerecht zu werden?
- ▣ Wie können die Arbeitgeber im freien Unternehmertum gestärkt werden, und wie muss sich das System der Preisfindung in der Altenpflege verändern, um mehr Wettbewerb und marktpolitischen Gestaltungsraum bei der Vergütung pflegerischer Leistungen und bei der Lohngestaltung für Pflegepersonal der Pflegeunternehmen zuzulassen?
- ▣ Wie können die Arbeitsbedingungen in der Pflege weiter verbessert und das Berufsfeld gestärkt werden, um die benötigten Fachkräfte auch weiterhin zu gewinnen und diese langfristig im Beruf beschäftigen zu können?

Nur im Zusammenspiel aller Beteiligten, durch Aufklärung und Information über das komplexe System der Leistungserbringung und des Leistungsempfangs in der Pflege, durch eine Reformierung der Pflegeversicherung, Abbau bürokratischer Hürden und mehr Freiheiten im wirtschaftlichen Handeln und der Lohnfindung können eine starke, zukunftsfähige und bezahlbare Pflegelandschaft mit attraktiven Arbeits- und Unternehmensbedingungen geschaffen werden.