

Vortrag von OLKR Joachim Lies beim parlamentarischen Abend in der Landesvertretung Hessen in Berlin am 11. 12. 2001:

Pflege in der Krise

Die wirtschaftliche Situation der ambulanten pflegerischen Dienste in der Evangelischen Kirche von Kurhessen-Waldeck

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete des Deutschen Bundestages,

wir sind dankbar, Ihnen heute die Wirkungen und Probleme des Pflegeversicherungsgesetzes in der alltäglichen Praxis ambulanter Pflegedienste exemplarisch darstellen zu dürfen. Die in diesem Situationsbericht verwendeten Beispiele und Zahlen sind sorgfältig von uns recherchiert und belegbar.

Wenden wir unseren Blick zunächst der in unserer Gesellschaft vorfindlichen Situation und der erwarteten weiteren Entwicklung zu.

Derzeit erhalten rund 2 Millionen Menschen Leistungen aus der Pflegeversicherung. Darüber hinaus benötigen weitere 2 Millionen Menschen Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Im Jahr 2003 wird jeder dritte Bundesbürger älter als 60 Jahre sein.

Die Kostendämpfungsmaßnahmen im Krankenhausbereich haben dazu geführt, dass die mittlere Verweildauer im Krankenhaus in den letzten 10 Jahren von 15,23 auf 9,3 Tage gesunken ist. Letzteres bedeutet eine erhebliche Verlagerung pflegerischer Leistungen aus dem stationären Krankenhausbereich in den ambulanten und stationären pflegerischen Bereich.

Aufgrund dieser Feststellungen zeichnen sich bestimmte weitere Folgen ab.

1. Durch die demographische Entwicklung wird es eine merkliche Zunahme an pflegebedürftigen Menschen geben.
2. Eine deutlich erkennbare hauswirtschaftliche Unterversorgung führt bereits heute bei einer Vielzahl von Menschen zu einem (an sich vermeidbaren) früheren Eintritt der Pflegebedürftigkeit.
3. Die pauschalierten Beträge der Pflegeversicherung, die bereits derzeit schon für eine sachgerechte Versorgung nicht ausreichen, werden diese künftig noch weniger sicherstellen können.

Ist die Pflegeversicherung in ihrer heutigen Form ein geeignetes Instrument, diesen Entwicklungen angemessen Rechnung zu tragen?

Da war zunächst das „magische Quadrat der Pflege“, wie ich es nenne, als Wunschbild:

Regierung und Parlament wollten das in der Vergangenheit nicht abgesicherte Risiko der Pflege durch eine Teilkaskoversicherung in Form einer vierten Säule unseres Sozialversicherungssystems mindern und die Belastung der Sozialhilfe senken.

Die Leistungserbringer (u.a. Diakoniestationen) sollten ihre Angebote optimieren. Die Kostenträger (Sozialversicherungen) sollten die Mittel der neuen Versicherung zum Wohle der Hilfsbedürftigen einsetzen. Der Patient sollte eine sachgemäße, seinem Bedarf entsprechende, fachlich gute Versorgung erhalten. Vorfahrt für gute Pflege. Doch wie sieht die Wirklichkeit aus?

Das Parlament hat auf Vorlage der Regierung ein Gesetz beschlossen mit vielen Regeln für Kostenträger und Leistungserbringer und einer Reihe von Folgegesetzen. Aufgrund dieser Gesetze wurden viele Verordnungen und Richtlinien erlassen sowie Rahmenverträge geschlossen. Die Sozialversicherung wurde auf den vorrangigen, höchsten Grundsatz der Beitragssatzstabilität verpflichtet und die Leistungserbringer scharfen Kontrollen gegen den allorts vermuteten Missbrauch unterworfen. Und der Patient? Was sieht er nun? (Stoppsschild)

In Stichworten gefasst, sehen Wunsch und Wirklichkeit heute so aus:

Gewünscht wird eine umfassende ganzheitliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Dabei steigen die Ansprüche und die Leistungserwartungen. Dem steht ein eingeschränkter, gesetzlich vorgegebener Pflegebegriff gegenüber, der Leistungen einschränkt und eine ganzheitliche Versorgung ausschließt. Ferner führte der eiserne Grundsatz der Beitragssatzstabilität dazu, dass die Leistungsentgelte trotz steigender Löhne in den letzten Jahren nicht erhöht wurden.

Damit stellen sich für uns folgende Kernfragen:

1. Hat die Beitragssatzstabilität der Pflegeversicherung Vorrang vor der sachgerechten Versorgung der pflegebedürftigen Menschen?
2. Welche finanziellen Mittel will diese Gesellschaft für die Versorgung von Pflegebedürftigen einsetzen?
3. Unter welchen gesellschaftlich akzeptierten Rahmenbedingungen sollen die Dienste künftig pflegebedürftige Menschen versorgen?

Zur ganzheitlichen Versorgung folgendes Fallbeispiel:

Frau Müller, 83 Jahre, dement, diabeteskrank, Pflegestufe 1.

Herr Müller, 86 Jahre, gesund, pflegt seine Frau zu Hause.

Sachleistung 750,-- DM pro Monat. Dafür kann ein Pflegedienst in Hessen ca. 15 Std. im Monat in Anspruch genommen werden. Bei 30 Tagen im Monat ist das eine halbe Stunde täglich.

Ohne Anleitung und Überzeugung wäscht Frau Müller sich weder morgens noch abends eigenständig.

Sie verweigert die Insulininjektion und regelmäßiges Essen. Herr Müller ist mit der Situation allein überfordert.

Frau Müller hat darüber hinaus vergessen, dass sie mit Herrn Müller verheiratet ist.

Zur Versorgung von Frau Müller und zur Unterstützung von Herrn Müller ist der ambulante Pflegedienst morgens, mittags und abends je eine halbe Stunde im Einsatz, also 45 Stunden im Monat. Gesamtkosten rund 2.300,-- DM. Die Pflegeversicherung übernimmt 750,-- DM.

Müllers verfügen über eine kleine Rente und können die verbleibenden 1.550,-- DM pro Monat nicht tragen.

Der Sozialhilfeträger verweigert aufgrund des in das Sozialhilferecht übernommenen eingeschränkten Pflegebegriffs die Kostenübernahme.
Der Antrag auf Höherstufung bei der Pflegekasse bleibt erfolglos.
Und nun?

Hilft hier das neue Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz?

Das Gesetz tritt am 01.01.2002 in Kraft.

Dementiell erkrankte Menschen können danach bis zu 920,-- DM zusätzliche Leistungen jährlich erhalten.

Bei dem in Hessen üblichen Stundensatz von 51,-- DM sind das 18 Stunden Pflege oder Betreuung mehr im Jahr.

Bezogen auf das eben geschilderte Beispiel bedeutet das, dass 342 Stunden jährlich auch weiterhin selbst finanziert werden müssen. Das Problem ist nicht gelöst.

Nach dieser beispielhaften Darstellung der Situation bei den dementen Pflegebedürftigen (ähnliches lässt sich auch für andere Fälle dokumentieren) lassen Sie uns nun einen Blick auf die Situation unserer Diakoniestationen werfen.

Blicken wir zunächst auf den Tarif.

Nachdem Gesetzgeber, Kommunen und Sozialversicherungen die Einrichtungen der Kirchen und freien Wohlfahrtspflege fast 50 Jahre an einer Anwendung des Bundesangestelltentarifvertrages festgehalten haben, indem sie dessen Vergütungsgefüge zur alleinigen Grundlage jeder Pflegesatzverhandlung gemacht haben, hat der Gesetzgeber 1994 beschlossen mit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes ohne Übergangsfrist die freie Marktwirtschaft zum alleinigen Regulativ zu bestimmen. Rücksicht auf Tarifbindungen wurde nicht genommen. Und während in Bund, Ländern und Kommunen der BAT nahezu unverändert fortgeschrieben wurde, erwartete man z.B. von den Kirchen, dass sie in diesem Arbeitsbereich ihre Tarife umgehend den neuen Gegebenheiten anpassen.

Während privat-gewerbliche Anbieter in diesem für sie neuen Aufgabengebiet ohne tarifliche Vorgaben ihre Vergütungsgefüge frei gestalten konnten, kämpfen die Kirchen und freien Wohlfahrtsverbände, die schon seit über 100 Jahren erfolgreich in der Pflege tätig sind, mit ihren Tarifbindungen.

Konkret bedeutet unsere Tarifbindung derzeit:

Bei einer verfügbaren durchschnittlichen Arbeitszeit von 1.570 Jahresstunden bleiben für die Pfl egetätigkeit 1.132 Stunden. Als Fahrzeit werden 334 Stunden und für organisatorische Angelegenheiten (Übergabe, Dienstbesprechung usw.) 104 Stunden benötigt. Daraus folgt:

Bei einer durchschnittlichen tariflichen Bruttovergütung von zur Zeit 66.420,12 DM bis 79.556,45 DM je nach Ausbildung entstehen Personalkosten pro Stunde in Höhe von 58,68 DM bis 70,28 DM. Bei dem hier gezeigten Personalmix, bei dem bezogen auf die hessischen Situationen die Quote der examinierten Kräfte mit 60% eher an der Untergrenze liegt, entstehen Personalkosten von 66,07 DM/Stunde.

Zu diesen Kosten kommen Kosten für Leitung und Verwaltung in Höhe von 8,21 DM sowie Sachkosten in Höhe von 8,31 DM hinzu. Damit kostet eine Stunde Pflege 82,59 DM.

Die Erlössituation in Hessen stellt sich dem gegenüber wie folgt dar:

Pflegevergütung: 51,-- DM, Anfahrtspauschale: 9,30 DM und Investitionskosten: 3,70 DM, letztere sind vom Pflegebedürftigen zu erheben, da sich Hessen der gesetzlichen Bitte des Bundesgesetzgebers zur Übernahme der Investitionskosten analog dem Krankenversicherungsrecht verweigert hat. Das ergibt einen Erlös von 64,-- DM/Stunde.

Aus der Gesamtbetrachtung können Sie erkennen, dass dies zu einer Unterdeckung von 18,59 DM je geleisteter Stunde Pflege führt.

Dieses erschreckende Ergebnis könnte bei Ihnen die Frage aufwerfen, wie unter solchen Bedingungen unsere kirchlichen Einrichtungen überhaupt noch existieren können. Dafür gibt es ein paar Gründe, mit denen wir uns betriebswirtschaftlich eigentlich selbst belügen,

1. weil wir Stationen aus örtlichen kirchlichen und teilweise auch noch kommunalen Mitteln für (investive) Leistungen bezuschussen, die durch Entgelte oder Umlagen gedeckt werden müssten.
2. weil wir Kosten nicht veranschlagen, z.B.
 - a) Mehrarbeitsstunden in großem Umfang, die ohne Freizeitausgleich oder finanzielle Abgeltung von Mitarbeitern ehrenamtlich erbracht werden.
 - b) Kosten der Geschäftsführung und Leitung, sofern diese von Pfarrern oder kirchlichen Stellen ohne angemessene Erstattung erbracht werden.
3. weil wir offen oder verdeckt, regelmäßig mit Zustimmung der Mitarbeiterschaft und der Not mehr gehorchend als dem Tarif, schon heute von einzelnen tariflichen Bestimmungen abweichen, obwohl die Bewerberzahlen in unseren Altenpflegeschulen schon jetzt bis zu 40% zurückgegangen sind.

(Bsp.: In einer Station mit weit über 100 Mitarbeitern verzichten diese nun schon im 3. Jahr freiwillig auf 10% ihrer Vergütung. Dennoch kann auch jetzt das wirtschaftliche Überleben der Einrichtung neben Zuschüssen der Gesellschafter ausschließlich durch eine landeskirchliche Hilfe von mehr als 500.000,-- DM gesichert werden.)

Fazit: Das Grundproblem liegt darin, dass tarifbedingte, jährlich steigenden Personalkosten seit Jahren unveränderten Leistungsentgelten gegenüberstehen.

Dieses Problem wird verstärkt durch zusätzliche Kosten, die von den Stationen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen aufzubringen sind, für die jedoch eine Refinanzierung nicht möglich ist:

1. Ein Beispiel hierfür ist das Pflegequalitätssicherungsgesetz, das im übrigen die Rechtsgrundlage für sechs weitere Verordnungen schafft. So sehr auch wir Qualität in unseren Einrichtungen fordern und uns für deren Verbesserung einsetzen, müssen wir aber auch erkennen, dass dies ohne Mehrkosten nicht möglich ist.

Wir haben beispielhaft in zwei unserer Stationen die Kosten für die Einführung eines Qualitätsmanagements und eines Qualitätssicherungssystems berechnen lassen. Dabei kommen wir auf einen gewichteten, gemittelten Wert von 0,70 DM/Stunde (0,67 – 0,715 DM). Die laufenden Kosten der Fortschreibung der Systeme werden mit 0,54 DM/Stunde beziffert.

2. Neben der Qualitätssicherung gibt es eine Vielzahl staatlicher Schutzgesetze. Eines der neueren ist das Infektionsschutzgesetz.

Nach diesem Gesetz sind alle Mitarbeitenden im Pflegedienst und im hauswirtschaftlichen Dienst gebührenpflichtig zu belehren. Die Kostenbelastung liegt bei rund 336,-- DM je Mitarbeiter für die Einführung und 120,40 DM je Mitarbeiter je Folgejahr.

Entsprechende Berechnungen könnte man auch noch für weitere Kosten aufgrund anderer gesetzlicher Vorgaben durchführen.

Während ein Wirtschaftsbetrieb solche Belastungen selbstverständlich über die Preise umlegt, ist dies in dem planwirtschaftlich überregulierten Pflegebereich nicht möglich. Im Gegenteil, hier verschärft sich die Situation noch dadurch, dass selbstverständlich für bestimmte Vorgaben Kontrollen und vielfältige Verwaltungsaufgaben eingeführt werden. Dies hat allein bei den Pflegekassen in den letzten Jahren zu einer Steigerung des Verwaltungspersonals um rund 50% geführt. Personalausweitungen, bei denen die Mitarbeiter der Kassen selbstverständlich und ohne jede Frage nach BAT vergütet werden und die Mehrkosten auf dem Hintergrund gesetzlich vorgegebener Beitragsstabilität die für die tatsächliche Pflege zur Verfügung stehenden Versicherungsgelder zusätzlich dauerhaft mindern.

Das Bundessozialgericht hat erst kürzlich in zwei Fällen festgestellt, dass die Kassen gesetzliche Bestimmungen zu restriktiv auslegen. In einem Fall ging es um die Schwerstpflegequote im anderen um Ergänzungsleistungen (Sicherungsgitter an Pflegebett). Da stellt man sich die Frage: Wer kontrolliert eigentlich den sachgerechten Einsatz der Mittel? Oder wird die Unkultur des permanenten Misstrauens nur gegenüber den Pflegediensten und ihrem Personal gepflegt?

Schließlich kommt es auch zu gesetzlich bedingten Wettbewerbsverzerrungen. So sind z.B. die Träger der freien Wohlfahrtspflege im Gegensatz zu gewerblichen Anbietern von der Möglichkeit des Ersatzes von Lohnfortzahlungskosten ausgeschlossen.

Welches sind die Folgen solcher Entwicklungen?

Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen beschäftigen Pflegekräfte, die vorwiegend aus Osteuropa kommen und bezahlen sie frei vereinbart von dem Pflegegeld. Im Rahmen dieser privaten Beschäftigungsverhältnisse kann wesentlich mehr Pflege eingekauft werden. Die gesetzliche Rahmenbedingungen werden allerdings unterlaufen.

Der Gesetzgeber hat mit dem Pflegequalitätssicherungsgesetz den Pflegediensten Qualitätsanforderungen und deren Überprüfung auferlegt.

Die Dienste müssen viele Rahmenbedingungen erfüllen, um eine fachlich qualifizierte Pflege sicherzustellen.

Bei „privaten“ Beschäftigungsverhältnissen scheidet diese Anforderung aus.

Wie passt die Legalisierung eines grauen Arbeitsmarktes mit den Beteuerungen zusammen, die Qualität der Pflege steigern und die Situation der Pflegebedürftigen verbessern zu wollen?

Andererseits wissen wir aus mündlichen Berichten, dass zum Beispiel Sozialdienste in Krankenhäusern und geriatrischen Kliniken teilweise die Empfehlung für einen Pflegedienst nach der Schwere des Falles geben, wobei kirchliche Dienste insbesondere bei (wirtschaftlich unattraktiven) Problemfällen empfohlen werden. Was wir durchaus als Lob und Anerkennung unseres Einsatzes und unserer Qualität verstehen, was aber ohne angemessene Vergütung das Überleben auf Dauer auch nicht gewährleistet sondern zusätzlich erschwert.

Aus unserer Sicht sind folgende Konsequenzen zu ziehen:

1. Es bedarf einer umfassenden volkswirtschaftlichen Gesamtbetrachtung der Situation. Der Verschiebepfahnhof zwischen unterschiedlichen Kostenträgern muss geschlossen werden. Vorbeugende Maßnahmen sind stärker in den Blick zu nehmen und zu fördern. Ambulant vor stationär ist zu wenig. Prävention und Rehabilitation vor Pflege muss hinzukommen.
2. Im Pflegebereich darf kein Lohndumping zugelassen werden. Die Tarife müssen auch für Pflegemitarbeiter gelten.
3. Leistungsentgelte müssen vor dem Hintergrund des tatsächlichen Aufwandes vereinbart werden.
4. Die Bevölkerung muss über das gewollte und finanzierbare Maß an Pflege aufgeklärt werden.

Das heißt:

1. Für eine sachgerechte Versorgung sind die nötigen finanziellen Mittel zur Verfügung zu stellen.
2. Es sind Rahmenbedingungen zu schaffen, die nicht den Verwaltungsaufwand erhöhen, sondern eine sachgerechte Pflege ermöglichen.
3. Ein gesellschaftlicher Konsens über das gewollte Maß an Pflege und die gewollte Qualität muss herbeigeführt werden.

Sollten die notwendigen politischen Weichenstellungen in unserem Lande nicht bald erfolgen, wird das soziale Klima weiter kälter werden, weil auch kirchliche Dienste auf Dauer das erhebliche Ungleichgewicht zwischen hoher Leistungsforderung einerseits bei gleichzeitig starkem Kostendruck andererseits nicht aushalten werden. Und mit unseren Diensten wird mehr wegfallen als nur die reine Pflegeleistung.

Evangelische Kirche von Kurhessen-Waldeck/OLKR Lies
Kassel, 11. Dezember 2001

Hinweis: Dieses Dokument ist urheberrechtlich geschützt und elektronisch abrufbar auf <http://www.ekkw.de> .