

monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zu Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



Prof. Dr. Heinz Rothgang:
„Das Nebeneinander
von Kranken- und
Pflegeversicherung führt
zu Verwerfungen.“

Personalbemessung

Professor Dr. Heinz Rothgang erarbeitet ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur Bemessung des Personals in Pflegeeinrichtungen.

Altenpflege

Ein Kooperationsprojekt zwischen China und Deutschland soll die Altenpflege wechselseitig bereichern.

Fehlzeiten

Der TK-Gesundheitsreport 2019 richtet den Fokus auf die Pflegebranche und attestiert den Fachkräften eine große Belastung.



Prof. Dr.

Reinhold Roski

Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“ und „Monitor Pflege“ sowie Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Informatik, Kommunikation und Wirtschaft der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.

Pflegepersonalbemessung für die Langzeitpflege

>> Titelinterview mit Professor Dr. Heinz Rothgang, Universität Bremen

S. 6 ff.

Im Herbst 2019 präsentiert die Projektgruppe um **Professor Rothgang** „ein einheitliches Personalbemessungsinstrument für die Langzeitpflege“, ein mathematisches Modell, „das für Pflegeheime in Abhängigkeit von deren Bewohnerstruktur die bedarfsgerechte Pflegepersonalmenge und Struktur ausweist“. Dieses Modell wurde in Pflegeeinrichtungen empirisch abgesichert. Das wird dazu beitragen, ein „flächendeckendes Bemessungsinstrument in der Gesetzgebung zu verankern“, wie es in der Konzentrierten Aktion Pflege vorgesehen ist. Dadurch muss eine „auskömmliche Personalbemessung“ erreicht werden. Zusätzlich geht es um bessere Bezahlung, auch um „das Lohngefälle zwischen Krankenhäusern und Dauerpflegeeinrichtungen aufzuheben.“

Für die Umsetzung braucht es allerdings Zeit. „Hier reden wir wohl von einem Zeitraum von insgesamt ein bis zwei Legislaturperioden.“ Vorbildliche Pflegeforschung, die aufgrund ihrer Evidenzbasierung eine gute Grundlage für politische und Management-Entscheidungen sein kann.

Studie der Hans-Böckler-Stiftung zur Tarif- und Lohnpolitik in der Altenpflege

> S. 13

Mit der Verbesserung der Verdienstsituation in der Altenpflege beschäftigt sich die Studie „Zwischen Aufwertung, Abwertung und Polarisierung. Chancen der Tarif- und Lohnpolitik für eine arbeitspolitische „High-Road-Strategie in der Altenpflege“. Dabei betrachten die Studienautorinnen **Michaela Evans** und **Christine Ludwig** Lohnniveau, Lohnentwicklung und Lohnverteilung.

TK-Gesundheitsreport 2019: Gesundheitliche Situation der Pflegekräfte

> S. 16 f.

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat die Daten zur Arbeitsunfähigkeit sowie zu Arzneimittelverordnungen von Berufstätigen in der Pflege analysiert und mit den Daten anderer Berufsgruppen verglichen: „So geht's Deutschlands Pflegekräften“.

Studie zur Versorgung mit Inkontenzprodukten

> S. 19

Die AOK-Baden-Württemberg hat eine Versichertenbefragung zur Versorgung mit Inkontenzprodukten durchgeführt. Ergebnis: „Qualität gut, Beratung könnte besser sein.“

Wissenschaftliche Beiträge

Schaefer u.a. betrachten die Digitalisierung des Gesundheitssektor für ältere Menschen aus ethischer Perspektive. Der Zugang zu digitalen Dienstleistungen ist ein Problem. Zum anderen müssen therapeutisch-prädiktive Analysen mithilfe künstlicher Intelligenz für Ältere transparent und angemessen kommuniziert werden. Ältere brauchen einen besonderen Schutz, weil sie meist auf Empfehlungen und Hilfe von Organisationen und von Vertrauenspersonen angewiesen sind.

> S. 20 ff.

Porzolt u.a. fassen den Stand der Diskussion zu Möglichkeiten zur Beseitigung des Pflegenotstands zusammen. Sie diskutieren unter anderem die Möglichkeit, vor der Akademisierung der Ausbildung eine Spezialisierung anzubieten, die sich an konkreten Versorgungsproblemen orientiert. Dadurch könnte die Bereitschaft der Pflegemanager steigen, konkrete Stellen entsprechend dieser Spezialisierungen auszuscheiden. Dies würde die Akademisierung erleichtern. Zusätzlich sind zwei weitere Maßnahmen kurzfristig nötig: Anwerbung ausländischer Pflegekräfte und Verbesserung der Vergütung für Pflegekräfte. Mittelfristig müssen eine Steigerung der Eigenverantwortung sowie bedarfsorientierte Zusatzqualifikation dazukommen.

> S. 24 ff.

Ich wünsche Ihnen interessante Lektüre und einen wunderbaren Sommer.

Ihr

Professor Dr. Reinhold Roski
Herausgeber „Monitor Pflege“

INHALT

Pflegepersonalbemessung für die Langzeitpflege

Editorial MoPf-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Spezialisierung vor Akademisierung?

Editorial Redakteurin Kerstin Müller

Reformen: nicht nur nötig, sondern möglich

Interview mit Professor Dr. Heinz Rothgang, Uni Bremen

Gemeinsamer Kraftakt

Statements zur Konzentrierten Aktion Pflege

Überblick der Ergebnisse der Konzentrierten Aktion Pflege

Übersicht des Bundesgesundheitsministeriums

„High-Road-Strategie“

Studie der Hans-Böckler-Stiftung zu Tarif- und Lohnpolitik in der Altenpflege

Altenpflege als „globales Problem“

Vorstellung des Projektes „Sino-German Eldercare“

„Vergleichsweise schlecht“

Fokus Pflege: Der TK-Gesundheitsreport 2019

Forschung: Pflege im Fokus

Neue Fördermittel für die Pflegeforschung

Wirklich gut versorgt?

Eine Studie der AOK Baden-Württemberg zur Inkontinenzversorgung

News

12,15,18

WISSENSCHAFT

Prof. Dr. sc. Marion Schaefer, Rudolf Bals, Dipl.-Päd. Thomas Brauner, Dipl.-Volksw. Christian Luley, Dipl.-Verww. Otto Melchert

Alter werden in einem digitalen Gesundheitssystem

Prof. Dr. med. Franz Porzolt, Dr. med. Susanne Isabel Becker MPH postgrad, Prof. Dr. Axel Olaf Kern, David Langer, Dipl.-Kfm. Albert Müller, Herbert Wiedemann, Prof. Dr. Robert M. Kaplan

Strategien und Maßnahmen zur Bewältigung des Pflegenotstands

Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski

Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Informatik, Kommunikation und Wirtschaft der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin



Herausgeber-Beirat

Akteure

Franz Wagner*
Präsident



Yves Rawiel
Geschäftsführung



Dipl.-Volksw. Nadine-Michèle Szepan
AOK-Bundesverband



Universitäten/Hochschulen/Institute

Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Universität Witten/Herdecke



Prof. Dr. rer.pol. h.c. Herbert Rebscher
IGV Research



*repräsentiert im Beirat ebenfalls den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) – Bundesverband e.V., Berlin

Impressum Monitor Pflege

Monitor Pflege
Fachzeitschrift zur Versorgung,
Management und Forschung in
der Pflege

5. Jahrgang/ISSN 2364-0308

Verlags-/Erscheinungsort
Bonn, Bundesrepublik Deutschland

Verlag
eRelation AG - Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
Kölstr. 119, 53111 Bonn
www.ereRelation.org
mail@ereRelation.org
Verlagsleitung: Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo

Anke Heiser (verantwortlich für
den Anzeigenteil)
Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-7638280-0
Fax +49-(0)228-7638280-1
heiser@monitor-pflege.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste 1 vom
1.1.2015

Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski, Hochschule
für Technik und Wirtschaft Berlin
roski@monitor-pflege.de

Chefredaktion

Peter Stegmaier
(verantwortlicher Redakteur)

Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-7638280-0
Fax +49-(0)228-7638280-1
stegmaier@monitor-pflege.de

Redaktion

Kerstin Müller
mueller@monitor-pflege.de
Jutta Mutschler
mutschler@monitor-pflege.de

Marketing/Online

Anke Heiser
heiser@monitor-pflege.de
Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0
Fax +49 228 7638280-1

Abonnement

Monitor Pflege erscheint viermal
jährlich. 4 Ausgaben kosten 90
Euro zzgl. Versandkostenanteil
in Höhe von 6,14 Euro pro Jahr
in Deutschland (Versandkosten
Ausland: 54 Euro). Das
Abonnement verlängert sich
automatisch um ein weiteres
Jahr, wenn es nicht spätestens
sechs Wochen vor Ablauf des
Bezugsjahres schriftlich gekündigt
wird.
Jahresvorzugspreis für Studenten
gegen Vorlage einer Immatrikula-
tionsbescheinigung 60 EUR zzgl.
jew. Versandkostenanteil.
Preisänderungen vorbehalten.

Layout

eRelation AG, Bonn

Druck

WIRmachenDRUCK GmbH
Mühlbachstr. 7
71522 Backnang
T. (+49) 711 995 982 - 20
E: info@wir-machen-druck.de

Urheber- und Verlagsrecht

Die Zeitschrift und alle in ihr
enthaltenen einzelnen Beiträge
und Abbildungen sind urheber-
rechtlich geschützt. Mit Annahme
des Manuskripts gehen das Recht
zur Veröffentlichung sowie die

Rechte zur Übersetzung, zur
Vergabe von Nachdruckrechten,
zur elektronischen Speicherung
in Datenbanken, zur Herstellung
von Sonderdrucken, Fotokopien
und Mikrokopien an den Verlag
über. Jede Verwertung außerhalb
der durch das Urheberrechtsgesetz
festgelegten Grenzen ist ohne
Zustimmung des Verlags unzulässig.
In der unaufgeforderten Zusendung
von Beiträgen und Informationen
an den Verlag liegt das jederzeit
widerrufliche Einverständnis, die
zugesandten Beiträge bzw. Infor-
mationen in Datenbanken einzu-
stellen, die vom Verlag oder Dritten
geführt werden.



Kerstin Müller
Redakteurin von
„Monitor Pflege“.

Spezialisierung vor Akademisierung?

>> **Prof. Dr. med Franz Porzsolt** und seine vielen Mitautoren – unter ihnen ein ehemaliger Finanzchef eines > S. 24 ff. Krankenhauses, ein Schulrektor, ein lang gedienter Kreisgeschäftsführer des Bayerischen Roten Kreuzes und ein renommierter Distinguished Professor an der UCLA in Stanford – weisen in ihrem Artikel auf einen bisher wenig beachteten Aspekt in der so logisch klingenden Forderung nach einer „Akademisierung der Pflege hin“. Sie befürchten nämlich, dass „der Pflegenotstand durch die Akademisierung der Pflege nicht gelöst werden kann, weil es zu wenige Stellen geben wird, die für Bewerber mit einem bisher inhaltlich noch nicht exakt definierten Leistungsprofil attraktiv sind“.

In diesem einen Satz verbirgt sich ein wahres Bündel an kitschen Punkten, mit denen die Autoren die Diskussion um die „Akademisierung der Pflege“ von der reinen Forderung in einen lösungsorientierten nutzenstiftenden Ansatz weiterentwickelt wissen wollen; frei nach einem Zitat von Peter Kirch, der in den 90 er Jahren Verwaltungsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes war und einmal gesagt hat: „Wer das Ziel nicht kennt, für den ist jeder Weg der richtige.“ (aus Interview mit Franz Knieps im Buch „Disease Interception“). Obwohl – wie die Autoren schreiben – für den Weg eines Akademikers in die Wissenschaft oft ein Zeitraum von zehn Jahren erforderlich und das Produkt seiner akademischen Erziehung die wissenschaftliche Publikation sei, die erst den Nachweis seiner kontinuierlichen kritischen Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Themen aufzeigt, wäre es generell für einen Wissenschaftler erheblich schwieriger, einen Arbeitsplatz zu finden als für einen „akademisch ausgebildeten Praktiker“.

Gleiches gelte auch für die Pflege, weil hier Probleme, die „vom Bewerber um diesen Arbeitsplatz zu lösen sind, sehr konkret sind und der geeignete Bewerber auf Grund seines Leistungsprofils gefunden werden kann.“ Daher lautet ihre nahvollziehbare Forderung, die nicht an der „Akademisierung der Pflege“ als solcher, sondern an ihrer bisher fehlenden Zielformulierung ansetzt: „Bevor eine akademische Ausbildung der Pflege gefordert wird, sollte das vorgesehene Tätigkeitsprofil beschrieben sein, welches die akademische Ausbildung rechtfertigt.“ Nach Meinung der Autoren werden einerseits durch die Ausbildung hohe Anforderungen an den zeitlichen und finanziellen Einsatz gestellt, andererseits fehle aber „die konkrete Beschreibung der Probleme, die nur von einer akademisch ausgebildeten Pflegekraft gelöst werden sollen“. Deshalb bemüht sich die Autorenschaft rund um Porzsolt auch, „auf dem Weg zur Akademisierung eine Spezialisierung für eine oder ggf. für mehrere konkrete Problemlösungen zu definieren.“

Diese der Akademisierung vorgeschaltete Spezialisierung kann verschiedene Vorteile haben, weil sie berufsbegleitend durchgeführt und vor allem auch in einem überschaubaren Zeitraum abgeschlossen werden kann, wenn denn die Aufgaben, die mit dieser Spezialisierung im Versorgungsalltag nachweislich gelöst werden können, vorab definiert worden sind. Ihr Fazit: „Das Risiko, die angestrebte Qualifizierung ohne erfolgreichen Abschluss zu beenden, wird bei der Spezialisierung deutlich geringer sein als bei der Akademisierung.“ Wenn diese Spezialisierung an konkreten Versorgungsproblemen orientiert würde, werde auch die Bereitschaft der Klinik-Manager steigen, konkrete Stellen auszuschreiben, und vor allem werde „die Akademisierung durch eine vorangestellte Spezialisierung nicht eingeschränkt, sondern erleichtert“. <<

Lassen Sie sich inspirieren. Mailen Sie mir Ihre Meinung dazu: mueller@monitor-pflege.de

Ihre

Kerstin Müller
Redakteurin „Monitor Pflege“



MARIE SIMON

PFLEGEPREIS

MARIE SIMON PFLEGEPREIS 2019

Wir suchen die besten und innovativsten
Pflegeprojekte – bundesweit!

Prämierungswürdig sind für uns Projekte, die mit neuen Ideen und zielgerichtetem Vorgehen altersgerechte Strukturen schaffen und die Lebensqualität von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen nachhaltig verbessern. Machen Sie mit und überzeugen Sie uns mit Ihren Vorschlägen von besonders gelungenen Projekten zur Gestaltung der Pflege in städtischen und ländlichen Regionen. Dabei freuen wir uns auch sehr über die Einreichung von bereits erprobten Konzepten in der Pflege als Wettbewerbsbeitrag.

Bewerbungsschluss: **14. Juni 2019**



**CKD - DAS NETZWERK
VON EHRENTAMTLICHEN**

FACHVERBAND DES
DICV OSNABRÜCK

Feierliche Preisverleihung
am Donnerstag, dem 7.11.2019
im WECC Berlin.

Alle Informationen rund
um die Ausschreibung auf
www.marie-simon-pflegepreis.de



Professor Dr. Heinz Rothgang, Abteilungsleiter am SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Uni Bremen

Reformen: nicht nur nötig, sondern möglich

Wie sieht gute Pflege aus? Wie viele Fachkräfte benötigt ein Pflegeheim, um eine fachgerechte Versorgung sicherzustellen? Bisher fehlt ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur Bemessung des Personals in Pflegeeinrichtungen, um diese Frage beantworten zu können. Eine Projektgruppe der Universität Bremen um Leiter Professor Dr. Heinz Rothgang ist mit dem Projekt zur Entwicklung eines einheitlichen Personalbemessungsverfahrens im Juli 2017 beauftragt worden. Doch alleine dieses Instrument wird es nicht richten, weiß Rothgang und verweist vor allem auf das zu nivellierende Lohngefälle zwischen Krankenhäusern und Dauerpflegeeinrichtungen. Welche Reformschritte er überdies für die soziale Pflegeversicherung für sinnvoll hält, erklärt er im Gespräch mit „Monitor Pflege“.

>> Herr Professor Rothgang, Sie sind mit dem Projekt beauftragt, ein einheitliches Personalbemessungssystem für die stationäre Altenpflege zu entwickeln. Wie gehen Sie vor und in welcher Phase befindet sich das Projekt?

Mit dem PSG II hat der Gesetzgeber der gemeinsamen Selbstverwaltung in der Pflege den Auftrag erteilt, bis Juni 2020 ein einheitliches Personalbemessungsinstrument für die Langzeitpflege zu entwickeln und zu erproben. Dazu soll sie sich wissenschaftlichen Sachverständigen bedienen. Nach einer europaweiten Ausschreibung sind wir an der Universität Bremen mit einem entsprechenden Projekt beauftragt worden, das im Herbst 2019 die Entwicklungsergebnisse an die Selbstverwaltung übergeben wird.

Das wird im Kern ein mathematisches Modell sein, das für Pflegeheime in Abhängigkeit von deren Bewohnerstruktur die bedarfsgerechte Pflegepersonalmenge und -struktur ausweist. Um diese Berechnungen empirisch abgesichert durchführen zu können, haben wir mehr als ein halbes Jahr in Pflegeeinrichtungen in einem sehr aufwändigen Verfahren Daten erhoben, die aussagen, welcher Pflegebedürftige wie oft welche Intervention benötigt, welche Zeit dafür erforderlich ist und mit welchem Qualifikationsniveau jede einzelne Intervention erbracht werden muss.

Was können Sie uns zu ersten Zwischenergebnissen sagen?

Wenig überraschend zeigt sich, dass ein Bedarf an zusätzlichem Personal in den Pflegeeinrichtungen besteht. Über den konkreten Umfang dieses Mehrbedarfs kann ich noch keine quantitativen

Aussagen machen, es deutet aber alles auf einen Mehrbedarf sowohl bei Assistenz- als auch bei Fachkräften hin, wobei dieser bei Assistenzkräften stärker ausgeprägt ist.

Sind Sie zuversichtlich, dass das Personalbemessungssystem in der Form eine Umsetzung in die Praxis erfährt?

Ich bin zuversichtlich, dass unsere Projektergebnisse dazu verwendet werden, ein flächendeckendes Bemessungsinstrument in der Gesetzgebung zu verankern. Hierzu haben sich die Partner der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) übrigens auch erstmalig im letzten Monat verpflichtet. Zuvor war – und so steht es auch im Gesetz – nur von der Entwicklung und Erprobung des Instrumentes, nicht von seiner Einführung die Rede. Mit den Beschlüssen der KAP sind die Zeichen jetzt aber deutlich auf Umsetzung gestellt worden.

Insgesamt werden in der Pflegebranche mehr Fachkräfte gebraucht. Ein Instrument soll hier eine bessere Bezahlung sein. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat kürzlich erst einen Mindestlohn von 14 Euro für qualifizierte Pflegefachkräfte vorge-

schlagen. Für Sie eine sinnvolle Maßnahme?

Bereits jetzt haben wir in der Altenpflege einen bundesweiten Fachkräftemangel, der schon allein aufgrund der demographischen Entwicklung weiter zunehmen wird. In der Krankenpflege geht die Bundesagentur für Arbeit von Fachkräftemangel in 13 von 16 Bundesländern aus. Um dieses Problem zu lösen, muss der Pflegeberuf attraktiver werden. Ein zentrales Element dafür ist die Verbesse-



rung der Arbeitsbedingungen durch auskömmliche Personalbemessung, ein anderes aber auch die Bezahlung. Ein Mindestlohn in der vorgeschlagenen Höhe kann nur ein erster Schritt sein, um für die Beschäftigten, die nicht nach Tarif bezahlt werden, eine Untergrenze einzuziehen – der Tariflohn liegt ja schon höher, und das Medianentgelt einer sozialversicherungspflichtig vollzeitbeschäftigten Pflegefachkraft liegt derzeit bei knapp 3.000 Euro. Bezogen auf eine wöchentliche Arbeitszeit von 38,5 Stunden entspricht dies einem Stundenlohn von 18 Euro.

Für die Langzeitpflege von noch größerer Bedeutung, ist es jedoch, das Lohngefälle zwischen Krankenhäusern und Dauerpflegeeinrichtungen aufzuheben. Noch immer werden in der Altenpflege rund 600 Euro weniger gezahlt als im Krankenhaus – und das wohlbemerkt bei gleicher Qualifikation der Pflegekräfte. Wird diese Lücke nicht geschlossen, werden die in Zukunft generalistisch ausgebildeten Pflegekräfte kaum ihren Weg in die Altenpflege finden.

Oder kommt die Branche – und damit auch die privaten Heimbetreiber – nicht an einem Flächentarifvertrag vorbei?

Ob die höheren Löhne durch einen für allgemein verbindlich erklärten Flächentarifvertrag erreicht werden oder durch einen branchenspezifischen Mindestlohn ist letztlich nicht entscheidend. Klar ist aber, dass die Entlohnung verbessert, und in der Altenpflege sogar massiv verbessert werden muss. Dem können sich auch die privaten Betreiber nicht verschließen, denn letztlich haben wir aktuell – und auf absehbare Zeit – einen Arbeitnehmermarkt, bei dem es mehr offene Stellen gibt als qualifizierte Bewerber. Pflegekräfte können also auswählen, welchem Arbeitgeber sie ihre Arbeitskraft zur Verfügung stellen wollen. In Konsequenz führt dies dazu, dass sich die Langzeitpflege von einem Preiswettbewerb um Kunden weg und zu einem Lohnwettbewerb um Pflegekräfte hin entwickeln wird. Denn die Einrichtungen, die deutlich unter Tarif bezahlen, werden kein ausreichendes Personal mehr vorhalten können, um den Betrieb dauerhaft aufrecht zu erhalten.

Damit diese Mehrausgaben nicht durch einen steigenden Eigenanteil der Pflegebedürftigen finanziert werden, braucht es eine Reform der Pflegeversicherungsfinanzierung. Wie sieht eine solche optimalerweise für Sie aus?

Das ist im Moment das größte systematische Problem in der Pflegeversicherung: Wir müssen die vorhandenen Pflegekräfte angemessen bezahlen und bedarfsgerechte Pflege durch mehr Personal ermöglichen – wenn uns das gelingt, zahlt aber der Pflegebedürftige allein die Zeche: Durch die in ihrer Höhe begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung wird jede kostenwirksame Qualitätsverbesserung durch eine Erhöhung der Pflegesätze nämlich direkt an die Pflegebedürftigen weitergereicht. Die ohnehin derzeit schon kaum zu finanzierenden Eigenanteile werden bei höhe-

rer Entlohnung der Pflegekräfte und mehr Personal in den Einrichtungen weiter wachsen – und dann immer mehr Pflegebedürftige finanziell überfordern und diese in den Sozialhilfebezug treiben. Somit erreichen wir – durch eine dysfunktionale Finanzierungsmechanik –, dass gerade Qualitätsverbesserungen zu dem führen, was durch die Einführung der Pflegeversicherung bekämpft werden sollte: dass Pflegebedürftigkeit regelmäßig zum Sozialhilfebezug führt.

Ein komplexes Problem.

Es gibt jedoch eine relativ einfache Gegenmaßnahme: Wenn die Pflegeversicherung alternativ so ausgestaltet wird, dass Pflegebedürftige einen festen Sockelbetrag

zahlen, während die Pflegeversicherung die weiteren Kosten bis zu einer bedarfsgerechten Höhe übernimmt, könnte dem entgegen gewirkt werden. Die Eigenanteile werden begrenzt und die Pflegebedürftigen wissen, was die Pflege sie höchstens kosten kann. Zusätzlich schaffen wir damit endlich eine Pflegeversicherung, die den Begriff Sozialversicherung zu Recht trägt und in der Lage ist, den Lebensstandard der Pflegebedürftigen abzusichern. Genau zu diesem Zweck wurde die Pflegeversicherung schließlich 1994 eingeführt.

Was halten Sie von einer Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung? Ist das mehr als ein utopisches Denkmodell?

Das Nebeneinander von wettbewerblich organisierter Krankenversicherung und einer Pflegeversicherung als Einheitsversicherung, in der bei gleichem Beitragssatz und gleichen Leistungen aller Kassen alle Ausgaben aus einem Ausgleichsfonds bestritten werden, führt in der Tat zu Verwerfungen.

So sind Rehabilitationsmaßnahmen, die Pflegebedürftigkeit verhindert oder deren Ausmaß begrenzen können, für Kassen ökonomisch unattraktiv, weil sie Ausgaben in der Krankenversicherung produzieren, die die Kasse im Wettbewerb belasten, gleichzeitig aber in der Pflegeversicherung zu Entlastungen führen, die an alle weitergegeben werden. Dies führt dazu, dass wir zu wenig Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit haben. Ähnlich ist es für eine Kasse ökonomisch attraktiver, wenn der Pflegebedürftige stationär versorgt wird, weil die Kasse dann die Ausgaben für häusliche Krankenpflege spart, die wiederum ihre Position im Krankenkassenwettbewerb schmälern. Derartige Fehlanreize könnten durch Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung vermieden werden.

Welches Hindernis sehen Sie dann für eine Zusammenlegung?

Die Pflegeversicherung zielt nicht nur auf medizinische Versorgung ab, sondern auf den Erhalt von Selbständigkeit, auf die Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe – und das im Zusammenspiel mit der informellen Pflege, die immer noch das Rückgrat unserer pflegerischen Versorgung bildet. Diese Spezifika, die in der

Pflegeversicherung beachtet werden, drohen unter die Räder zu kommen, wenn die Pflegeversicherung in die Krankenversicherung integriert wird und dann eine Medikalisierung der Pflege droht. Inzwischen bin ich daher gar nicht mehr davon überzeugt, dass eine solche Integration insgesamt sinnvoll ist. Für wahrscheinlich halte ich sie sowieso nicht.

Wunsch und Wirklichkeit: Wie schnell sollte das System reformiert werden und wie lange wird eine Reform wohl vermeintlich dauern?

Wir haben jetzt über zwei verschiedene, sich aber bedingende Reformschritte gesprochen. Die Einführung eines einheitlichen Personalbemessungsinstrumentes ist schon in Planung. In der KAP wurde beschlossen, dass das Bundesgesundheitsministerium eine Roadmap für den Einführungsprozess erarbeitet und die hierfür erforderlichen Vorbereitungen bereits im Sommer 2019 beginnen. Tatsächlich kann ein solches Verfahren nicht von einem auf den anderen Tag eingeführt werden, da das Personal dafür nicht vorhanden ist und die Einrichtungen sich auch organisatorisch auf einen möglicherweise anderen Qualifizierungsmix einstellen müssen. Gleichzeitig darf die Einführung nicht auf unbestimmte Zukunft verschoben werden. Vielmehr muss ein deutliches und belastbares Signal gesetzt werden, dass sich die Arbeitsbedingungen verändern werden und der Beruf so attraktiver wird.

Was schlagen Sie demnach vor?

Sinnvoll ist eine schrittweise Einführung der Personalbemessung, die über einige Jahre parallel zu verstärkten Rekrutierungsbemühungen und Ausbildungsoffensiven umgesetzt wird. Vorbild könnte etwa die Konvergenzphase bei Einführung der DRG-basierten Fallpauschalen zur Krankenhausfinanzierung sein. Hier reden wir wohl von einem Zeitraum von insgesamt ein bis zwei Legislaturperioden. Gleichzeitig müssen wir vermeiden, dass die besseren Arbeitsbedingungen der größeren Zahl an Pflegenden nur auf dem Rücken der Pflegebedürftigen finanziert werden. Hier halte ich – als zweiten Reformschritt – systematisch eine Umstellung auf begrenzte Sockelzahlungen für alternativlos. Diese sollte mit der Einführung der ersten pflegesatzwirksamen Stufe der Personalmehrung im Jahr 2020 oder 2021 erfolgen. Ich kann allerdings nur hoffen, dass die Politik wirklich die Kraft für diesen Schritt aufbringt und sich nicht stattdessen mit Ad-hoc-Maßnahmen behilft, die das systematische Problem unbearbeitet lassen.

Apropos Tempo – Ob Pflegestellenfördergesetz, KAP oder Mindestlohn, Bundesgesundheitsminister Spahn legt da ja ein ordentliches vor. Ist die Konzertierte Aktion Pflege für Sie ein erfolgreiches politisches Projekt, aus dem sich effektive Maßnahmen zur Verbesserung der Situation ableiten lassen?

Minister Spahn hat aus meiner Sicht viele wichtige Dinge ange-

stoßen – und das mit einer beeindruckenden Geschwindigkeit. Dass dabei die Umsetzung der einzelnen Projekte manchmal schwieriger ist und systematisch bessere Lösungen oft aufwendiger sind, ist wenig überraschend. Genau dem scheint die KAP aber Rechnung zu tragen. Sie brachte alle wesentlichen Akteure an einen Tisch und führte im Endergebnis zu einer großen Anzahl von Perspekti-

ven, Absichtserklärungen und Selbstverpflichtungen. Sie hat also das geschafft, was in der aufgewendeten Zeit möglich war: sie hat Kernprobleme eingebracht und zu Strategieplänen geführt.

Wie belastbar die Verbindlichkeit der gegebenen Erklärungen letztlich ist, werden wir allerdings erst dann sehen, wenn die Einlösung auch einmal weh tut. Da bin ich neugierig und gespannt, halte aber große und wichtige Reformen nicht nur für nötig, sondern auch für möglich. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass das öffentliche Interesse an diesem Thema hoch bleibt und die Akteure so gezwungen werden, manchmal auch über ihren eigenen Schatten zu springen. <<

Herr Professor Rothgang, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte Redakteurin Kerstin Müller, M.A.

Professor Dr. Heinz Rothgang

hat von 1982 bis 1989 ein Studium der Volkswirtschaftslehre und Politikwissenschaft an der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln mit dem Abschluss Diplom (1989) absolviert. 1990 bis 1992 war er Stipendiat am Graduiertenkolleg Köln für Sozialwissenschaften, wo er im Projektbereich des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung, Köln, arbeitete. 1995 Promotion zum Dr. rer. pol. an der Universität zu Köln. Thema der Dissertation: „Der Einfluß von Finanzierungssystemen auf Beschäftigungsvolumina und -strukturen im bundesdeutschen und englischen Krankenhauswesen.“ 2004 verfasste er eine Habilitationsschrift zum Thema „Theorie und Empirie der Pflegeversicherung“. Die Habilitation erfolgte im Jahr 2005, in dem er auch die Professur für Gesundheitsökonomie an der Universität Bremen übernahm.

Dort ist er seit 2006 Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung am SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (bis 2015 als Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im Zentrum für Sozialpolitik bekannt), Universität Bremen. Zudem ist Rothgang seit 2010 „Field Chair“ im Forschungsfeld B der Bremen International Graduate School of Social Sciences.

Konzertierte Aktion Pflege

Gemeinsamer Kraftakt

Geschlossenes Auftreten, positive Botschaften, Engagement für die Sache. Nicht gerade eine charakteristische Beschreibung der Zusammenarbeit der aktuellen Regierungskoalition von CDU/CSU und SPD. Doch die Trias aus Gesundheitsminister Jens Spahn, Familienministerin Dr. Franziska Giffey und Arbeitsminister Hubertus Heil vermittelt glaubwürdig ihre Ambitionen, in Sachen Pflege voranzukommen. Die Vorstellung der Ergebnisse durch die drei Minister anfang Juni stoßen jedoch auf ein geteiltes Echo.

>> Nicht nachvollziehbar sei die in dem Abschlusspapier dokumentierte Absicht, den Anteil der Zeitarbeitskräfte in der Pflege „nachhaltig zu reduzieren“, urteilt der Interessenverband deutscher Zeitarbeitsunternehmen (iGZ) über den entsprechenden Passus der KAP-Ergebnisse, wobei der Verband grundsätzlich die Motivation, die Qualität in diesem Bereich zu steigern und die Personalknappheit abbauen zu wollen, begrüßt. Zeitarbeitskräfte trügen in der Pflege einerseits als externe, flexibel einsetzbare und gut qualifizierte Personen zur punktuellen Verbesserung der Versorgungssituation bei.

Und andererseits werde die Zeitarbeit in der Pflege in der öffentlichen Diskussion als Scheinriese wahrgenommen, da gerade einmal zwei Prozent aller Pflegekräfte über Personaldienstleister im Einsatz seien. „Personalknappheit in der Pflege wird nicht durch Zeitarbeits-Restriktionen abgebaut“, kritisiert iGZ-Hauptgeschäftsführer Werner Stolz die Berliner Pläne.

Kritik kommt an gleicher Stelle von Sebastian Lazay, Präsident des Bundesarbeitgeberverbandes der Personaldienstleister e. V. (BAP). Eine Diskussion „Zeitarbeitsbranche gegen Pflegebranche“ gehe am eigentlichen Kernproblem vorbei. Dünne Per-

sonaldecken, inflexible Arbeitszeiten sowie zeitraubende Administrationsprozesse schreckten Interessenten am Pflegeberuf ab oder führten zu einem Arbeitgeberwechsel. „Insofern konkurrieren attraktive Arbeitgeber mit weniger attraktiven Arbeitgebern auf einem freien Arbeitsmarkt um Fachpersonal in der Alten- und Krankenpflege. Der angebliche Kampf von Branche gegen Branche existiert in Wahrheit gar nicht“, konstatiert Lazay.

VdK-Präsidentin Verena Bentele freut sich über die in den Fokus gerückte Wahrnehmung der gesellschaftlichen Bedeutung des Pflege-themas durch die Politik, schränkt jedoch ein: „Dass

es sich im Ergebnis im Wesentlichen um bessere Gehaltsstrukturen der Pflegekräfte und die Personalausstattung dreht, ist jedoch ein mageres Ergebnis für ein Jahr Arbeit.“ Eine Gewährleistung einer Tarifbindung der Pflegeunternehmen durch die neu gegründete Bundesvereinigung Arbeitgeber in der Pflegebranche“ (BVAP), hält Bentele aus strukturellen Gründen für schwerlich durchsetzbar. Der seit dem 14. Juni bestehende neue Arbeitgeberverein ist ein Zusammenschluss von Pflegeanbietern und Wohlfahrtsverbänden u.a. des Arbeiter-Samariter-Bundes (ASB), der Arbeiterwohlfahrt (AWO), der Diakonischen Dienstgeber in Niedersachsen, des Paritätischen Gesamtverbandes und der Volksolidarität. Ausgewiesenes Ziel des Verbandes ist ein repräsentativer Tarifvertrag in der Pflege. Hierfür wolle der Verband zeitnah Tarifverhandlungen mit der Gewerkschaft aufnehmen. Die Inhalte des Tarifvertrages sollen durch die Sozialpartner in den nächsten Monaten ausgehandelt werden.

VdK-Präsidentin Bentele warnt zudem vor einer Anhebung der Pflegeheimkosten zu Lasten der Bewohner im Zuge einer Lohnsteigerung bei Pflegefachkräften. Ein solides Finanzierungskonzept bleibe die KAP schuldig.

Der VdK plädiert in diesem Kontext für die Einführung einer



Bundesarbeitsminister Hubertus Heil, Familienministerin Dr. Franziska Giffey und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bei der Ergebnisvorstellung der Konzertierten Aktion Pflege (v.l.n.r.), Bild: Screenshot des Videos „Auftakt der Konzertierten Aktion Pflege“, gemeinsame Veröffentlichung der Ministerien.

Pflegevollversicherung, die sämtliche Kosten in der Pflege abdeckt. „Das wäre ein Systemwechsel, der aber jetzt angepackt werden sollte“, ist Bentele überzeugt. Zur Finanzierung einer Pflegevollversicherung seien jedoch Steuerzuschüsse notwendig, um die Mehrkosten der Pflegeversicherung auszugleichen.

Die Thematik der steigenden Eigenanteile der Pflegebedürftigen im Falle einer besseren Bezahlung der Pflegekräfte ist auch Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, präsent. Bei den derzeitigen Rahmenbedingungen des Systems für ihn eine logische Konsequenz. „Um dies zu vermeiden, wird derzeit viel über die Begrenzung der pflegebedingten Eigenbeteiligungen diskutiert. Das klingt einfach. Doch den Folgen, wie einem nach oben offenen Leistungsversprechen, müssen wir uns ehrlich stellen“, mahnt Litsch. Und das dulde keinen Aufschub, „denn die Pflege ist bekanntermaßen nur bis zum Jahr 2022 ausreichend finanziert“.

Schub für Digitalisierung

Litsch bewertet die Ergebnisse der Aktion positiv – wobei dadurch besonders die Digitalisierung „einen großen Schub nach vorne“ gemacht hätte, deren Notwendigkeit mit dem Referententwurf des Digitale Versorgung Gesetzes nun zum ersten Mal in einem Gesetzgebungsverfahren festgehalten sei. „Das ist absolut sinnvoll, denn die Digitalisierung kann nicht nur dazu beitragen, die Pflege stärker mit anderen Professionen zu vernetzen, sondern sie kann auch die Abläufe in der Pflege unterstützen. Je besser die Prozesse unterstützt werden, desto weniger Bürokratie und desto mehr Zeit für die Pflege“, so Litsch.

„Eine faire Vergütung in der Pflege, mehr Ausbildungsplätze und attraktivere Arbeitsbedingungen: Mit der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) sollen wichtige Schritte unternommen werden, um die Situation der Pflegenden und der zu Pflegenden in Deutschland zu verbessern. Damit eine gute pflegerische Versorgung kein Wunschdenken bleibt, sind auch alle beteiligten Akteure in Niedersachsen gefordert, die abgestimmten Maßnahmen der KAP konsequent anzugehen. Das bedeutet auch: Kostenträger müssen Pflegeleistungen angemessen vergüten und Arbeitgeber die Pflegekräfte vernünftig bezahlen.“

Rückt die interprofessionelle Arbeitsteilung näher?

Die Pflegekammer Niedersachsen war an den Beratungen der Konzertierten Aktion Pflege beteiligt und konnte gemeinsam mit den bestehenden Pflegekammern Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein in den Arbeitsgruppen Vorschläge einbringen. Gemeinsam mit Pflegeeinrichtungen, so informiert die Pflegekammer Niedersachsen, wollen die Pflegekammern zum Beispiel ein Modellprojekt zur akutstationären Versorgung von Pflegebedürftigen in Langzeitpflegeeinrichtungen entwickeln. Dabei soll eine neue Versorgungsform geschaffen werden: Die Advanced Practice Nurse. „So können Pflegebedürftige mit kleineren akuten medizinischen Problemen in ihrer gewohnten Umgebung bleiben. Das Pflegefachpersonal in Krankenhäusern und in Pflegeeinrichtungen kann so spürbar entlastet werden.“

Das Thema interprofessionelle Arbeitsteilung im Gesundheitswesen ruft auch noch einmal Martin Litsch auf den Plan, der

die Beschlüsse hierzu begrüßt. „Hier geht es um eine neue Rollenaufteilung zwischen Pflege und anderen Gesundheitsberufen, allen voran Ärzten. Für die AOK ist das eine zentrale Fragestellung, um die Kooperation im Gesundheitswesen zu verbessern und die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen zu steigern“, erläutert der Vorstandsvorsitzende der AOK.

Klares Bekenntnis zu Tariflöhnen

Auch das Land Niedersachsen hat sich in die Arbeitsgruppen zu den Themenfeldern „Personalmanagement, Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung“ und „Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung“ eingebracht. Die Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Dr. Carola Reimann, resümiert: „Ich freue mich sehr, dass Beispiele aus Niedersachsen insbesondere aus dem Förderprogramm zur Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum und aus den Gesundheitsregionen, wie die Einführung kompetenzbasierter Laufbahnen für ältere Beschäftigte sowie Modelle der betrieblichen Gesundheitsförderung eingeflossen sind.“

Auf Landesebene, so Reimann, habe man sich in der Koalitionsvereinbarung klar zu Tariflöhnen bekannt. Doch dafür brauche es Tarifverträge. „Es ist gut, dass der Bund dafür verbesserte Rahmenbedingungen schafft“, betont die Ministerin. Auch auf Bundesebene ist die SPD hier aktiv: Das Bundeskabinett hat im Juni einem Gesetzesvorhaben von Bundesarbeitsminister Hubertus Heil für eine bessere Bezahlung von Pflegekräften zugestimmt. Der Entwurf

sieht unter anderem vor, dass Gewerkschaften und Arbeitgeber einen Tarifvertrag aushandeln. Diesen will die Bundesregierung per Verordnung für die gesamte Branche als allgemeinverbindlich erklären. Alternativ wird einer höherer Mindestlohn diskutiert.

Spot on: Aus- und Weiterbildung

Dr. Dorothea Voss, Leiterin der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung, findet es in diesem Zusammenhang wichtig, „dass sich die Gewerkschaften und die Träger und Einrichtungen zunächst eigenständig auf Tarifverträge verständigen und die Tarifautonomie bewahrt wird. Danach sollte der Gesetzgeber, also der Arbeitsminister, dann aber für flächendeckende Standards sorgen“, so Voss. Ohne diese werde die Pflegebranche nicht die notwendige Stabilität bekommen, um die Herausforderungen zu meistern. Zudem sind für sie berufliche Entwicklungsmöglichkeiten ein zentrales Element, das es zu verbessern gelte, „und das fängt schon bei der Ausbildung an. Dort gibt es derzeit jedenfalls großen Gestaltungsbedarf bei der Sicherung von Qualitätsstandards, denn auch die Ausbildung in den Betrieben leidet unter dem Personalmangel“, analysiert Voss.

Die praktische Ausbildung brauche Zeit und Aufmerksamkeit. Aber es fehlten schlicht Kapazitäten den Pflegekräften von morgen und übermorgen das nötige Rüstzeug mit auf den Weg zu geben. „Wer sich ernsthaft um den Nachwuchs in der Pflegebranche sorgt, sollte vor allem in Aus- und Weiterbildungsstrukturen investieren“, lautet Voss' Fazit. <<

Überblick der Ergebnisse der Konzentrierten Aktion Pflege

>> Mehr Personal:

Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern oder zur Rückkehr in den Beruf zu gewinnen, gelinge nur, wenn sie genügend Kolleginnen und Kollegen an der Seite, verlässliche Dienstpläne und gute Arbeitsbedingungen haben. Deshalb wurde nach Angaben der Bundesregierung vereinbart:

- ein Personalbemessungsverfahren für verbindliche Personalschlüssel für Pflegekräfte in Krankenhäusern zu erarbeiten,
- zügig die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen anzugehen,
- die Fach- und Sprachausbildung für ausländische Pflegekräfte in den Herkunftsländern zu unterstützen,
- ein Gütesiegel für die Vermittler ausländischer Pflegekräfte zu entwickeln.

Mehr Geld:

Bislang seien Pflegekräfte zu niedrig und sehr unterschiedlich entlohnt worden. Deshalb wurde vereinbart:

- die Entlohnungsbedingungen in der Altenpflege zu verbessern,
- nach Qualifikation differenzierte Mindestlöhne zu entwickeln (mindestens für Pflegefach- und Hilfskräfte), einen für Ost und West einheitlichen Pflegemindestlohn zu schaffen.

Zur Umsetzung dieser Ziele kommen nach Auffassung der AG zwei unterschiedliche Wege in Betracht:

- die Festsetzung von Mindestlöhnen auf Vorschlag der Pflegekommission,
- kein Tarifvertrag, der auf der Grundlage des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes unter Berücksichtigung des kirchlichen Selbstbestimmungsrechts flächendeckend erstreckt werden kann. (Mehrheitsposition),

Die hierfür jeweils erforderlichen gesetzlichen Änderungen werden BMAS und BMG zügig auf den Weg bringen.

Außerdem bestehe Einigkeit darüber,

- dass eine Verbesserung der Entlohnung eine verbesserte Finanzausstattung der Pflegeversicherung erforderlich macht,
- eine finanzielle Überlastung der Pflegebedürftigen durch steigende Eigenanteile zu verhindern ist.

Mehr Ausbildung:

Die neuen Pflegeausbildungen starten zum 1. Januar 2020. Ihre Einführung wird begleitet durch die „Ausbildungsoffensive Pflege“ (2019 – 2023). Hierzu wurde nach Angaben der Akteure beschlossen:

- die Zahlen der ausbildenden Einrichtungen und der Auszubildenden bis 2023 im Bundesdurchschnitt um jeweils 10 Prozent zu steigern,
- mit einer Informations- und Öffentlichkeitskampagne für die neuen Pflegeausbildungen zu werben, durch die Verbände der Pflegeeinrichtungen mindestens 5.000 Weiterbildungsplätze zur Nachqualifizierung von Pflegehelferinnen und -helfern einzurichten.

Mehr Verantwortung:

Die Kompetenzen der Pflegefachkräfte sollen gestärkt und ausgeweitet werden. Deshalb sei Konsens,

- den Verantwortungsbereich von Pflegekräften auszuweiten. Dafür werden u.a. Standards zur Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen (z.B. Ärzten) entwickelt. Das BMG startet diesen Prozess noch dieses Jahr,
- die bestehenden Möglichkeiten, Heilkunde auf Pflegefachkräfte zu übertragen, besser zu nutzen, in Modellvorhaben ab 2020 zu erproben, dass Pflegefachkräfte Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel verordnen.

Mehr Digitales:

Die Arbeit von Pflegekräften soll durch Digitalisierung erleichtert werden. Deshalb wurde beschlossen:

- Pflegeeinrichtungen an das TI-Datennetz anzuschließen,
- die Pflege mittelfristig komplett auf elektronische Datenverarbeitung umzustellen (elektronische Pflegeakte, Entlassmanagement, Verordnungen),
- Ab 1. Oktober 2022 sollen ambulante Pflegedienste Leistungen der Pflegeversicherung, ab 1. April 2023 auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur noch auf elektronischem Weg mit den Kassen abrechnen,
- die Möglichkeiten der Telepflege (z.B. Beratung übers Netz) weiterzuentwickeln. <<

Quelle: BMG

GKV-Spitzenverband befürchtet Schwächung

>> Der GKV-Spitzenverband ist der Meinung, dass mit dem Kabinettsbeschluss des MDK-Reformgesetzentwurfes vom 17. Juli 2019 die Bundesregierung den Kurs zur strategischen Schwächung der sozialen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung fortsetzt, wie es in einer Pressemitteilung heißt. Bereits das Faire-Kassenwahl-Gesetz aus dem Bundesgesundheitsministerium sehe im Referentenentwurf vor, die soziale Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband faktisch abzuschaffen. Die Beitragszahlen der Vertreter von Versicherten werde der aktuelle Gesetzentwurf zudem allein im Jahr 2020

mindestens 1,2 Milliarden Euro kosten, denn in dieser Größenordnung würden künftig fehlerhafte Klinikabrechnungen von den Krankenkassen durchgewunken werden müssen. „Die geplanten Reformen gefährden die Sozialpartnerschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung“, und damit eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung der GKV-Versicherten, sagte Dr. Volker Hansen, Verwaltungsratsvorsitzender beim GKV-Spitzenverband. Positiv wird hingegen die geplante Stimmenmehrheit der Vertreter von Versicherten und Arbeitgebern in den MDK-Verwaltungsräten vor. <<

Deutsches Pflege Forum: Vortrag zum MDK-Reformgesetz

>> „Neue Qualitätsprüfung und MDK-Reformgesetz: Was ändert sich für die Pflege?“ lautet der Titel des Vortrages von Dr. Peter Pick, Geschäftsführer Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), den er am 11. September um 18 Uhr im Einsteinsaal der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften am Gendarmenmarkt in Berlin halten wird. Mit dem am 17. Juli beschlossene Gesetzentwurf ändert sich der Status quo der MDK und des MDS. Dieser soll vom GKV-Spitzenverband organisatorisch gelöst werden. Neben dieser aktuellen Ent-

wicklung wird Peter Pick über die „neue Qualitätswelt“ sprechen, die ab Oktober dieses Jahres eingeführt werden soll.

Bestehend aus den 3 Elementen – Einführung von Ergebnisdiktoren, die von den Pflegeheimen erhoben werden, neue Qualitätsprüfungen sowie eine neue Qualitätsdarstellung, die die Pflegenoten ablöst – soll der neue Prüfansatz unter anderem einen größeren fachlichen Austausch zwischen MDK-Prüfern und Bezugspflegekräften ermöglichen. Anmeldungen sind unter <http://deutschespflegeforum.de/termine/anmeldung/> möglich. <<

Kabinett beschließt Entwurf des MDK-Reformgesetzes

>> „Die Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass der Medizinische Dienst neutral prüft und handelt. Um effektiv, glaubwürdig und handlungsfähig zu bleiben, wird der Medizinische Dienst daher unabhängig von den Krankenkassen organisiert. Auch bei den Krankenhausabrechnungen sorgen wir für mehr Transparenz. Gezielte Prüfungen lassen mehr Zeit für eine gute Versorgung“, erklärt Bundesgesundheitsminister Jens Spahn im Rahmen des Gesetzentwurfesentwurfs, der am 17. Juli 2019 im Bundeskabinett beschlossen wurde. Die Organisationsreform des MDK ist laut Bundesgesundheitsministerium folgendermaßen geplant:

- Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) stellen künftig keine Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mehr dar, sondern werden als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts einheitlich unter der Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ (MD) geführt.
- Auch der Medizinische Dienst

des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) wird vom GKV-Spitzenverband organisatorisch gelöst.

- Die Besetzung der Verwaltungsräte der MD wird neu geregelt. Künftig werden auch Vertreter der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und der Verbraucher sowie der Ärzteschaft und der Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten sein.

Auch die Krankenhausabrechnungsprüfung soll novelliert werden:

- Künftig soll die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses den Umfang der zulässigen Prüfungen durch die Krankenkassen bestimmen. Dazu wird ab dem Jahr 2020 eine maximale Prüfquote je Krankenhaus bestimmt, die den Umfang der Prüfungen begrenzt.
- Eine schlechte Abrechnungsqualität hat negative finanzielle Konsequenzen für ein Krankenhaus.
- Strittige Kodier- und Abrechnungsfragen werden systematisch reduziert. Dazu werden

durch verschiedene Maßnahmen bestehende Blockaden des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene aufgelöst.

- Statt Strukturen und Ausstattungen von Krankenhäusern in vielen Einzelfällen zu prüfen, wird das Verfahren in einer Strukturprüfung gebündelt.
- Unnötige Prüffelder im Bereich der neuen Pflegepersonalkostenvergütung werden vermieden.
- Der Katalog für sog. „ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe“ wird erweitert. Dadurch können die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern künftig konsequenter genutzt und dem heute noch häufigsten Prüfanlass entgegengewirkt werden.
- Eine Aufrechnung mit Rückforderungen der Krankenkassen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser ist künftig grundsätzlich nicht mehr zulässig.
- Durch Einführung einer bundesweiten Statistik soll das Abrechnungs- und Prüfgeschehen transparenter werden.

Zudem soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) künftig seine öffentlichen Sitzungen live im Internet übertragen sowie in einer Mediathek für einen späteren Abruf zur Verfügung stellen. Damit soll die Transparenz seiner Entscheidungen weiter verbessert werden. Das Gesetz soll am 1. Januar 2020 in Kraft treten und bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates. <<



Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, Bild: BMG

Studie der Hans-Böckler-Stiftung zu Tarif- und Lohnpolitik in der Altenpflege

„High-Road-Strategie“

Die Studie „Zwischen Aufwertung, Abwertung und Polarisierung. Chancen der Tarif- und Lohnpolitik für eine arbeitspolitische „High-Road-Strategie in der Altenpflege“ beschäftigt sich mit einer Verbesserung der Verdienstsituation in der Altenpflege und ihrer Refinanzierungsgrundlagen als sozialpolitischer Notwendigkeit sowie als Voraussetzung der künftigen Branchenentwicklung. Dabei differenzieren die Studienautoren Michaela Evans und Christine Ludwig zwischen drei Aspekten: dem Lohnniveau, der Lohnentwicklung und der Lohnverteilung. Denn diese Unterscheidung öffne den Blick für die Altenpflege im gegenwärtigen Spannungsfeld von Aufwertung, Abwertung und Polarisierung.

>> Das Lohnniveau in der Pflegebranche ist derzeit oft Diskussionsgegenstand. Besonders die Bezahlung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern wird kritisiert. Doch die Politik hat reagiert und so forderte beispielsweise jüngst-Gesundheitsminister Jens Spahn einen höheren Mindestlohn für Pflegekräfte von „gut 14 Euro“. Dabei will er aber zwischen Fach- und Hilfskräften differenzieren. Auch der Abschluss von flächendeckenden Tarifverträgen in der Altenpflege ist derzeit politischer Wille.

Arm trotz Arbeit?

Die von der Hans-Böckler-Stiftung geförderte Studie des Instituts Arbeit und Technik (IAT) an der Hochschule Gelsenkirchen Studie offenbart: Während sich die Verdienste von Fachkräften der Gesundheitspflege in Krankenhäusern im Bereich des mittleren Lohns aller Berufsgruppen in Deutschland (rund 3.200 Euro brutto im Monat für eine Vollzeitstelle) bewegen, kamen Fachkräfte in der Altenpflege 2017 im Mittel (Median) auf lediglich rund 2.740 Euro brutto für eine Vollzeitstelle. Das entspreche nur etwa 85 Prozent des mittleren Verdienstes für alle Berufe. Hilfskräfte in der Altenpflege verdienen den Ergebnissen zufolge in Vollzeit im Mittel lediglich rund 1.940 Euro pro

Monat – knapp 61 Prozent des Medianverdienstes aller Vollzeitbeschäftigten. Die Studienautorinnen Michaela Evans und Christine Ludwig haben die repräsentative Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit für die Jahre 2017 und 2012 ausgewertet. Neben dem Verdienstniveau nehmen sie besonders die Entwicklung und die Verteilung der Verdienste in den Blick. Ins Auge gefallen ist ihnen dabei, dass die Entgelte von Altenpflegekräften sehr stark nach Beruf, Region und Art der Pflegeeinrichtung differieren. Altenpflegekräfte in Krankenhäusern verdienen demnach deutlich besser als in Senioreneinrichtungen oder der ambulanten Pflege. Grund dafür sei unter anderem auch, dass in Kliniken häufiger Tarifverträge gelten. Auf diese trifft man besonders selten in der ambulanten Altenpflege – mit ein Grund für das schlusslicht Berufsgruppe Altenpflege in Sachen Bezahlung.

Die Auswertung erlaube auch einen Blick auf die unteren 20 Prozent der Verdienste in den verschiedenen Pflagetätigkeiten. Hier liegen beispielsweise die Einkommen der Altenpflegehelfer und -helferinnen in der ambulanten Pflege für eine Vollzeitstelle unter 1.560 Euro im Monat und damit im Bereich des Allgemeinen Mindestlohns. „Eine Zahl, die an Brisanz gewinnt, verdeutlicht man sich, dass 67 Prozent der Hilfskräfte in

der Altenpflege in Teilzeit arbeiten und deshalb noch einmal niedrigere Einkommen erzielen“, sagt IAT-Expertin Evans.

„Die Beschäftigten im gesellschaftlich enorm wichtigen Tätigkeitsfeld der Altenpflege tragen ein überdurchschnittliches Risiko, trotz Arbeit arm zu sein“, konstatiert Studienautorin Ludwig. Das sei nicht nur ein Problem für die Betroffenen, sondern es stelle eine schwere Hypothek für die Arbeitskräftesicherung in der Altenpflege dar – und tangiere damit auch gesamte Gesellschaft und die Wirtschaft: „Auch in anderen Branchen leistet die Altenpflege über ihre Dienste einen Beitrag dazu, den Produktionsfaktor ‚Arbeit‘ abzusichern. Denn zunehmend mehr Erwerbstätige sind gleichzeitig pflegende Angehörige“, schreiben die Wissenschaftlerinnen.

Problematisch: die Refinanzierung von Lohnerhöhungen

Um eine Abwanderung der Fachkräfte aus der Altenpflege abzubremsen, brauche es nach Analyse der IAT-Expertinnen eine arbeitspolitische „High-Road-Strategie“ zur Aufwertung der Altenpflege. Teil dieser Strategie müsse es sein, durch flächendeckende tarifliche Mindeststandards faire Wettbewerbsbedingungen herzustellen. Neben Lohn- und

Tariffragen müssten aber auch die Personalbemessung, verlässliche Arbeitszeiten, berufliche Qualifizierung oder auch die Einführung digitaler Technik angegangen werden. Die dafür notwendige Datengrundlage könne ein neu einzurichtendes Berichtssystem zur Verdienst- und Personalstrukturentwicklung in der Altenpflege liefern.

Zudem müssten die gesetzlichen Vorgaben für die Refinanzierung von Lohnerhöhungen in der Branche geändert werden. Wenn Pflegerinnen und Pfleger der Altenhilfe besser bezahlt würden, schlage das bislang direkt auf die Eigenbeiträge der Gepflegten durch, weil die Pflegeversicherung Lohnerhöhungen nicht übernehme. Durch diesen Mechanismus würden die Löhne in der Altenpflege „faktisch auf relativ niedrigem Niveau ausgebremst“, erklären die Wissenschaftlerinnen.

Das Ziel, die Löhne in der Altenpflege der Bezahlung in der Krankenpflege anzunähern, sei auch deshalb besonders drängend, weil durch die Reform der Ausbildung für Pflegeberufe alle Pflegerinnen und Pfleger zunächst mit einer „generalistischen“ Ausbildung beginnen und sich erst im zweiten Schritt für eine Spezialisierung entscheiden können. Vor dem Hintergrund des Lohnniveaus stellt sich hier einmal mehr die Frage nach der Attraktivität dieses Ausbildungsberufes. <<

Vorstellung des Projekts „Sino-German Eldercare“ in Berlin

Altenpflege als „globales Problem“

Verbindung von theoretischem Wissen und praktischer Erfahrung: Die duale Altenpflegeausbildung in Deutschland hat Tradition. Seit dem Inkrafttreten des Pflegegesetzes im Jahr 2003 einheitlich geregelt, wird das Modell nun zur Blaupause für die Ausbildung chinesischer Altenpfleger und Altenpflegerinnen. Damit die Milliardengesellschaft den demografischen Umbruch aktiv gestalten kann, haben das Information-Analytics-Unternehmen Elsevier, die FUU Sachsen gGmbH sowie das Deutsch-Chinesische Sozialwerk e.V. (DCSW) das Projekt „Sino-German Eldercare“ aus der Taufe gehoben. Ein Zukunftsprojekt – denn die Mehrheit der Chinesen leistet bisher familiäre Pflege, doch auch dort ändern sich die gesellschaftlichen Strukturen. Ende April wurde das Projekt in der Vertretung des Landes Baden-Württemberg beim Bund vorgestellt.

>> „Mich fasziniert die Entwicklung in China, weil es noch nie eine solche Entwicklung in einem solchen Tempo, wie sie in den letzten 25 Jahren durch die Wirtschaftspolitik Deng Xiaopings in der Volksrepublik stattfand, gegeben hat“, erklärte Walter Riester, Bundesarbeitsminister a. D. und Schirmherr des Projektes „Sino-German Eldercare“ bei der Vorstellung desselben am 25. April in Berlin. Riester, der nach eigenem Bekunden auf 25 Jahre Erfahrung mit dem bevölkerungsreichsten Land zurückblickt und durchaus auch zu Beginn die kritischen Aspekte der chinesischen Expansionspolitik reflektiert, berichtet als Keynote-Speaker von einem Gespräch mit dem ehemaligen Staatspräsident der Volksrepublik,

Hu Jintao, im Jahr 2003, das er als herausragend scharfe Analyse deklarierte. Es fiel in die Zeit der Verhandlungen zu Deutsch-Chinesischen Sozialvereinbarungen, und Riester berichtete, der Staatspräsident habe großes Interesse an der Entwicklung der europäischen Sozialsysteme bekundet, da deren Angebote in der Lage seien, Spannungen in der Gesellschaft aufzufangen.

Die Aufrechterhaltung der Harmonie und die Zusammenarbeit – ausgehend von der Familie, – habe Hu Jintao als chinesisches Grundverständnis von Mensch und Kultur in China benannt. Vor diesem Hintergrund habe die 1979 eingeführte Ein-Kind-Politik den gesellschaftlichen Unterbau deutlich verändert, was demografisch

gesehen zunehmend zum Problem für China werde.

Als zweite Problematik, benannte Hu Jintao bei dem Gespräch 2003 die boomende Wirtschaft im Osten und Süden des Landes, für deren Aufbau leistungsstarke junge Männer aus Zentral- und West-China sorgten, die aber in ihrer Heimat für familiäre Dienste folglich fehlten. Darüber hinaus sei die Grundversorgung (Gesundheit, Unfall, Alter) nur für Staatsbedienstete und Militärangehörige gewährleistet gewesen. Vormalig unterstützt durch viele große Staatsbetriebe, sei die Zahl derer rückläufig gewesen und für viele neue und vor allem ausländische Betriebe, galt diese nicht mehr. Zuletzt wies der Staatspräsident laut Riester noch

auf das damals hohe Bruttosozialprodukt jedoch niedriges Pro-Kopf-Einkommen Chinas hin, Probleme, die auch zum Teil im heutigen Europa nicht fremd sind, und so betonte Riester die Möglichkeit des gegenseitigen Lernens mit und aus diesem Projekt. Auch wenn die Altenpflege in Deutschland auf eine längere Geschichte zurückblicken kann, so ist diese doch aktuell auch hierzulande ein „Problemkind“, was jedoch zu einem großen Teil auf strukturelle Ursachen zurückgeführt werden kann. Doch Riester merkt auch an: „Die Pflege benötigt trotz eines hohen Professionalitätsgrades in Deutschland noch viele Ergänzungen. Ein Schwachpunkt liegt darin, dass für Menschen, die der Pflege bedürfen, neben Professionalität ebenso Zuneigung, Erhalt der Menschenwürde sowie Teilhabe am Leben gewährleistet werden muss“, so Riester.

Und so soll gegenseitiges Lernen im Rahmen des auf drei Jahre angelegten Projekts „Sino-German Eldercare“ bedeuten, dass künftig chinesische Altenpflegerinnen und Altenpfleger durch eine am deutschen dualen Pflegeberuf orientierte Berufsqualifizierung ausgebildet werden.

Die deutschen Projektpartner – das Information-Analytics-Unternehmen Elsevier, die FUU Sachsen gGmbH sowie das



Vertreter der Information-Analytics-Unternehmen Elsevier, der FUU Sachsen gGmbH sowie des Deutsch-Chinesischen Sozialwerks e.V. (DCSW) mit den Projektpartnern aus China, Bild: Privat

Deutsch-Chinesische Sozialwerk e.V. (DCSW) – arbeiten dabei gemeinsam mit acht chinesischen Pflege-Colleges und -Akademien an der Umsetzung einer Altenpflegeausbildung in chinesischer Sprache. Das Projekt wird durch die Deutsche Investitions- und Entwicklungsgesellschaft (DEG) vom Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung mitgetragen.

Chinas Altenpflege erlebt nämlich derzeit einen Umbruch. Unter anderem aus den bereits dargestellten Gründen fällt es Familien immer schwerer, die nötigen finanziellen und zeitlichen Ressourcen für die Pflege ihrer Angehörigen aufzubringen. Dadurch seien staatliche und private Pflegedienste zunehmend gefragt. Mit der Etablierung

eines Ausbildungsprogramms nach deutschem Vorbild soll nun die Entwicklung der chinesischen Altenpflege vorangetrieben werden, ohne dabei die landesspezifischen Besonderheiten außen vor zu lassen. Das stehe in Einklang mit den Bemühungen der Volksrepublik, ihre Infrastruktur im Bereich „Eldercare“ auszubauen und so den Herausforderungen der rasch alternden Bevölkerung zu begegnen, denen das Land unter anderem aufgrund der Ein-Kind-Politik, der steigenden Lebenserwartung und der stark zunehmenden Migration



Walter Riestler, Bundesarbeitsminister a. D. und Schirmherr des Projektes „Sino-German Eldercare“, war Keynote-Speaker, Bild: Privat

vom Land in die Ballungszentren gegenübersteht.

Der Projektpartner FUU Sachsen erklärte, dass für die deutsche Altenpflegeausbildung innerhalb des Projektes eruiert werden soll, inwieweit Erkenntnisse der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) angewandt

werden können.

Ergänzend würden Ausbilder beziehungsweise Dozenten der chinesischen Partner am medicampus in Chemnitz ausgebildet und eine E-Learning-Plattform entwickelt, die den teilnehmenden Colleges zur Verfügung gestellt werden sollen. <<

Sachsen: Ausbildungsfinanzierung steht

>> In Sachsen kann ab dem Frühjahr 2020 die generalistische Pflegeausbildung starten. Die Ausbildungskosten werden künftig durch einen Ausgleichsfonds finanziert, der in Sachsen vom Sächsischen Ausbildungsfonds Pflegeberufe (SAFP) bei der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland organisiert und verwaltet wird. Auch die Budgets für die schulische und praktische Ausbildung stehen laut

Sächsischem Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz fest. Für das Schuljahr 2020/21 sollen die Pflegeschulen einheitlich 7.650 Euro im Jahr für jeden Schüler erhalten. Im Jahr darauf sind es 100 Euro mehr. Die Ausbildungsbetriebe erhalten für jeden Auszubildenden eine Aufwandspauschale in Höhe von 8.100 bzw. 7.550 Euro je nach Kostenaufwand für die Praxisanleiter. <<

hsg: Master-Studiengang Pflegepädagogik startet

>> „Mit Blick auf den Start zum Wintersemester 2019/2020 an der Hochschule für Gesundheit (hsg Bochum) nimmt der neue Master-Studiengang ‚Bildung im Gesundheitswesen – Fachrichtung Pflege‘ immer konkretere Formen an. Inzwischen wurden die Stundenpläne veröffentlicht. Wir konnten diese so gestalten, dass eine optimale Studierbarkeit gewährleistet wird“, betont Dr. Tim Peters, Vertretungsprofessor für Pflege- und Gesundheitspädagogik und Programmleiter für den neuen Studiengang an der hsg Bochum.

richtet werden. Der Studiengang sei zudem auf eine enge Verknüpfung von Theorie und Praxis fokussiert. Eine Praxisphase im Umfang von einem Semester solle dafür sorgen, dass pädagogische Ansätze und pflegedidaktische Konzepte bei einer Bildungseinrichtung direkt angewandt und erprobt werden können und vielleicht auch schon der künftige Arbeitgeber kennengelernt wird. Gleichzeitig könnten die in der Lehre gemachten Erfahrungen theoriebasiert im Unterricht reflektiert werden.

Mit zwei präsensfreien Tagen im Master ergebe sich die Möglichkeit, das eigene Studieren individuell zu gestalten. Darüber hinaus ermögliche dies auch, in einem gewissen Umfang beruflich tätig sein zu können. Im Studienprogramm für Quereinsteiger könnten laut Peters im kommenden Wintersemester sogar drei präsensfreie Tage einge-

Absolventen haben damit die Möglichkeit als Pflegelehrer in Kliniken, Gemeinden, an Fachschulen, Pflegeschulen und weiteren Bildungseinrichtungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Gesundheitswesens tätig zu werden.

Ansprechpartner für Fragen zum Master-Studiengang ist Dr. Tim Peters: tim.peters@hs-gesundheit.de. <<

WiDo: Pflege-Report 2019

>> Der Pflege-Report 2019 „Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) analysiert umfassend die Ursachen der Personalnot und die möglichen Maßnahmen, die ein quantitativ wie qualitativ ausreichendes Angebot an Pflegepersonal sicherstellen sollten. Zu den Ursachen



gehörten beispielsweise die hohen krankheitsbedingten Fehlzeiten. Sie entstünden durch die psychischen und physischen Belastungen in der Pflege, die häufig als beschwerend empfundenen Arbeitszeitlagen sowie das als nicht leistungsgerecht erlebte Einkommen. In Fachbeiträgen werden Lösungsansätze formuliert. <<

TK-Gesundheitsreport 2019

„Vergleichsweise schlecht“

Jährlich analysiert die Techniker Krankenkasse (TK) die Krankschreibungen und Arzneimittelverordnungen der TK-versicherten Erwerbs- oder arbeitslos gemeldeten Personen. Im Jahr 2018 waren das nach eigenen Angaben rund 5,2 Millionen. Der aktuelle Report rückt in diesem Jahr die gesundheitliche Situation der Pflegekräfte in den Fokus und titelt: „Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften.“ Die Krankenkasse hat dafür die Daten zur Arbeitsunfähigkeit sowie zu Arzneimittelverordnungen von Berufstätigen der Pflegebranche analysiert und mit den Daten der anderen Berufsgruppen verglichen. Bleibt zu fragen: Wie geht's denn nun Deutschlands Pflegekräften?

>> „In unseren Ergebnissen finden wir Hinweise auf deutliche gesundheitliche Belastungen bei Pflegekräften. Kurz gesagt: Der Gesundheitszustand ist vergleichsweise schlecht“, fasst Dr. Thomas Grobe vom AQUA-Institut, die Ergebnisse des aktuellen Gesundheitsreports für den Fokus der Pflegebranche zusammen.

Der durchschnittliche Arbeitnehmer fehlte im Jahr 2018 an rund 15 Tagen – ein Plus von 2,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die Angehörigen der Pflegebranche waren krankheitsbedingt hingegen 23 Tage nicht an ihrem Arbeitsplatz, wobei Altenpflegekräfte noch einmal häufiger fehlten, als ihre Kollegen aus der Krankenpflege (siehe Grafik). Insgesamt weist die Branche an Fehltagen also ein deutliches Plus von 8 Tagen im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen auf. Schaut man sich die Datengrundlage der Untersuchung an, so befanden sich 2018 bei der Techniker jahresdurchschnittlich 181.000 Berufstätige in einem Pflegeberuf, davon 129.000 in Krankenpflege- und 52.000 in Altenpflegeberufen. Der Anteil der Beschäftigten in Krankenpflegeberufen an allen bei der TK-versicherten Berufstätigen betrug im Jahr 2018 2,6 Prozent. Auf Berufstätige in Altenpflegeberufen entfiel ein Anteil von einem Prozent. Der Frauenanteil unter

den Beschäftigten in Pflegeberufen lag nach den vorliegenden Daten bei gut 80 Prozent.

Kümmern um die, die heute schon pflegen

„Beschäftigte in der Pflege sind nicht nur häufiger und insgesamt länger krank“, führt Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK, weiter aus. „Sie verzeichnen auch insbesondere bei Erkrankungen des Bewegungsapparats und bei psychischen Erkrankungen viel höhere Fehlzeiten als der Schnitt der Berufstätigen. Oder mit anderen Worten: Pflege kann – deutlich stärker als andere Berufe – auf die Gesundheit gehen, allem voran auf den Rücken und die Psyche“, ergänzt Baas, der deutlich macht, wie immens wichtig der Blick auf die aktuelle Situation in der Pflege Tätigen ist – auch in Zeiten des Fachkräftemangels. Den politischen Handlungswillen mit Verweis auf die „Konzertierte Aktion Pflege“ (KAP) begrüßend, sei es wichtig, sich „insbesondere auch um die (zu) kümmern, die heute schon pflegen“.

Dass es diesen zunehmend weniger gut geht, zeigen weitere Zahlen des Gesundheitsreportes. Im Verhältnis zu den Berufstätigen insgesamt wurden im letzten Jahr wesentlich mehr Fehltage im Hinblick auf psychische Störungen und Erkrankungen des Bewegungs-

apparates verzeichnet. Die letztgenannte Diagnose produzierte bei Angehörigen der Pflegebranche beispielsweise 478 AU-Tage je 100 Versicherungsjahren, während sie bei den Angehörigen der übrigen Berufsgruppen nur für 261 AU-Tage je 100 Versicherungsjahren verantwortlich war. Bei psychischen Störungen verhielt es sich ähnlich: 463 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre der Pflegebranche stehen 247 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre aller anderen Berufsgruppen gegenüber.

Sieht man sich die Belastungsschwerpunkte getrennt nach Geschlechtern an, so zeigt sich, dass bei Männern die psychische Belastung im Verhältnis zur Vergleichsgruppe der übrigen Arbeitnehmer eine größere ist und bei Frauen Erkrankungen des Bewegungsapparates eine größere Rolle spielen. So stehen hier 544,5 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahren der Pflegeberufsangehörigen 265 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahren der Frauen insgesamt gegenüber. Die Autoren weisen auf die hohe körperliche Belastung der Arbeitnehmerinnen in der Pflegebranche, allen voran der Altenpflege, hin. Unter den 10 häufigsten ICD-Diagnosen rangiert unter den Pflegeberufen „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ auf Rang 1 (149 AU-Tage je 100

Versicherungsjahre; Berufstätige insgesamt 125 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre), die aber mit einer durchschnittlichen Falldauer von sieben Tagen bei Berufstätigen in der Pflege nur für relativ kurze Zeiträume zu Krankschreibungen führten.

Betrachtet man Alten- und Krankenpflege getrennt, so sind „Rückenschmerzen“ in der Altenpflege mit 173 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre hier der häufigste Grund für das Fernbleiben vom Arbeitsplatz, während in der Krankenpflege dieses Diagnose „nur“ mit 126 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre verzeichnet ist. In der Altenpflege findet sich auf Platz 2 mit 155 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre die Diagnose „Depressive Episode“, für die eine durchschnittliche Falldauer von 58,6 Tagen ermittelt wurde. Im Vergleich dazu: Krankschreibungen mit Rückenschmerzen dauerten durchschnittlich 16 Tage.

Konkurrenz um Personal

Die Autoren des Reportes haben auch die Arzneimittelverordnungen bei Berufstätigen in der Pflege untersucht, die indirekt auch Rückschlüsse auf Erkrankungen und gesundheitliche Zustände solcher Art zulassen, dass sie nicht typischerweise zu Krankschreibungen führen. Die Reportautoren

stellen fest: „Substanzübergreifende Auswertungen zeigen, dass Berufstätigen in Kranken- und Altenpflegeberufen im Durchschnitt sowohl mehr Präparate als auch größere Arzneimittelmengen gemessen in definierten beziehungsweise üblicherweise verordneten Tagesdosen (englisch: „Defined Daily Dose“, DDD) als die Vergleichsgruppe verordnet bekamen.“

Gesundheit als Waffe gegen den Fachkräftemangel

Seit dem Jahr 2004 sei ein Anstieg der verordneten Tagesdosen bei Männern und Frauen in Krankenpflegeberufen dokumentiert, wobei die Abweichungen von Vergleichswerten zu Berufstätigen insgesamt seit dem Jahr 2009 zunehmend größer geworden seien. Das manifestiert sich in der seit 2004 Zunahme der Zahl der verordneten Tagesdosen um 48 Prozent in der Gruppe der Berufstätigen, während die

Zunahme bei Berufstätigen in Krankenpflegeberufen im selben Zeitraum eine Steigerung von 74 Prozent erfuhr. Ganz oben stehen hinsichtlich der durchschnittlich verordneten Tagesdosen bei Berufstätigen in Pflegeberufen Arzneimittel zur Blutdrucksenkung, zur Behandlung von Magengeschwüren, Antidepressiva und Schilddrüsenpräparate. Welche Schlüsse lassen sich nun aus diesen Ergebnissen für die Pflegefachkräfte ziehen? „Gelingt es künftig, diesen Menschen den Berufsalltag so zu gestalten, dass er nicht mehr ‚krank‘ macht, hilft das nicht nur den einzelnen Pflegenden und Gepflegten, sondern ist auch Teil der Lösung gegen den Fachkräftemangel in der Pflege“, analysiert Jens Baas. Denn: In der Regel seien Pflegeberufe eben leider keine „Entscheidung fürs Leben“ – viele Pflegekräfte kehrten der Station nach einigen Berufsjahren den Rücken, teilweise schon direkt nach der Ausbildung. Zudem über rund die Hälfte aller Pflegekräfte

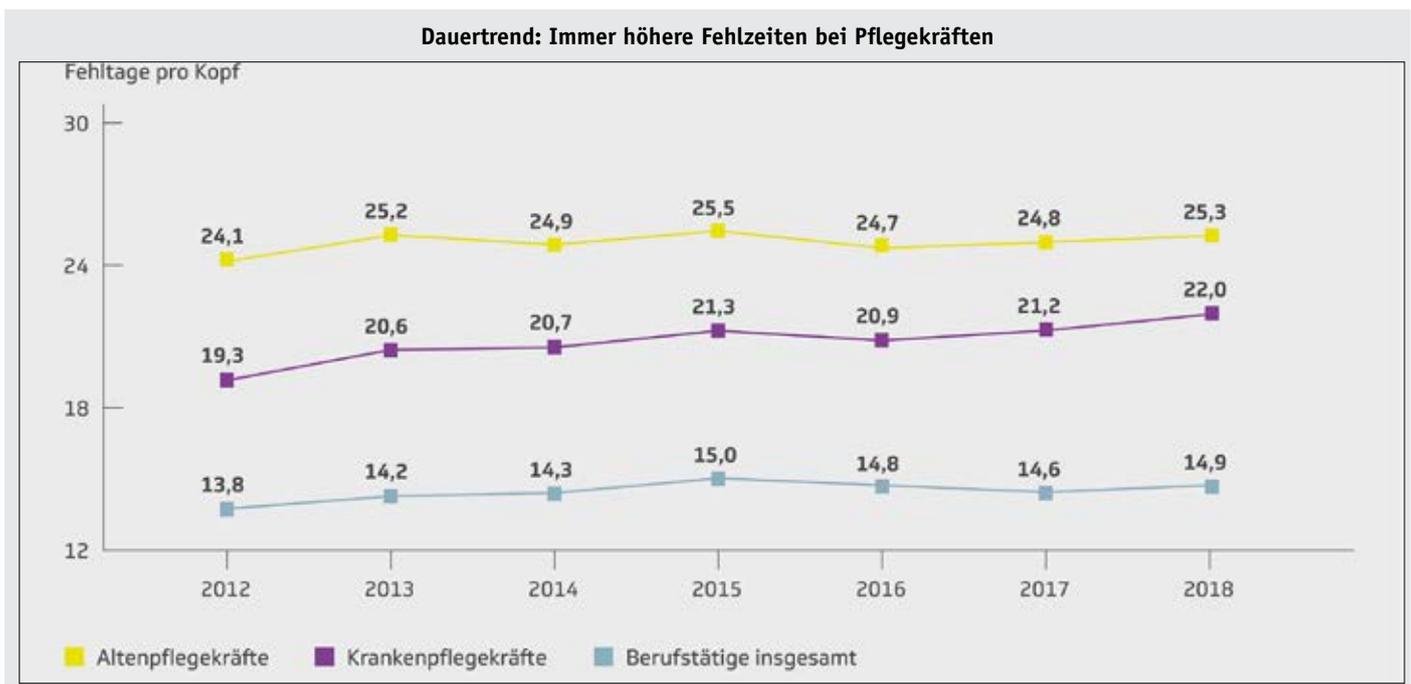
ihren Beruf nur in Teilzeit aus. In den Auswertungen der TK betrifft dies 53 Prozent der pflegenden Frauen und 26 Prozent der Männer, gegenüber 45 bzw. zehn Prozent bei berufs- und altersübergreifenden Auswertungen.

Mit der Elektronischen Patientenakte den Krankenstand senken

Wie die TK interveniert, erklärt Jens Baas: „Ganz konkret unterstützen wir beispielsweise das bundesweite Modellprojekt ‚Pro-care‘. Unter der Leitung von Privatdozentin Dr. Bettina Wollesen (Universität Hamburg) entwickeln Wissenschaftler aus ganz Deutschland ein Präventionsprogramm für Pflegeeinrichtungen, das sich an Pflegekräfte und Pflegebedürftige richtet und überprüfen im Anschluss die Erfolge der Interventionen.“ So stünden zum Beispiel Ergonomie-Schulungen, Rückenfitnesskurse, Yoga oder Entspannung sowie Maßnahmen zur Stressbewältigung ganz oben

auf der Wunschliste der Mitarbeiter, wie Wollesen erklärt. Für die BewohnerInnen wiederum sei auf Basis eines partizipativen Ansatzes eine Intervention entwickelt worden, die Bewegung, Kognition und psycho-soziales Wohlbefinden adressiere. Erste Ergebnisse von Interventionsteilnehmern in Hamburg lägen vor und sprächen für einen Erfolg der seit 2017 implementierten Maßnahmen, berichtet Wollesen.

Dass auch der Einsatz einer Elektronischen Patientenakte zur Entlastung beitragen kann, präsentierte Dr. Irmgard Landgraf auf der Pressekonferenz. Als niedergelassene Ärztin betreut sie ein Berliner Pflegeheim und sie konstatiert, dass die gute Kenntnis der Pflegekräfte durch die barrierearme Information durch die Patientenakte die Patientensicherheit „sehr erhöht“. „Zusammenarbeit auf Augenhöhe“, ein „unterdurchschnittlicher Krankenstand“ und eine „extrem geringe Fluktuation“ – diese Entwicklungen sprechen da für sich. <<



„Dauertrend: Immer höhere Fehlzeiten bei Pflegekräften. Fehltag pro Kopf und Jahr nach Berufsgruppe“ aus dem TK-Gesundheitsreport 2019, Quelle: Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse 2019

Richtlinie zur Förderung von Zuwendungen für die Stärkung der Pflegeforschung

Forschung: Pflege im Fokus

Nicht nur die gesellschaftliche Struktur, sondern auch die Rahmenbedingungen für die pflegerische Versorgung sind Veränderungen, die durch den demografischen Wandel hervorgerufen werden. Um die Pflegepraxis gezielt und qualitativ hochwertig weiterzuentwickeln, muss die Pflegeforschung die notwendige Evidenz schaffen. An ausgewählten Hochschulstandorten sollen daher die Entwicklung und der Ausbau von Forschungskapazitäten in den Fachdisziplinen der Pflegeforschung unterstützt werden. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat im Juni eine Richtlinie zur Förderung von Zuwendungen für die Stärkung der Pflegeforschung veröffentlicht.

>> Gegenstand der Förderung sind zwei eigenständige Module. Modul 1 beinhaltet die Anreizsetzung für die Einrichtung von Professuren und Modul 2 die Förderung von Projekten des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Pflegeforschung.

Dabei erfolgt die Unterstützung durch das BMBF, so informiert das Ministerium, in beiden Modulen über die Förderung konkreter Forschungsprojekte. Diese sollten relevante und zukunftsgerichtete Themen der Pflegeforschung bearbeiten.

Modul 1 richtet sich an Hochschulen, die an einer medizinischen, gesundheitswissenschaftlichen oder soziologisch/psychologisch orientierten Fakultät einen Lehrstuhl oder eine selbstständige Abteilung für Pflegewissenschaft neu einrichten möchten.

Gefördert sollen für begrenzte Zeit zusätzliche Personalstellen zur Unterstützung der Forschung an einem neu eingerichteten Lehrstuhl bzw. an einer neu eingerichteten selbstständigen Abteilung werden. Die Förderung des Forschungsprojekts ist

in der Regel für einen Zeitraum von bis zu sechs Jahren in zwei Förderphasen von jeweils drei Jahren möglich. Ein zweistufiges Antragsverfahren ist in beiden Modulen zu durchlaufen.

Im Rahmen des Moduls 2 werden an Hochschulen mit bereits bestehenden Instituten oder Abteilungen für Pflegewissenschaft Forschungsprojekte gefördert, die von Nachwuchswissenschaftlerinnen oder Nachwuchswissenschaftlern konzipiert und durchgeführt werden. Die Themen der Forschungsprojekte müssen

eine hohe Relevanz für die pflegerische Versorgung und einen fundierten Forschungsbezug haben. Sie sollen dem forschungsorientierten Nachwuchs ermöglichen, eigene Forschungsprofile zu entwickeln, selbstständig zu arbeiten und sich dadurch für eine wissenschaftliche Laufbahn in der Pflegeforschung zu qualifizieren.

Mit der Abwicklung der Fördermaßnahme hat das BMBF derzeit folgenden Projektträger (PT) beauftragt. Weitere Informationen finden Sie unter www.gesundheitsforschung-bmbf.de <<

Pflegeberufegesetz: Rahmenlehrpläne für neue Pflegeausbildungen übergeben

>> Die Fachkommission nach dem Pflegeberufegesetz hat am 26. Juni die von ihr erarbeiteten Rahmenlehr- und Rahmenausbildungspläne für die neuen Pflegeausbildungen dem

Bundesfamilienministerium und dem Bundesministerium für Gesundheit fristgerecht übergeben. Pflegeschulen und Träger der praktischen Ausbildungen sollen damit in Kürze konkrete

Vorschläge für die Ausgestaltung der neuen Ausbildungen erhalten. „Erstmal gibt es bundesweite Rahmenpläne für die Ausbildung in der Pflege. Das ist ein wichtiger Schritt, damit die Pflegeberufereform erfolgreich umgesetzt werden kann“, so Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey.

Das Bundesgesundheitsministerium und das Bundesfamilienministerium haben die ehrenamtlichen Mitglieder der Fachkommission am 21. November 2018 für die Amtsdauer von fünf Jahren eingesetzt. Die Fachkommission hat die gesetzliche Aufgabe, Rahmenlehr- und Rahmenausbildungspläne (Rahmenpläne) für die neuen Pflegeausbildungen zu erarbeiten, die ab dem 1. Januar 2020 beginnen. Die Rahmenpläne

enthalten konkrete Vorschläge für die inhaltliche Ausgestaltung der neuen beruflichen Pflegeausbildungen. Sie werden laut Ministerium den Pflegeschulen beziehungsweise den Trägern der praktischen Ausbildung kostenfrei zur Verfügung gestellt. Die Rahmenpläne sollen als Orientierungshilfe zur Umsetzung der Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz und der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung empfehlende Wirkung für die Lehrpläne der Länder und die schulinternen Curricula der Pflegeschulen entfalten.

Darüber hinaus sind sie laut Pflegeberufegesetz bis zum 1. Juli 2019 den beiden Ministerien zur Prüfung der Vereinbarkeit mit dem Pflegeberufegesetz vorzulegen. <<



Übergabe der Rahmenlehr- und Rahmenausbildungspläne an Dr. Franziska Giffey und Jens Spahn, Bild: BMG, Thomas Ecke

Studie der AOK Baden-Württemberg zu der Versorgung mit Inkontinenzprodukten

Wirklich gut versorgt?

Über 60 Prozent der Pflegebedürftigen in Deutschland, die von einem Pflegedienst versorgt werden, sind von einer Harninkontinenz betroffen, wie das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) und der Charité Universitätsmedizin Berlin Ende 2018 im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie ermittelten. Bei Pflegeheimbewohnern sei der Anteil laut den Ergebnissen noch höher. Vor diesem Hintergrund erhält die erstmals durchgeführte Versichertenbefragung der AOK Baden-Württemberg im Bereich aufsaugender Inkontinenzprodukte noch größere Relevanz, gilt es doch, mithilfe der evaluierten Erfahrungswerte, eine bessere Versorgung der Betroffenen zu ermöglichen.

>> Das zentrale Ergebnis: „Qualität gut, Beratung könnte besser sein“, fasst die AOK-Baden-Württemberg zusammen. Die Daten basieren auf einer durch das IMK Institut für angewandte Marketing- und Kommunikationsforschung im ambulanten Bereich schriftlich und einer im stationären Bereich persönlich durchgeführten Befragung von AOK-Versicherten, die mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln versorgt werden. Von 1.500 Fragebögen an ambulant Versorgte fanden 622 den Weg zurück zur Krankenkasse, stationär wurden 103 Personen befragt. Die Studienteilnehmer sahen sich einem standardisierten Fragebogen gegenüber, der hauptsächlich mit geschlossenen und teilweise (teil-)offenen Fragestellungen operierte. Eine Vorbereitung fand mit Hilfe eines Fragebogen-Pretests statt.

Leistungserbringer profitieren von Wohnortnähe

Was die Produkte anbelangt, so verwenden Befragte, die ambulant mit saugenden Inkontinenzhilfsmitteln versorgt werden, am häufigsten Inkontinenzvorlagen (72%) – gefolgt von Inkontinenzunterhosen (26%), saugenden Inkontinenzhosen (12%) und Netzhosen (11%). Betrachtet man die Nut-

zer getrennt nach Geschlechtern so ist auszumachen, dass bei Frauen mit 77% die saugende Inkontinenzvorlage noch etwas beliebter ist als bei Männern (65%). Dieser Produkttyp wird insgesamt mit 78% häufiger über Apotheken bezogen als über Homecare-Unternehmen (69%) oder Sanitätshäuser (65%). Hier waren Mehrfachnennungen möglich. Insgesamt verwenden die Befragten etwa drei Inkontinenz-Produkte pro Tag, wobei Frauen durchschnittlich etwa ein Produkt mehr verwenden als Männer. Von diesen geben 77% an, quantitativ optimal mit Produkten versorgt zu sein, bei den befragten Frauen sind es 71%. Die Zahl derer, die sich unterversorgt fühlen, liegt bei insgesamt 23%. Im stationären Bereich sind 93% mit der Menge an Produkten zufrieden.

Bei der Marke bleiben sich die meisten Befragten im ambulanten Bereich treu: Nahezu 9 von 10 Befragten verwenden immer das gleiche Produkt. Nur in Ausnahmefällen wird gewechselt. Die meistverwendeten Produkte sind die der Firmen Hartmann, seni und Tena. Diese erwerben die Studienteilnehmer hauptsächlich bei einem Leistungserbringer in Wohnortnähe (Apotheken 49%, Sanitätshäuser 41%). 29% finden den Weg durch eine Arztempfehlung in die Apotheke, während

das Sanitätshaus mit 23% von dieser Berufsgruppe etwas seltener empfohlen wird. Homecare-Unternehmen hingegen würden häufig nach einer Beratung durch die AOK gewählt. Der Aspekt der Wohnortnähe des Leistungserbringers nimmt mit wachsendem Alter zu. So ist sie für 35 Prozent der 41- bis 65-Jährigen das wichtigste Kriterium bei der Wahl des Leistungserbringers und für 44% der 76- bis 85-Jährigen. Die Beratung durch Apotheken, Sanitätshäuser und Homecare-Unternehmen ist gut, findet den Ergebnissen zufolge allerdings zu selten statt. Nur 68% geben an, zu Beginn der Versorgung beraten worden zu sein. Hier sieht die Krankenkasse Verbesserungspotenzial.

Vertragspflicht wird nicht nachgekommen

Auch bei weiteren Aspekten – insbesondere bei der Übergabe einer Patienteninformation und dem Angebot, Produkte zu testen – ist die Beratung nicht ausreichend. So sagen 22% der im ambulanten Bereich Befragten, gar nicht beraten worden zu sein – „obwohl dies eine zentrale Vertragspflicht der Partner ist“, wie die AOK Baden-Württemberg moniert. Die Folge daraus ist, dass vor allem im ambulanten Bereich viele Befragte angeben,

private Mehrkosten zu leisten, weil sie andernfalls zu wenige Produkte hätten, um den eigenen Bedarf zu decken.

„Durch unsere regionale Struktur können wir zielgenau und rasch auf unsere Vertragspartner zugehen, um eventuelle Verbesserungspotenziale in der Beratung unserer Versicherten anzusprechen. Diese Möglichkeit werden wir in Gesprächen und Verhandlungen mit den Vertragspartnern nutzen“, erklärt Kyriake Mastroyannis, Referatsleiterin Hilfsmittel bei der AOK Baden-Württemberg. Das tut auch Not, denn Inkontinenz kann die gesellschaftliche Teilhabe in großem Maße beeinträchtigen. Daher ist eine gute Versorgung, die mit einer guten Beratung beginnt, unerlässlich. „Der richtige Umgang mit Blasen- und Darmschwäche ist wichtig. Dadurch können viele gesundheitliche, aber auch seelische Probleme gelindert oder sogar ganz vermieden werden. Die Lebensqualität kann so erheblich verbessert werden“, sagt Dr. Ralf Suhr vom ZQP. Die Stiftung hat einen kostenlosen Ratgeber für pflegende Angehörige mit praktischen Hinweisen und aktuellem Basiswissen zum Thema Harn- und Stuhlinkontinenz entwickelt. Der Download ist unter folgendem Link möglich: <https://www.zqp.de/inkontinenz-pflege/> <<

Prof. Dr. sc. Marion Schaefer
Rudolf Bals
Dipl.-Päd. Thomas Brauner
Dipl.-Volksw. Christian Luley
Dipl.-Verww. Otto Melchert

Älter werden in einem digitalen Gesundheitssystem

Teilhabe, Transparenz und Selbstbestimmung als ethische Dimensionen

Auch im Gesundheitsbereich schreitet die Digitalisierung voran, nicht nur bei der strukturellen Vernetzung und der Gestaltung von Prozessen, sondern auch bei der Erfassung und Auswertung patientenbezogener Daten durch oft wenig transparente Algorithmen. Da die Informationstechnik derzeit eine exponentielle Entwicklungsphase durchläuft und daher schneller ist als der physiologische Alterungsprozess, wird es immer Menschen geben, für die eine Ausgrenzungsgefahr besteht. Zudem haben gerade ältere Menschen oft diffuse Erwartungen, aber auch Ängste, die sie mit der Digitalisierung verbinden. An vorderer Stelle steht dabei der Wunsch, selbst auch Nutznießer der Digitalisierung zu sein und nicht nur als Daten lieferndes Objekt gebraucht zu werden.

>> Die AG Gesundheit 65 PLUS will in diesem Zusammenhang auf Aspekte hinweisen, die vor allem ältere Menschen betreffen und bei der weiteren Ausgestaltung und Umsetzung digitaler Prozesse berücksichtigt werden sollten:

- Politik und regulative Behörden sollten die zunehmende Einführung und Nutzung digitaler Anwendungen, aber auch die begleitende Datenerfassung im Gesundheitsbereich so steuern, dass auch Ältere vom Nutzen der Digitalisierung profitieren können. Die höhere Vulnerabilität älterer Menschen bzw. ihre geringere Fähigkeit mit Überforderungen und Frustrationen umzugehen, muss insbesondere dort berücksichtigt werden, wo bisher gewohnte Prozesse und Abläufe durch die Digitalisierung grundlegend verändert werden. In solchen Fällen müssen deshalb immer Übergangsregelungen vorgesehen sein, die eine sich nur langsam verändernde Digitalkompetenz älterer Menschen im Auge behält.
- Die altersabhängige Entwicklung der Digitalkompetenz sollte in regelmäßigen Abständen durch repräsentative Erhebungen erfasst und ausgewertet werden, da nur so angemessene Schlussfolgerungen abgeleitet werden können, um sie gezielt im Sinne einer höheren Gesundheitskompetenz für alle Altersschichten zu verbessern.
- Die Regelungen zur kritischen Bewertung und raschen Einführung

Zusammenfassung

Ältere Menschen profitieren nicht nur weniger von der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitssektor, sie sind auch anfälliger gegenüber ihren Risiken oder haben keinen direkten Zugang zu digitalen Dienstleistungen. Mit Blick auf prädiktive Analysen und künstliche Intelligenz ist sogar eine Diskriminierung zu befürchten. Schon deshalb muss bei einer rein korrelationsbasierten Mustererkennung immer auch ein Plausibilitäts-Check durchgeführt werden, um der statistischen Regression zur Mitte entgegenzuwirken. Werden prädiktive Ergebnisse dennoch genutzt, um therapeutische Entscheidungen zu beeinflussen, muss dies transparent gemacht werden. Denn anderenfalls können Ängste und Irritationen ausgelöst werden. Ältere bedürfen demnach eines besonderen Vertrauensschutzes, auch weil sie gewöhnlich von den Empfehlungen und der Hilfe anderer, seien es Behörden oder Vertrauenspersonen, angewiesen sind.

Schlüsselwörter

Teilhabe, Transparenz, Selbstbestimmung, Digitalisierung

von innovativen digitalen Angeboten für den Gesundheitsbereich durch das BfArM wird begrüßt. Allerdings scheint der Zeitraum von nur einem Jahr für die Erbringung eines Nutznachweises durch eine Studie in der Praxis als sehr kurz. In welcher Form der Nutznachweis erbracht und präsentiert werden soll, ist bisher offenbar nicht im Detail festgelegt. Sofern der Nutzen relativ klar erkennbar ist und von den Anwendern bestätigt wird, sollte die Erprobungszeit gegebenenfalls unbürokratisch verlängert werden können. Auf keinen Fall sollten nutzenstiftende innovative Anwendungen aus rein formalen Gründen nach Ablauf der Jahresfrist aus der Liste der erstattungsfähigen Apps gestrichen werden.

- Gesundheitsfachleute in allen Tätigkeitsbereichen haben mit der zunehmenden Digitalisierung einen zusätzlichen Bildungsauftrag gegenüber den Patienten, der gleichzeitig die ohnehin notwendige sektorübergreifende professionelle Zusammenarbeit fördern sollte. Das heißt, die Aufklärung bzw. Erklärung digitaler Gesundheitsangebote sollte arbeitsteilig dort erfolgen, wo es am besten in den Arbeitsablauf integriert werden kann, z.B.: Erklärung der Handhabbarkeit medizinisch sinnvoller Apps in Arztpraxen oder Apotheken mit Hinweisen auf weitere zweckmäßige Informationsquellen.
- Da ältere Menschen wahrscheinlich immer Unterstützung bei der Bewältigung digital getriebener Prozesse brauchen, die nicht für jeden durch Familie und Bekannte geleistet werden kann, sollten ihnen Ansprechpartner bekannt sein, die sie im Bedarfsfall anrufen können. Auch die ambulanten Pflegedienste werden möglicherweise in Zukunft derartige Aufgaben übernehmen müssen. Parallel sind öffentlich zugängliche Kursangebote in Vorbereitung auf das Altern zu fordern, die auch digitale Kompetenz für den Gesundheitsbereich vermitteln sollten. Ob sich darüber hinaus neue Berufsbilder herausbilden (z.B. ein Digital-Coach), bleibt abzuwarten bzw. könnte durch entsprechende Ausbildungsangebote angeregt werden.

Zugang und Teilhabe

Voraussetzung für den Zugang zu digitalen Angeboten ist ein gewisses formal-technisches, aber auch inhaltliches Verständnis der Abläufe, das nicht zuletzt über die Sprache vermittelt wird.

Informationen, die sich an potenzielle Nutzer digitaler Dienstleistungen richten, müssen deshalb auch für ältere Mitbürger verständlich sein und weitgehend auf Fachjargon und nicht allgemein bekannte Begriffe verzichten.

Wann immer technisch zur Erkennung des Anwenders zweifelsfrei umsetzbar, sollten für ältere Menschen individuelle physiologische Merkmale (Stimme, Gesichtserkennung, Fingerkuppe) für den Zugang zu digitalen Angeboten genutzt werden können, da Passwörter häufig vergessen werden.

Bei einer notwendigen Menüsteuerung sollten häufig genutzte Funktionen auf der Menüoberfläche zu finden sein, ohne dass eine Suche in verschiedenen Submenüs notwendig wird. Die dabei verwendeten Begrifflichkeiten sollten die jeweilige Funktion möglichst verständlich benennen oder wenigstens in einem Textfeld inhaltlich erläutern. Auch hier ist eine Sprachsteuerung für Ältere vorzuziehen.

Ältere Menschen sind auch auf Rückmeldungen angewiesen, ob ihr Vorgehen bei Auswahl- und Entscheidungssituationen korrekt war. Dazu können anfangs durchaus technische Mittel der Kommunikation genutzt werden. Wo dies nicht ausreicht, sollte aber immer die Möglichkeit offen bleiben, individuelle Besonderheiten mit einem menschlichen Ansprechpartner zu klären. Digitale Angebote sollten deshalb den potenziellen Anwender in möglichst individuell passender Form erreichen.

Der einfache Hinweis auf Webseiten oder Apps kann von älteren Menschen oft nicht mehr ohne fremde Hilfe befolgt werden, sofern sie ihrer nachlassenden Aufmerksamkeit nicht ohnehin entgehen. Perspektivisch kann auch hier der verstärkte Einsatz von Zielgruppen adaptierten Sprachassistenten Zugang und Nutzung von digitalen Anwendungen für ältere Personen erleichtern.

Digitale Angebote sollten grundsätzlich frei wählbar und auch wieder abwählbar sein, ohne dass die jeweiligen Nutzer weiterhin mit Werbebotschaften verunsichert oder gar belästigt werden. Dies gilt auch für die Kündigung von vertraglichen Vereinbarungen, die oft von zahlreichen Rückfragen bzw. Rückgewinnungsversuchen begleitet werden. Auch hier ist ein Nein ein Nein.

Kommunikation

Eine verständliche und didaktisch gut angelegte Information über neue digitale Gesundheitsdienstleistungen und ihre Nutzenfekte ist die Voraussetzung für die Stärkung der Gesundheitskompetenz im Alter und sollte gerade für diese Zielgruppe aktiv betrieben werden.

Die digitale Kommunikation mit älteren Menschen sollte aber auf deren spezifische Informationsbedürfnisse zugeschnitten sein und so individualisiert wie möglich erfolgen. Dabei sind vor allem die oft eingeschränkten visuellen und kognitiven Fähigkeiten zu berücksichtigen. Denn anders als junge Menschen kennen sich die Älteren in dem meist englischsprachigen Fachjargon der digitalen Welt nicht aus und können damit auch die vermittelten Informationen nicht verstehen. Mitunter resultiert daraus sogar eine generelle Verweigerungshaltung, die unbedingt vermieden werden sollte. Grundsätzlich sollte der Einsatz technischer Kommunikationsmittel

die soziale Vereinzelung nicht noch weiter vorantreiben, sondern ihr entgegenwirken. Denn gerade im Alter kann die Kommunikation über elektronische Medien – entsprechende Fähigkeiten sie zu nutzen vorausgesetzt – das persönliche Zusammentreffen zumindest ansatzweise ersetzen und den Zusammenhalt fördern.

Transparenz

Datenverwerter im Gesundheitsbereich müssen gerade den Älteren erklären, mit welchen konkreten Daten sie zu welchen Erkenntnissen gelangen wollen. Die Offenlegung der dahinter stehenden Algorithmen sollte – sofern sie unter das Medizinproduktegesetz fallen – zumindest gegenüber der zulassenden Behörde durch die Anbieter verpflichtend sein.

Denn Intransparenz und Sorge vor Datenmissbrauch schüren vor allem bei älteren Menschen Ängste und Gefühle des Ausgeliefertseins. Wenn dazu im Einzelfall erhaltene Informationen falsch verstanden und falsch bewertet werden, können sich die dadurch ausgelösten Vorstellungen bis in krankhafte Ideen, etwa einen Verfolgungswahn, steigern. Um das Gefühl des „von anderen beherrscht oder gar ausgespäht zu werden“ zu entkräften, sollten die Algorithmen zur Generierung individualisierter Informationen wenigstens soweit erklärt werden, dass das Prinzip verstanden werden kann.

Dass technische Geräte in der Regel mit IP-Adressen versehen und vernetzt werden, darf nicht dazu führen, dass ihr Gebrauch durch deren Besitzer ohne deren Wissen erfasst und ausgewertet wird.

Wenn Daten erfasst werden, muss dies offen und verständlich angezeigt werden. Ist die Nutzung eines Programms oder eines Gerätes daran gebunden, dass eine Datenerfassung und -auswertung erfolgt, sollte der Anwender bereits vor dem Kauf oder der Installation darauf ausdrücklich hingewiesen werden.

Bei Apps zur Erfassung physiologischer bzw. medizinisch relevanter Daten sollte grundsätzlich ein entsprechender Hinweis gefordert werden, wenn der Betreiber der App diese Daten an Dritte zur weiteren Auswertung weiterleitet. Dies soll bei einer beträchtlichen Anzahl von medical Apps der Fall sein (Grundy, Q. et al.: Data sharing practices of medicines related apps and the mobile ecosystem: traffic, content, and network analysis. *BMJ* 2019;364:l920).

Nutzen digitaler Anwendungen

Besonders für ältere Menschen sollte der Nutzen von digitalen Anwendungen verständlich erklärt und erkennbar auf eine Verbesserung ihrer individuellen Situation ausgerichtet sein.

Da eine gesunde Lebensweise im Alter von besonderer Bedeutung ist, könnte auch auf digitalem Wege eine ausreichende Bewegung und gesunde Ernährung unterstützt sowie soziale Kontakte erhalten und der zwischenmenschliche Austausch gefördert werden.

Robotertechnik darf den persönlichen Kontakt nicht ersetzen, sondern lediglich der Entlastung von schweren körperlichen oder zeitraubenden Tätigkeiten dienen, auch mit dem Ziel, zusätzliche Freiräume für die soziale Interaktion zu schaffen.

Bei Überwachungstechniken (Monitoring) sollten Betroffene oder ihre Angehörigen aus Gründen der Selbstbestimmung selbst entscheiden können, wann sie aktiviert bzw. ausgeschaltet werden. Dadurch wird nicht zuletzt verhindert, dass die Verantwortung für die eigene Person vollständig abgegeben wird.

Allerdings muss bedacht werden, dass der breite Einsatz von Monitoring-Apps, etwa bei der Aufzeichnung eines EKGs oder der Erkennung von Vorhofflimmern (durch die Apple Watch) zu einer beträchtlichen Anzahl von Alarmen führen kann, die das ärztliche oder auch klinische Inanspruchnahmeverhalten potenzieller Patienten beeinflussen kann bzw. sie durch möglicherweise falsch positive Meldungen verunsichert werden. Vor eine automatische Notdienstalarmierung sollten deshalb Möglichkeiten vorgesehen sein, die Dringlichkeit der Situation z.B. durch Telefonanrufe, einzuschätzen.

Datenauswertung und Entscheidungsfindung

Die Erhebung von Daten für den medizinischen Erkenntnisgewinn sollte zweckmäßig strukturiert erfolgen und ihre Auswertung nach Geschlecht und Altersgruppen differenziert möglich sein, um darauf basierend für jede Gruppe angemessene Entscheidungshilfen bereitstellen zu können.

Sollen unstrukturiert erfasste Daten zunächst nur der Mustererkennung bzw. der Berechnung von Korrelationen dienen, ist dennoch eine nachvollziehbare Arbeitshypothese zu fordern. Auch hier sollte eine Alters- und Geschlechtsdifferenzierung erfolgen, um eine „Regression zur Mitte“ mit nachfolgenden, für den individuellen Fall unzureichenden Entscheidungen oder Empfehlungen zu vermeiden. Statistische Assoziationen oder Korrelationen, die zunächst medizinisch nicht plausibel erklärbar sind, sollte in der Grundlagenforschung nachgegangen werden.

Algorithmen-gesteuerte Diagnose- oder Behandlungsvorschläge sowie Prognosen über den weiteren Krankheitsverlauf bedürfen grundsätzlich der individuellen Bewertung durch die behandelnden Ärzte. Prognosen oder Vorschläge auf der Basis von Algorithmen sollten jedoch nicht die alleinige Grundlage für eine diagnostische oder therapeutische Entscheidung darstellen. Die Ärzte sind vielmehr aufgerufen, die stets verallgemeinernde Algorithmus-Empfehlung für den konkreten Patienten zu überprüfen und dabei die individuellen Bedingungen zu berücksichtigen. Erst dann kann eine Entscheidung gemeinsam mit dem Patienten getroffen werden, wobei immer auch alternative Therapiemethoden in die Diskussion einbezogen werden sollten.

Ethische Therapieabwägungen können grundsätzlich nur durch behandelnde Ärzte getroffen werden und nicht durch verallgemeinernde Algorithmen.

Ärzte werden demnach durch die Digitalisierung wichtiger, weil

sie über die fachliche Kompetenz verfügen, gesundheitsbezogene Informationen zu werten und für den individuellen Fall zu wichten. Sie müssen aber auch bereit sein, sich mit dieser Entwicklung auseinanderzusetzen und ggf. entsprechende Weiter- und Fortbildungsangebote wahrnehmen. Denn auch die Generierung neuen Wissens wird durch die Digitalisierung enorm beschleunigt. Für Ärzte sollte es deshalb selbstverpflichtend sein, wissenschaftlich anerkannte KI-Kompetenzsysteme für die Sicherung ihrer fachlichen Kompetenz patienten- und indikationsbezogen zu nutzen.

Sofern Patienten von sich aus Informationen aus dem Internet oder gar bewertende Aussagen zu konkreten medizinischen Sachverhalten vorlegen, sollte sich der Arzt die Zeit nehmen, sie zumindest kurz zu besprechen und unverständliche oder unverstandene Formulierungen zu erklären. Denn häufig geht es auch nur darum, dass latente Ängste erkannt und durch den Arzt ausgeräumt werden.

Mit Blick auf die zuvor geforderte Transparenz muss auch in diesem Zusammenhang ausgeschlossen sein, dass die Algorithmen gesteuerte Datenauswertung manipuliert werden kann. Das gilt sowohl für externe Primärdatenlieferanten als auch für Datenauswertung selbst, insbesondere dann, wenn ökonomische Anreize zu einer bewussten Manipulation zumindest latent vorhanden sind.

Risiken

Das durch die rasch voranschreitende informationstechnische Entwicklung entstehende Ausgrenzungsrisiko für bestimmte Bevölkerungsschichten muss bereits durch die Entwickler bedacht werden. Die erkennbaren Risiken für Ältere beziehen sich vor allem auf den unzureichenden Datenschutz, aber auch auf einen empfundenen Kontrollverlust, aus dem Angst und Unsicherheit resultieren können. Dies gilt insbesondere für neue technische Entwicklungen, die weder verstanden, noch genutzt werden können. Elektronisch versandte Informationen werden vorwiegend als Belästigungen wahrgenommen und verstärken mitunter die Manipulationsanfälligkeit. Auf keinen Fall darf dem Gefühl einer „totalen Überwachung“ zu Lasten einer individuellen menschlichen Fürsorge Vorschub geleistet werden.

Zudem besteht bei älteren Menschen im besonderen Maße die Gefahr einer Diskriminierung bei prädiktiven Analysen mittels Künstlicher Intelligenz (KI). Rein korrelationsbezogene retrospektive Analysemuster sind deshalb immer kritisch auf Plausibilität zu überprüfen. Werden sie dennoch zu therapeutischen Entscheidungen herangezogen, ist dies transparent zu machen.

Ältere Menschen verdienen deshalb einen besonderen Vertrauensschutz und verlassen sich stärker als jüngere auf die Entschei-

Literatur

Grundy, Q. et al.: Data sharing practices of medicines related apps and the mobile ecosystem: traffic, content, and network analysis. *BMJ* 2019;364:l920

<https://www.altersdiskriminierung.de/themen/artikel.php?id=8917>

<https://www.welt.de/debatte/kommentare/article191528781/Digitalisierung-Wie-Algorithmen-die-Welt-verbessern.html>

<https://gi.de/pflege40/nachbericht/>

https://ius.unibas.ch/fileadmin/user_upload/ius/11_Upload_Personenprofile/01_Professoren/Paerli_Kurt/Dateien/Weiterbildung/Austausch_Wissenschaft_Praxis/Praesentation_Vorabendveranstaltung_Austausch_Wissenschaft_und_Praxis_2018_7.11.2018NeueVersionm.pdf

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

dungen und Empfehlungen von staatlichen Behörden und Dienststellen, aber auch von Vertrauenspersonen. Wenn es um Entscheidungen geht, die auch oder sogar ausschließlich Ältere betreffen, sollten sie nach Möglichkeit immer begleitend in die Diskussion einbezogen werden. <<

Getting older in a digital healthcare system. Participation, transparency and self-determination as ethical dimensions

Elderly people are not only less likely to benefit from the increasing digitization of the health care sector. They are also more prone to its risks or simply have no direct access to digital services. They may even be discriminated when it comes to predictive analytics and artificial intelligence. Therefore a purely correlation based pattern recognition always requires a plausibility check in order to counteract the statistic regression of the mean. In case predictive results are used to influence therapeutic decisions this has to be made transparent. Otherwise, it may cause anxiety and irritation. The elderly deserve a special protection of a legitimate expectation because they usually have to rely on recommendations and help by authorities or others, which they can trust.

Keywords

Participation, Transparency, Self-Determination, Digitization

Prof. Dr. Marion Schaefer

studierte von 1969 bis 1973 Pharmazie an der Martin-Luther-Universität Halle, wo sie 1977 promovierte. 1985 Habilitation an der Humboldt-Universität Berlin und Berufung als Dozentin am Institut für Pharmazie der Humboldt-Universität. Von 2001 bis 2015 leitete sie den Masterstudiengang Consumer Health Care an der Charité Universitätsmedizin Berlin. Seit 2009 ist sie Mitglied des wissenschaftlichen Beirates beim Bundesversicherungsamt für den M-RSA. Kontakt: schaefer@zeg-berlin.de



Rudolf Bals

war Regionalleiter Nordrhein-Westfalen plus Berlin bei Novartis Deutschland. Von 1994-2010 war er Leiter Gesundheitspolitik von Novartis Deutschland für die Gebiete Berlin und Neue Bundesländer. Gemeinsam mit Karsten Köhler bildet er das Leitungsteam der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit 65plus (www.gesundheit-65plus.de). Kontakt: bals@gesundheit-65plus.de



Dipl.-Päd. Thomas Brauner

hat an der Pädagogischen Hochschule Berlin Pädagogik studiert. Von 1994-1999 war er Stabsleiter Politik in der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin. Bis 2008 war er stellvertretender Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BDI). 2009 gründete er mit der Brauner SPP eine eigene strategische Unternehmensberatung. Er ist Mitglied im „Ascenian Professional Learning Network“. Kontakt: brauner@brauner-spp.de



Dipl. -Volksw. Christian Luley

studierte Volkswirtschaftslehre. Nach Stationen bei einem Healthcare-Start-Up der ersten Generation und einem forschenden Pharmaunternehmen ist er seit über 7 Jahren bei INSIGHT Health tätig, einem Unternehmen für Markt- und Versorgungsforschung. Aktuell ist er für den Bereich Versorgungsanalysen & Market Access verantwortlich. Kontakt: CLuley@insight-health.de



Dipl.-Verww. Otto Melchert

war kaufmännischer Vorstand der Lubinus Stiftung, Kiel. Gleichzeitig war er Geschäftsführer des MVZ der Stiftung. Davor war er Generalbevollmächtigter für die Region Nordost und Mitglied der erweiterten Führung sowie als Geschäftsführer und Regionaldirektor der Sana Kliniken AG in verschiedenen Kliniken und MVZs tätig. Vorher war er als Verwaltungsleiter, Sozial-, Jugend- und Krankenhausdezernent beim Landkreis Harburg in Niedersachsen tätig. Kontakt: O.Melchert@t-online.de



Prof. Dr. med. Franz Porzsolt
Dr. med. Susanne Isabel Becker MPH postgrad
Prof. Dr. Axel Olaf Kern
David Langer
Dipl.-Kfm. Albert Müller
Herbert Wiedemann
Prof. Dr. Robert M. Kaplan

Strategien und Maßnahmen zur Bewältigung des Pflegenotstands

Es ist unbestritten, dass das Problem des Pflegenotstands wahrgenommen, artikuliert und von den Empfängern der Nachricht gehört wurde. Hier eine strukturierte Zusammenfassung dessen, was im Rahmen der Diskussion zur Novellierung des Pflegeversicherungssystems in „Monitor Pflege“ im April 2019 bereits gedacht, gesagt und von anderen gehört wurde (1). Rheinland-Pfalz will durch das Modellprojekt „Gemeindeschwester Plus“ zur Etablierung effektiver Versorgungsstrukturen beitragen. Dazu wurden die beiden Aspekte „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege“ im Jahr 2015 auf den Weg gebracht. Die Ziele in fünf Handlungsfeldern wurden festgelegt. Die Wohnformen spielen in diesem Konzept eine bedeutende Rolle. Ein dritter Aspekt betrifft das Kooperationsmodell „Demenznetzwerke“. Bundesweit wurde die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) ins Leben gerufen, wobei sich die Frage stellt, ob die Erkenntnisse aus diesen Programmen nicht ausgetauscht oder gemeinsam weiterentwickelt werden können, um die Reduktion jener Pflegeprobleme quantifizieren zu können, die Anlass für diese Initiativen waren. Aus Sicht der Klinischen Ökonomik kommt der quantitativen Beschreibung des erzielten Mehrwerts eine zentrale Bedeutung zu, weil vorhersagbar ist, dass die Verbesserung der Pflege zum einen nicht zum Nulltarif zu erhalten sein wird, zum anderen aber den erzielbaren Mehrwert in konkreten Dimensionen benennen und nachweisen kann. Dieser Nachweis ermöglicht eine konkrete Abwägung, wofür die verfügbaren Ressourcen am sinnvollsten eingesetzt werden könnten.

>> Auf der Pressekonferenz zum Deutschen Pfl egetag 2019 wurde diese ungelöste Frage des Weges von der Theorie zur Praxis diskutiert. Bekannt war bereits, dass der Arbeitsmarkt leergefegt ist. Neu und bedeutend war die Aussage, dass die Ziele der Qualifizierung nicht scharf genug definiert sind. Die „Akademisierung“ als Qua-

Zusammenfassung

Seit 1960 wird das Wort „Pflegenotstand“ in Deutschland verwendet. Das Wort charakterisiert ein „selbstgemachtes“ Problem: Erstens haben Universitätskliniken und Großkliniken versucht, ihre Ausgaben durch die Reduktion des Pflegepersonals zu senken. Zweitens waren für die Ausbildung in der Pflege über lange Zeit Gebühren zu entrichten, während in anderen Bereichen Ausbildungsvergütungen bezahlt wurden. Im ersten Teil unseres Aufsatzes fassen wir den aktuellen Stand der Diskussion in Deutschland zusammen. Im zweiten Teil diskutieren wir das in allen europäischen Ländern verfolgte Konzept, die Attraktivität des Pflegeberufs durch eine Akademisierung der Ausbildung zu steigern. Im dritten Teil diskutieren wir die Möglichkeit, vor der Akademisierung eine konkrete Spezialisierung anzubieten, weil eine konkrete Spezialisierung für die Bewerber häufiger und schneller zu erreichen sein wird als eine primäre Akademisierung. Wenn die Spezialisierung an konkreten Versorgungsproblemen orientiert wird, wird auch die Bereitschaft der Klinik-Manager steigen, konkrete Stellen auszusprechen. Die Akademisierung wird durch eine vorangestellte Spezialisierung nicht eingeschränkt, sondern erleichtert. Im vierten Teil diskutieren wir, dass die Akademisierung der Pflege nur eine Seite der Medaille abbildet. Ohne die beiden notwendigen Sofortmaßnahmen (Anwerbung ausländischer Pflegekräfte und Korrektur der Vergütung für Pflegekräfte) und ohne die beiden mittelfristig umsetzbaren Aktionen (Steigerung der Eigenverantwortung und die bedarfsorientierte Zusatzqualifikation) wird es kaum gelingen, den bestehenden Pflegenotstand zu reduzieren.

Schlüsselwörter

Pflegenotstand, Ausbildung in der Pflege, Akademisierung, Spezialisierung, Strategie

likationsmerkmal ist aus der Perspektive jedes Kaufmännischen Direktors ein Risikofaktor, weil unklar ist, durch welchen Mehrwert die entstehenden Besoldungskosten gerechtfertigt werden. Ein akademischer Grad alleine reduziert weder Versorgungsprobleme noch Versorgungskosten. Eigenverantwortliches Handeln dagegen ist sicher einer der Lösungswege. Ohne Definition des Ziels und des Spielraums eigenverantwortlichen Handelns beschreibt der Vorschlag nur die Hülse eines Konzepts, das mit Inhalt zu füllen ist.

Die Bundesregierung meint es ernst mit der Konzertierten Aktion Pflege (KAP), und wir Bürger vertrauen darauf, dass aus der Idee Wirklichkeit wird. Der Maßnahmenkatalog mag so umfangreich sein, wie er will und die hinzugezogenen Beratungsteams so kompetent wie irgendwie möglich, am Ende zählen Fakten: Konnten die Pflegeprobleme reduziert werden, die den Bürgern unter den Nägeln brennen? Die Liste dieser ungelösten Probleme ist noch nicht beschrieben. Im Mai 2019 haben die Wähler abgestimmt. Wahlentscheidend war das Engagement zur Erhaltung der Umwelt. Bei einer der nächsten Wahlen könnte das Vertrauen in die Pflege den Ausschlag geben. Niemand erwartet, dass das Problem „Pflege“ im Handumdrehen gelöst werden kann. Die Bürger werden aber sehr wohl erkennen, wer sich ernsthaft, zielgerichtet und erfolgreich um konkrete Lösungen bemüht.

Pflege und die Erzielung von Gewinn passen nur unter der Bedingung des „Miteinander“ zusammen: Aus Pflegeleistungen können Gewinne erzielt werden, wenn diese die Basispflege für alle garantieren und Mittel für notwendige Investitionen, die aus den Erlösen der Basisversorgung nicht zu finanzieren sind, beisteuern. Dazu ist der Mehrwert zu messen, der durch die Investition in die Pflege generiert wird, um zu bestätigen, dass die verfügbaren Ressourcen optimal zur

Versorgung der Patienten und der Gesellschaft verwendet werden. Überlegungen dazu und verfügbare Methoden sind in den aktuellen Ausgaben von „Monitor Versorgungsforschung“ (2-4) beschrieben. Es führt kein Weg an der Definition des Basispakets der Gesundheitsversorgung vorbei, auch wenn die Grenze der Basisversorgung immer Anlass zur Diskussion geben wird. Wesentliche Teile der Pflege sind zu diesem Basispaket zu rechnen, es gibt aber zahlreiche Gesundheitsleistungen, die nicht erforderlich sind, um der Forderung des §1 unseres Grundgesetzes zu entsprechen. Mit diesen zusätzlichen Leistungen sind die Gewinne zu erzielen, die für die Quersubstitution des Systems benötigt werden.

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit wird erheblich unterschätzt, weil Haushalte, die ohne außergewöhnliche Belastungen problemlos „über die Runden kommen“, im Falle der Pflegebedürftigkeit eines Familienangehörigen wirtschaftlich, physisch und psychisch kollabieren. Man stelle sich eine Alleinerziehende vor, die mit Unterstützung durch die eigenen Eltern die Doppelbelastung in Beruf und Familie schultern kann. Wenn ein Elternteil pflegebedürftig wird, kollabiert das System, weil die finanziellen Reserven in vielen Familien nicht ausreichen werden, um externe Hilfe zu bezahlen. Auch diesem indirekten Pflegerisiko sollten wir vorbeugen.

Die bisher gewählte Lösungsstrategie

Es ist unbestritten, dass wachsende Anforderungen an den Pflegeberuf fundierte Kompetenzen erfordern (Ewers, Berlin). Stärkung der Selbstorganisation und Selbstverantwortung sowie die Erweiterung der pflegerischen Aufgaben sind wesentliche Prinzipien. Unklar ist jedoch die geeignete Lösungsstrategie. Wir befürchten, dass der Pflegenotstand durch die „Akademisierung der Pflege“ nicht gelöst werden kann, weil es zu wenige Stellen geben wird, die für Bewerber mit einem bisher inhaltlich noch nicht exakt definierten Leistungsprofil attraktiv sind. Unter Akademisierung verstehen wir einen Prozess, der mit dem Abitur beginnt und eine komplette Änderung der Denkstruktur vom „believer“ zum „skeptical“ beinhaltet. Das Produkt der akademischen Erziehung ist die wissenschaftliche Publikation, d.h. der Nachweis einer kontinuierlichen kritischen Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Themen. Man würde niemanden als Wissenschaftler bezeichnen, der mit Abschluss der Dissertation auch keine weiteren Publikationen verfasst hat. In der Regel ist für die Ausbildung zum Wissenschaftler ein Zeitraum von zehn Jahren erforderlich. Ein Hochschul- oder Universitätsstudium bietet die Chance, Wissenschaftler zu werden. Die überwiegende Mehrzahl der Absolventen von Hochschulen und Universitäten entscheidet sich, einen hochqualifizierten praktischen Beruf, aber keinen Beruf als Wissenschaftler auszuüben. Wissenschaftler nutzen andere Denkstrukturen als nicht-wissenschaftliche Experten wie z.B. Praktiker, Manager oder Politiker. Wissenschaftler brauchen Praktiker, Manager und Politiker (und vice versa). Generell ist es für einen Wissenschaftler erheblich schwieriger, einen Arbeitsplatz zu finden als für einen akademisch ausgebildeten Praktiker, z.B. einen Juristen oder Mediziner, weil die Probleme, die vom Bewerber um diesen Arbeitsplatz

zu lösen sind, sehr konkret sind und der geeignete Bewerber auf Grund seines Leistungsprofils gefunden werden kann. Bevor eine akademische Ausbildung der Pflege gefordert wird, sollte das vorgesehene Tätigkeitsprofil beschrieben sein, welches die akademische Ausbildung rechtfertigt.

Einerseits werden durch die Ausbildung hohe Anforderungen an den zeitlichen und finanziellen Einsatz gestellt, andererseits fehlt die konkrete Beschreibung der Probleme, die nur von einer akademisch ausgebildeten Pflegekraft gelöst werden sollen. Deshalb bemühen wir uns, auf dem Weg zur Akademisierung eine Spezialisierung für eine oder ggf. für mehrere konkrete Problemlösungen zu definieren. Diese der Akademisierung vorgeschaltete Spezialisierung wird verschiedene Vorteile haben. Sie kann berufsbegleitend durchgeführt werden. Sie kann in einem überschaubaren Zeitraum abgeschlossen werden. Die Aufgaben, die mit dieser Spezialisierung im Versorgungsalltag nachweislich gelöst werden können, müssen vorab definiert sein. Das Risiko, die angestrebte Qualifizierung ohne erfolgreichen Abschluss zu beenden, wird bei der Spezialisierung deutlich geringer sein als bei der Akademisierung.

Natürlich geben uns viele andere Länder Beispiele, wie man die Ausbildung von Pflegekräften anders als bei uns gestalten kann. Wenn aber als Ergebnis dieser unterschiedlichen Ausbildung dieselben Probleme resultieren, unter welchen auch wir leiden (Ewers, Berlin), beinhalten die dort gewählten Ausbildungssysteme offensichtlich auch nicht des Rätsels Lösung.

Die konkrete Spezialisierung als Alternative

Unter konkreter Spezialisierung der Pflege verstehen wir zunächst die Definition der Probleme, die neben der standardisierten Pflegeausbildung eine zusätzliche theoretische und praktische Ausbildung erfordern, um konkrete Probleme lösen zu können. Neben der Benennung der konkreten Probleme sind auch die Endpunkte beschrieben, anhand deren Messung die Qualität der Problemlösung quantifiziert werden kann. Um die Finanzierung einer spezialisierten Pflegekraft bei der bestehenden Knappheit der Mittel im Gesundheitssystem wirtschaftlich rechtfertigen zu können, sind Aufwand und Ertrag der neuen Position in einem Business-Plan zu beschreiben.

Nachfolgend beschreiben wir vier konkrete Probleme, zu deren Lösung neben der standardisierten Pflegeausbildung eine zusätzliche theoretische und praktische Ausbildung erforderlich ist. Der Inhalt dieser spezialisierten Ausbildung ist durch die gesellschaftliche Relevanz (Dringlichkeit) des Problems, die konkreten Ziele der Aufgabe, die etablierten Methoden zur Lösung der Aufgabe, den messbaren Erfolg und die Finanzierbarkeit des Vorhabens charakterisiert.

Spezialisierung zur Lösung von Intra-Team Konflikten (IT-K)

a) Gesellschaftliche Relevanz:

Auf Intensivstationen verfolgen Chirurgen und Pflegekräfte unterschiedliche Ziele: Erstere wollen Leben retten, die Letzteren fühlen sich

als Anwälte der Patienten, die zwischen Kosten und Konsequenzen abwägen (5, 6). Unterschiedliche Ziele führen zu Team-Konflikten, und Team-Konflikte beeinträchtigen die Produktivität eines Teams und des Unternehmens (7). Das Konfliktrisiko steigt zudem bei unsicherem Versorgungsergebnis und mit zunehmender Größe des Versorgungsteams (8, 9). Durch das Abwägen unterschiedlicher Handlungsoptionen wird verglichen, was ein Patient in Kauf zu nehmen hat, mit dem, was er vom Versorgungsteam zurückbekommt. Das Abwägen kommt häufig zu anderen Ergebnissen als das Ziel, Leben zu retten. Offensichtlich besteht bei beiden Professionen, den heilungsorientierten Ärzten und der abwägenden Pflege, ein Verständnis-Problem: keine der Professionen versteht die Aufgaben der anderen. Die unterschiedlichen Meinungen können zum Konflikt eskalieren (10, 11). Wir meinen, dass Überlegungen zum gegenseitigen Verständnis alleine das Problem nicht lösen können. Einer Lösung wird man nur durch eine Dokumentation der tatsächlich erzielten Ergebnisse näherkommen.

b) Konkrete Ziele:

IT-K beruhen in der Regel auf unterschiedlichen Meinungen zu Versorgungsmaßnahmen (12) und Machtverhältnissen (13). Die Konflikte werden sich nur ausräumen lassen, wenn die unterschiedlichen Meinungen dokumentiert und analysiert werden. Die Lösung von IT-K sollte deshalb eine sorgfältige Dokumentation der unterschiedlichen Auffassungen und der letztlich erzielten Versorgungsergebnisse enthalten. Die Details sind im Kontext zur Lösung von Problem Nr. III beschrieben.

c) Etablierte Methode:

Browne et al. (12) haben ein Verfahren zur Lösung von IT-Ks entwickelt, das auf der Annahme von Denkfehlern beruht. Denkfehler führen zu unterschiedlicher Wahrnehmung, die als Ursache verschiedener IT-K angenommen wird. Das Modell beinhaltet die Theorie des Konzepts sowie absolut praktikabel erscheinende Lösungsvorschläge zum Erreichen eines Konsenses; das Schulungskonzept wurde von etwa 5.000 Teilnehmern sehr positiv bewertet. Damit sollte es möglich sein, als erstes Zwischenziel konsensuelle Entscheidungen im Einzelfall herbeizuführen. Um herauszufinden, welche der Entscheidungen für die Patienten wertvoller waren, sind Fragestellung, Empfehlungen und Outcomes zu dokumentieren. Dazu eignet sich das Pragmatic Controlled Trial (PCT), welches eine risiko-adaptierte Messung der Outcomes ermöglicht (2, 4). Durch die Berücksichtigung der Ausgangsrisiken, wird vermieden, „Äpfel mit Birnen“ zu vergleichen.

d) Ausbildung und praktische Erfahrung:

Pflegekräfte, die Interesse an einer Ausbildung zur Lösung von IT-Ks haben, sollten Kursangebote wahrnehmen, welche erprobte Methoden zur Lösung der IT-K und Methoden zur Bestätigung der erzielten Ergebnisse anbieten.

e) Kriterien zur Messung des Erfolges:

Zur Lösung dieses Problems halten wir eine erfahrene Pflegekraft für geeignet, die über Erfahrung in der Leitung eines Teams verfügt, eine Ausbildung im Konfliktmanagement absolviert hat,

die neuen Ansätze zur Konfliktlösung kennt und über praktische Erfahrung im Konfliktmanagement verfügt.

Spezialisierung, um der Stimme des Patienten Gehör zu verschaffen

a) Gesellschaftliche Relevanz:

Die unzureichende Repräsentation der Präferenzen und Werte der Patienten in Team-Konferenzen sind bekannt (14). Obwohl die Bedeutung dieses Problems nicht in Frage gestellt wird, findet sich dazu bisher wenig Literatur (15). Obwohl das Pflegepersonal zwar einen besseren Zugang zu den Patienten als die meisten Ärzte hat, bestehen dennoch ernstzunehmende Hürden der Kommunikation (16). Eine Arbeitsgruppe aus der Urologie betont, dass der Einbeziehung von Patienten bei der Formulierung der Fragestellung in klinischen Studien ein hoher Stellenwert zuerkannt werden sollte (17). Zu den klinischen Problemen, bei welchen die Bedeutung aus der Perspektive der Patienten besonders bedeutend zu sein scheint, gehören sicher die Einschränkungen des Sehvermögens (18). Diesem Problem, das mit besonderen Schwierigkeiten der Datenerfassung assoziiert ist, wurde bisher zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

b) Konkrete Ziele:

Generell sollte das Bewusstsein geweckt werden, dass Gesundheit ein privates aber auch ein öffentliches Gut ist, was bedeutet, dass nur beide zusammen, der Einzelne und die Gesellschaft, die Verantwortung für den Erhalt der Gesundheit tragen können. Diese Aufgabe beinhaltet auch die Notwendigkeit und das Recht des Einzelnen und der Gesellschaft zum einen, bei der Wahl der Gesundheitsziele mitzuwirken, aber auch andererseits, die Vorstellungen des Einzelnen und der Gesellschaft zu respektieren. Die Umsetzung dieser nicht einfachen Frage ist weitgehend von den politischen Rahmenbedingungen einer Gesellschaft abhängig.

c) Etablierte Methode:

Es gibt bisher keine etablierte Methode, die generell empfohlen werden könnte, um der Stimme der Patienten Gehör zu verschaffen. Es ist aber durchaus vorstellbar, dass durch die ambitionierte Übernahme dieser Aufgabe im ambulanten oder stationären Bereich Erfahrungen gesammelt und zur weiteren Diskussion publiziert werden können.

d) Ausbildung und praktische Erfahrung:

Bisher gibt es zu wenige Erfahrungswerte, um daraus ein Ausbildungskonzept abzuleiten.

e) Kriterien zur Messung des Erfolges:

Ein bedeutender Aspekt der Erfolgsmessung ist sicher die von LeBlanc et al. (19) vorgeschlagene Erfassung der Patient Reported Outcomes (PROs), weil es für die Patienten einfacher sein wird, die Erfüllung/Nicht-Erfüllung ihrer Erwartungen zu bestätigen oder zu bemängeln, als die eigenen Erwartungen prospektiv zu definieren.

Spezialisierung zur systematischen Dokumentation von Behandlungsergebnissen unter Alltagsbedingungen an ausgewählten klinischen Problemen (Vermeidung von Überversorgung)

a) Gesellschaftliche Relevanz:

Im Hinblick auf die gesellschaftliche Relevanz dieses Problems steht die Überversorgung an führender Stelle (20-23) und hat kürzlich das öffentliche Interesse geweckt (24). In den USA führen etwa 30% aller Ausgaben für Gesundheit nicht zu besseren Versorgungsergebnissen (25). In unserem Kulturkreis besteht ein wesentlich höheres Risiko, bei einem Patienten zu viel als zu wenig Screening, Diagnostik und Therapie (präventiv, kurativ, palliativ) durchzuführen.

b) Konkrete Ziele:

Das konkrete Ziel dieser Problemlösung besteht in der unverzerrten Erfassung der erbrachten Gesundheitsleistungen und der Dokumentation der erzielten Versorgungseffekte. Leistungen und Ergebnisse müssen hinreichend präzise definiert sein, um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten und um Verzerrung auszuschließen. Diese Information ist nicht nur für einzelne Unternehmen wie Praxen oder Kliniken bedeutend. Krankenversicherungen und alle anderen Entscheidungsträger benötigen die Information, welche der Effekte, die auf Grund der Ergebnisse in klinischen Studien versprochen werden, bei Anwendung im Versorgungsalltag beim Patienten tatsächlich bestätigt werden können.

c) Etablierte Methode:

In Kooperation mit verschiedenen internationalen Gruppen haben wir dazu in den letzten zehn Jahren das Pragmatic Controlled Trial (PCT) entwickelt, mit dem die oben genannten Forderungen erfüllt werden können. Das PCT eignet sich zum Nachweis jeder Art von Gesundheitsleistungen, wobei aber der Nachweis immer von der exakten Definition der Ziele, der Zielparameter und der Risikofaktoren abhängt, durch welche die Zielerreichung beeinflusst wird. Diese kurze Beschreibung soll verdeutlichen, dass die Messung von Effekten unter Alltagsbedingungen zwar wesentlich einfacher als ein Randomized Controlled Trial (RCT) durchzuführen ist, die Planung eines PCT aber erheblich schwieriger als die Planung eines RCT ist.

Der Grund für diesen Unterschied erklärt sich aus der Tatsache, dass ein RCT vom Wissenschaftler konzipiert und vom Wissenschaftler durchgeführt wird. Das PCT muss von beiden, dem Praktiker und dem Wissenschaftler, gemeinsam konzipiert werden, weil die Entscheidungen im Versorgungsalltag (welche Diagnostik/Therapie bei welchem Patienten angewandt wird) nicht vom Wissenschaftler, sondern vom Praktiker getroffen werden. Die Auswertung hat aber der Wissenschaftler vorzunehmen. Dazu ist zunächst die Erstellung von Klassifikationssystemen erforderlich, anhand derer die Patienten in Risikogruppen und die Therapien z.B. in Gruppen unterschiedlicher Intensität eingeteilt werden können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Risikogruppen je nach untersuchtem Endpunkt unterschiedlich sind.

d) Ausbildung und praktische Erfahrung:

Die beschriebenen Anforderungen an die Durchführung der Messung von Alltagseffekten verdeutlichen die Notwendigkeit einer spezifischen Schulung. Jede Schulung ist einfach, wenn das Lehrangebot gut und die Schüler motiviert sind. Unser Ausbildungskonzept zur systematischen Dokumentation von Behandlungsergebnissen unter Alltagsbedingungen kann berufsbegleitend durchgeführt werden.

e) Kriterien zur Messung des Erfolges:

Zur Messung des Erfolges werden zu Beginn des Projektes die Outcome-Parameter definiert, die sich eignen, um die angestrebten Effekte nachweisen zu können.

Spezialisierung zur systematischen Reduktion von Versorgungsfehlern, Schadensfällen und Haftpflichtprämien

a) Gesellschaftliche Relevanz:

Vor etwa 15 Jahren wurde das „Critical Incident Reporting System (CIRS)“ etabliert. Eine Prüfung der Effizienz – ob die Rate der Schadensfälle dadurch reduziert werden kann – wurde bei uns nicht durchgeführt. Eine australische Untersuchung kommt zum Schluss, dass 76% der in CIRS gemeldeten Fälle nicht mit einem Patientenschaden assoziiert sind; es werden Stürze, Stichverletzungen mit Injektionsnadeln oder technische Probleme berichtet. Wir sind der Meinung, dass der Fokus auf die Analyse von Schadensfällen gerichtet sein sollte, um die Häufigkeit von Schadensfällen zu reduzieren.

b) Konkrete Ziele:

Die Umsetzung dieses Projekts ist sicher nicht einfach, weil sie eine Änderung unserer aktuellen Fehlerkultur voraussetzt. Im Falle einer Straftat werden derzeit zwei Ziele verfolgt, die oder den Schuldigen zu identifizieren und zu bestrafen. Die Bestrafung beruht auf den vier theoretischen Überlegungen:

- der Sühnetheorie,
- der Abschreckungstheorie (Generalprävention),
- der Schutzfunktion (Individualprävention) und
- der Resozialisierungstheorie.

Da wir in der Gesundheitsversorgung angewiesen sind, unsere Entscheidungen mit wissenschaftlicher Evidenz zu begründen, haben wir versucht, dieses Prinzip auch auf die Rechtsprechung anzuwenden. Wir haben allerdings keine überzeugenden Daten gefunden, welche bestätigen, dass die Ziele, die mit den vier genannten Theorien angestrebt werden, auch tatsächlich erreicht werden. Deshalb stellen wir konkrete Überlegungen an, wodurch eine systematische Verringerung der erheblichen Zahl an Schadensfällen im Gesundheitssystem erreicht werden könnte.

Das Problem ist offensichtlich schwieriger zu lösen, als es zunächst erscheint, weil die ursprüngliche Schätzung des Institute of Medicine (IOM) zur Zahl der vermeidbaren Todesfälle infolge eines Behandlungsfehlers eine erhebliche Diskussion ausgelöst hat (26-31).

c) Etablierte Methode:

Eine etablierte Methode gibt es dazu bisher nicht. Das auf dem Swiss Cheese-Model (32) beruhende London-Protokoll (33) eignet sich zur Fehleranalyse, beinhaltet aber keine Strategie zur systematischen Reduktion von Schadensfällen. Unser Konzept beinhaltet vier Schritte, durch welche jene Fehler identifiziert werden können, die am häufigsten mit einem Schadensfall assoziiert sind. Diese Fehlerquellen werden durch spezifische Maßnahmen beseitigt. Durch die erfolgreiche Beseitigung einer der häufigsten Fehlerquellen kann die Häufigkeit von Schadensfällen und die Haftpflichtversicherungsprämie der versicherten Institution (z.B. Klinik) reduziert werden. Wenn die zur Reduktion der Schadensfälle erforderlichen Personalkosten die Reduktion der Beiträge zur Haftpflichtversicherung nicht übersteigen, wird eine kostenneutrale Reduktion des Versorgungsrisikos und eine nachweisbare Steigerung der Versorgungssicherheit der Institution (Klinik) erreicht. Die vier Schritte zur Reduktion von Schadensfällen sind: A) die Identifizierung aller Fehler, die im zeitlichen Zusammenhang mit einem Schadensfall in dessen Umfeld aufgetreten sind. B) Zentrale Erfassung, Kategorisierung und Mapping aller Fehler, die in 50 oder mehr Kliniken auftreten. C) Aus dem Mapping lassen sich die am häufigsten im Kontext von Schadensfällen auftretenden Fehler identifizieren. D) Diese Fehler lassen sich in der Regel durch sehr einfache Maßnahmen reduzieren oder sogar eliminieren, sodass als Folge auch eine Reduktion der Schadensfälle resultiert.

d) Ausbildung und praktische Erfahrung:

Ein Mitglied des Versorgungsteams (Pflege) erhält eine spezielle Schulung zum Verständnis und zum Umgang mit Risiken, Risikoreduktion, Sicherheit, rechtlichen und epidemiologischen Grundlagen und Methoden zur Datenerhebung bei Aufklärung von Schadensfällen.

e) Kriterien zur Messung des Erfolges:

Die Reduktion der Schadensfälle und der Prämien zur Haftpflichtversicherung sind die Ziele dieses Projektes. Eine Reduktion der Schadensfälle wird sich nur nachweisen lassen, wenn Schadensfälle nicht nur zur Schadensregulierung gemeldet, sondern auch zur Evaluation analysiert werden. Die dazu notwendige Änderung unseres Verständnisses im Umgang mit Fehlern und Schäden sollte als Aufgabe einer interessierten Gruppe thematisiert werden.

Sofortmaßnahmen und mittelfristige Aktionen

Die beiden Sofortmaßnahmen sollten in der Tat schnellstmöglich auf den Weg gebracht werden, weil die Chancen, motivierte Mitarbeiter für die Pflege zu gewinnen, bei weiterem Zögern nicht steigen werden.

1. Anwerbung ausländischer Pflegekräfte

Der Kreisverband Rottal-Inn des Bayerischen Roten Kreuzes in Pfarrkirchen hat im wahrsten Sinne des Wortes den Gordischen Knoten unserer Gesetzgebung gelöst, um qualifizierte Pflegekräfte aus den Philippinen und weiteren Nicht-EU Ländern anzuwerben.

Herbert Wiedemann, der Kreisgeschäftsführer dieses Verbandes hat in seinem Vortrag am 30.4.2019 eindrucksvoll zusammengestellt, dass Fachkräfte für Altenpflege in allen Bundesländern und Spezialisten für Gesundheits-, Krankenpflege und Geburtshilfe in 13 von 16 deutschen Bundesländern fehlen. Er hat mit seinem Team einen detaillierten Strategieplan ausgearbeitet, um einen wesentlichen Teil der Qualifikation bereits am Heimatort bestätigen zu können. Danach sind sieben Schritte im Rahmen des Anerkennungsverfahrens zu durchlaufen. Eindrucksvoll sind die zahlreichen administrativen Hürden, die bis zur Anerkennung und zur Erteilung des Visums zu überwinden sind. Als externer Betrachter könnte man bei diesem Regelwerk den Eindruck der Überregulierung gewinnen, die durch Anwendung eines „Regelprozessmanagements“ relativ einfach reduziert werden könnte (www.clinical-economics.com).

Damit nicht genug. Am zukünftigen Arbeitsort ist für die angeworbenen Mitarbeiter Wohnraum bereitzustellen, die Einarbeitung zu organisieren, Starthilfe für Behördengänge und zur Organisation der privaten Infrastruktur (Einrichtung eines Bankkontos) anzubieten. Zudem sind In-house Sprachschulungen, die Koordination des Anerkennungsverfahrens sowie die fachliche und die soziale Integration zu organisieren. Verschiedene Beispiele haben uns gelehrt, dass die Anwerbung ausländischer Fachkräfte immer nur eine Übergangslösung für eine Periode sein kann, die für die ersten 10 Jahre äußerst hilfreich ist. Würden wir die am besten qualifizierten Kräfte in den Herkunftsländern ständig abziehen, werden wir lediglich Probleme verschieben. Es sollte deshalb erwogen werden, welchen Mehrwert wir den Ländern anbieten können, die uns helfen, das akute Problem zu lösen.

2. Vergütung der Pflege in Deutschland

Es bedarf keiner weiteren Erklärung oder Begründung einer notwendigen Anpassung der Entgelte in der Pflege. Die Betroffenen – d.h. wir alle – erwarten jetzt eine Lösung. Mit Ausnahme der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte wird sich in Deutschland ohne eine angemessene Verbesserung der Vergütung wenig ändern. Die Wähler sind sensibilisiert und werden sich an jene erinnern, die sich als erste für die Lösung des Problems eingesetzt haben. Dabei muss auch geklärt werden, wie eine tarifliche Steigerung finanziert wird.

3. Eigenverantwortung und notwendige Qualifizierung

Sinnvolle Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe betreffen die Steigerung der Eigenverantwortung und die dazu erforderlichen Ausbildungsangebote. Die Akzeptanz dieser Angebote wird um so höher sein, je leichter sich das Angebot mit dem Alltag der Nutzer vereinbaren lässt. Berufsbegleitende, niedrigschwellige Konzepte, durch welche die Familien der Nutzer nicht überfordert werden, sind hilfreicher als überfrachtete Ausbildungskataloge, die auf Grund der zeitlichen und finanziellen Belastung nicht leistbar sind.

4. Pflege – ein neues gesellschaftliches Problem

Bis zum Jahr 1960 war Pflege kein Problem. Jetzt, zwei Generationen später, ist Pflege ein nicht mehr zu übersehendes Pro-

blem. Vor fünf Jahren haben wir mit Pflegekräften, Pädagogen, Versorgungsforschern und Politikern diskutiert, aus zwei Gründen an den Schulen für ein oder zwei Jahre ein Wahlfach „Pflege“ einzurichten: Bei den Heranwachsenden ist das Bewusstsein für ein neues gesellschaftliches Problem zu wecken, das zu ernsthaften wirtschaftlichen und damit existentiellen Problemen führen kann, wenn die finanziellen Reserven nicht ausreichen, die entstehenden Personalkosten abzudecken. Jeder Heranwachsende sollte im Laufe seiner Ausbildung die wichtigsten Haltungen, Kenntnisse und Handgriffe gelernt haben, einer Situation gegenüberzustehen, mit der nahezu jeder von uns konfrontiert wird. Die bisherige fachliche Verankerung in den Bildungsplänen reicht nicht aus, um die heutigen Jugendlichen für die Herausforderungen der Zukunft hinreichend auszustatten. Auf das allseits thematisierte Technologiedefizit im Bereich Digitalisierung reagiert bspw. das Land Baden-Württemberg, indem das Fach Informatik für alle Schüler/-innen ab Klasse 7 eingeführt wird. Aufgrund der Kompetenz- und Beziehungsdefizite in Betreuung und Pflege möchten wir als menschenorientierte Ergänzung zum technikorientierten Fach Informatik das Fach Betreuung und Pflege mindestens in Klassenstufe 8 einführen, um mit dem neuen Fach auch Interessensbereiche für die Berufsorientierung zu entdecken. Die Bildungspolitik hat Prioritäten zu setzen, indem zwischen Wünschenswertem und Notwendigem abgewogen wird.

5. Das Problem des Pflegenotstands ist uns noch nicht so bewusst wie der Klimawechsel

Es war nicht möglich, in einem Aufsatz alle Aspekte des Pflegenotstands anzusprechen. Der Kreisgeschäftsführer des Kreisverbandes Rottal-Inn des Bayerischen Roten Kreuzes in Pfarrkirchen hat in seinen Ausführungen auch darauf hingewiesen, dass in den nächsten 10 bis 20 Jahren, bei faktisch gleichbleibend geringem Zuwachs von regionalen Arbeitskräften, die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen deutlich steigen wird.

Ungeklärt sei auch, wie die Sozialsysteme diesen Anstieg der Anforderungen leisten sollen, weil die notwendigen Einrichtungen fehlen. Dazu sind weitergehende Überlegungen anzustellen. So könnte z.B. eine Änderung im Baurecht zur Entschärfung des Problems beitragen, indem künftig bei Neubauten eine hohe Quote von Wohnungen behindertengerecht nach DIN 18040/I erstellt werden muss. Diese Anforderung reduziert zwar nicht die Pflegebedürftigkeit, erleichtert aber die Hilfe zur Selbsthilfe und verlängert die Möglichkeit der ambulanten Versorgung, wodurch der Umzug in ein Pflegeheim verzögert wird.

Diskussion

Mitterweile ist allen Beteiligten klar, dass die Bewältigung des Pflegenotstands keine einfache Aufgabe ist. Das Konzept zur Bewältigung wird nur zögerlich umgesetzt. Man gewinnt den Eindruck, dass nicht die Tatsache des Notstands an sich bezweifelt wird, sondern dass einfach keine Einigkeit bezüglich eines Lösungsweges besteht. Dieses Gefühl der Unsicherheit blockiert den dringend erforderlichen Durchbruch. Falls die gefühlte Unsicherheit

auf dem Verdacht beruhen sollte, dass manche Argumente nur vorgeschoben sind, könnte die Lösung darin bestehen, das Kind beim Namen zu nennen. Ein authentisches Anliegen wird leichter akzeptiert als Argumente, welchen der Verdacht des Fadenscheins anhaftet.

Authentisch sind die Beschreibung des Pflegenotstands und die mühevollen Aktionen, diesen in kleinen Schritten zu bewältigen. Glaubwürdig ist auch, dass der Pflegeberuf ein Imageproblem hat und die Vergütung der Pflege zu gering ist. Daran ist nicht zu zweifeln. Unklar und auch kaum durch Daten unterstützt ist der Vorschlag, das Problem durch die Akademisierung lösen zu können. Diese immer noch bestehende Unsicherheit bezüglich des geeigneten Lösungsweges blockiert die Entscheidungsträger, sich klar für die vorgesehenen Maßnahmen zur Linderung des Pflegenotstands auszusprechen.

Dabei wäre die Lösung eigentlich gar nicht so schwer, wenn es denn gelänge, die bestehende Unsicherheit zu mindern oder gar zu vermeiden, indem die Sequenz der Konzepte vertauscht wird: Dann erscheint auf einmal eine Lösung in durchaus greifbarer Nähe. Konkret bedeutet das, die Idee der Akademisierung der Pflege nicht aufzugeben, jedoch der Akademisierung die Spezialisierung voranzustellen.

Die Annahme, dass diese Umstellung der Reihenfolge das Problem lösen könnte, ist einfach: Fakten, nicht vage Versprechungen überzeugen die Betroffenen. Wenn die Pflegekräfte erkennen, dass unser Gesundheitssystem das Image des Pflegeberufs durch eine bessere Vergütung und durch eine nebenberuflich machbare Höherqualifizierung unterstützt, gewinnt die Politik (und die Selbstverwaltung) das Vertrauen der Pflegekräfte zurück. Das alleine ist aber noch nicht ausreichend. Ebenso sind die verantwortlichen Manager zu überzeugen, dass sich der leergefegte Stellenmarkt im Pflegebereich nicht alleine durch die angekündigte Reform wieder normalisiert. Auch die Öffentlichkeit, die den Pflegenotstand am härtesten zu spüren bekommt und noch bekommen wird, muss die Wirkung der politischen Maßnahmen nicht nur verstehen, sondern fühlen. Die Situation ist mittlerweile so sehr zugespitzt, dass wissenschaftliche Argumente einen Großteil ihrer Überzeugungskraft eingebüßt haben. <<

Strategies and measures to cope with of the nursing emergency

The phrase „care emergency“ is used in Germany since 1960. This phrase characterizes a „homemade“-problem: first, university hospitals and large hospitals tried to reduce their expenditures by reduction of nursing posts. Second, fees for training in nursing had to be paid for long periods, while in other areas remuneration was paid during training periods. In the first part of our essay, we summarize the current state of the discussion in Germany. In the second part, we discuss the concept pursued in all European countries of increasing the activity of the nursing profession by academic training. In the third part, we discuss the possibility of offering a specific specialization before academic training, because the applicants will achieve more frequently and faster a specific specialization than the primary completion of an academic training program. If specialisation is geared towards specific supply problems, the willingness of clinic managers to advertise specific positions will also increase. Academization is not restricted but facilitated by a leading specialization. In the fourth part, we discuss that the academic training of nurses represents only one side of the coin. Without the two necessary immediate measures (recruitment of foreign nurses and correction of the remuneration for nurses) and without the two actions that can be implemented in the medium term (increase of self-responsibility and the need-oriented additional qualification) it will hardly be possible to reduce the existing nursing emergency.

Keywords

Nursing emergency, training in nursing, academisation, specialisation, strategy

Literatur

1. „Monitor Pflege“ – In Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat, spectrumK und der Schlüterschen – Wie die Pflege der Zukunft aussehen kann oder wird. Fachzeitschrift zur Versorgung Management und Forschung in der Pflege. 1/2019. ISSN 2364-0308. www.monitor-pflege.de
2. Porzsolt F, Rocha NG, Toledo-Arruda AC, Thomaz TG, Moraes C, Bessa-Guerra TR, Leão M, Migowski A, Araujo de Silva AR, Weiss C. Efficacy and Effectiveness Trials Have Different Goals, Use Different Tools, and Generate Different Messages. *Pragmatic and Observational Research* 2015;6:47-54. DOI <http://dx.doi.org/10.2147/POR.S89946>
3. Porzsolt F. *Clinical Economics and Nursing. Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015;23: On-line version ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0000.2640>
4. Porzsolt F, Becker SI, Weiss M, Wiedemann F, Weiss C. Der Zusammenhang zwischen Digitalisierung und Versorgungsforschung. „Monitor Versorgungsforschung“ 2019;03:49-53, doi: 10.24945/MVF.03.19.1866-0533.
5. Danjoux Meth N, Lawless B, Hawryluck L. Conflicts in the ICU: perspectives of administrators and clinicians. *Intensive Care Med.* 2009;35:2068-2077. doi: 10.1007/s00134-009-1639-5.
6. Pecanac KE, Schwarze ML. Conflict in the intensive care unit: Nursing advocacy and surgical agency. *Nurs Ethics.* 2018;25:69-79. doi:10.1177/0969733016638144.
7. Wright ER, Wright NG, Kooreman HE, Anderson JA. The nature and impact of conflict within service coordination teams for children and adolescents with serious emotional and behavioral challenges. *Adm Policy Ment Health.* 2006;33:302-315. PMID: 16607574.
8. Esserman LJ, Thompson IM, Reid B. Overdiagnosis and Overtreatment in Cancer. An Opportunity for Improvement. *JAMA.* 2013;310(8):797-798.
9. Studdert DM, Mello MM, Burns JP, Puopolo AL, Galper BZ, Truog RD, Brennan TA. Conflict in the care of patients with prolonged stay in the ICU: types, sources, and predictors. *Intensive Care Med.* 2003;29(9):1489-97.
10. Frosch DL, May SG, Rendle KA, Tietbohl C, Elwyn G. Authoritarian physicians and patients' fear of being labeled 'difficult' among key obstacles to shared decision making. *Health Aff.* 2012;31(5):1030-1038.
11. Rosenstein AH, O'daniel M. Disruptive Behavior & Clinical Outcomes: Perceptions of Nurses & Physicians: Nurses, physicians, and administrators say that clinicians' disruptive behavior has negative effects on clinical outcomes. *Nursing Management* 2005;36:18-28.
12. Browne AM, Deutsch ES, Corwin K, Davis DH, Teets JM, Apkon M. An IDEA: Safety Training to Improve Critical Thinking by Individuals and Teams. *Am J Med Qual.* 2019 Feb 9:1062860618820687. doi: 10.1177/1062860618820687.
13. Janss R, Rispens S, Segers M, Jehn KA. What is happening under the surface? Power, conflict and the performance of medical teams. *Med Educ.* 2012;46:838-849. doi: 10.1111/j.1365-2923.2012.04322.x.
14. Lindberg E, Persson E, Hörberg U, Ekebergh M. Older patients' participation in team meetings – a phenomenology study from the nurses' perspective. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2013;8:21908. Doi: 10.3402/qhw.v8i0.21908
15. MacLeod H. The owners have a right to be heard: Patient voice in design and performance improvement. *Healthc Manage Forum.* 2015;28:99-102. PMID: 25850164.
16. Anosheh M, Zarkhah S, Faghihzadeh S, Vaismoradi M. Nurse-patient communication barriers in Iranian nursing. *Int Nursing Review* 2009;56:243-249. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00697.x>
17. Filippou P, Smith AB. Prioritizing the patient voice in the development of urologic oncology research. *Urol Oncol.* 2017 Sep;35(9):548-551. doi:10.1016/j.urolonc.2017.06.045.
18. Dean S, Mathers JM, Calvert M, Kyte DG, Conroy D, Folkard A, Southworth S, Murray PI, Denniston AK. „The patient is speaking“: discovering the patient voice in ophthalmology. *Br J Ophthalmol.* 2017;101:700-708. doi:10.1136/bjophthalmol-2016-309955.
19. LeBlanc TW, Abernethy AP. Patient-reported outcomes in cancer care – hearing the patient voice at greater volume. *Nat Rev Clin Oncol.* 2017 Dec;14(12):763-772. doi: 10.1038/nrclinonc.2017.153.
20. Morgan DJ, Brownlee S, Leppin AL, Kressin N, Dhruva SS, Levin L, Landon BE, Zezza MA, Schmidt H, Saini V, Elshaug AG. Setting a research agenda for medical overuse. *BMJ.* 2015 25;351:h4534. doi: 10.1136/bmj.h4534.
21. Malhotra A, Maughan D, Ansell J, Lehman R, Henderson A, Gray M et al. Choosing Wisely in the UK: the Academy of Medical Royal Colleges' initiative to reduce the harms of too much medicine *BMJ* 2015;350:h2308
22. Grady D, Redberg RF. Less is more: how less health care can result in better health. *Arch Int Med* 2010;170:749-50.
23. Morgan DJ, Wright SM, Dhruva S. Update on medical overuse. *JAMA internal medicine* 2015;175:120-124.
24. Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. *Harvard business review.* 2013;91:1-9.
25. Morgan DJ, Brownlee S, Leppin AL, Kressin N, Dhruva SS, Levin L, Landon BE, Zezza MA, Schmidt H, Saini V, Elshaug AG. Setting a research agenda for medical overuse. *BMJ* 2015;351:h4534. doi: 10.1136/bmj.h4534.
26. IOM says diagnosis errors underappreciated. *Hosp Peer Rev.* 2015;40:115-116. PubMed PMID: 26565057.
27. Andel C, Davidow SL, Hollander M, Moreno DA. The economics of health care quality and medical errors. *J Health Care Finance.* 2012;39:39-50. PMID: 23155743.
28. Kopec D, Tamang S, Levy K, Eckhardt R, Shagas G. The state of the art in the reduction of medical errors. *Stud Health Technol Inform.* 2006;121:126-37. PMID: 17095810.
29. Kopec D, Levy K, Kabir M, Reinharth D, Shagas G. Development of an expert system for classification of medical errors. *Stud Health Technol Inform.* 2005;114:110-116. PMID: 15923767.
30. Kalra J. Medical errors: overcoming the challenges. *Clin Biochem.* 2004;37:1063-1071. Review. PMID: 15589811.
31. Kalra J. Medical errors: impact on clinical laboratories and other critical areas. *Clin Biochem.* 2004;37:1052-1062. Review. PMID: 15589810.
32. Reason J. Human error: models and management. *BMJ.* 2000;320:768-770. PMID: 10720363
33. Patientensicherheit Schweiz. Systemanalyse Klinischer Zwischenfälle. Das London-Protokoll. Deutsche Übersetzung der Publikation von Sally Taylor-Adams & Charles Vincent, Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, Department of Surgical Oncology and Technology, QEQM Building, St Mary's Hospital, Praed Street, London W2 1NY. E-Mail: c.vincent@imperial.ac.uk

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Prof. Dr. med. Franz Porzsolt

wurde am Ontario Cancer Institute in Toronto/ONT, an der Philipps-Universität Marburg und an der Universität Ulm ausgebildet. Er hat für die Entwicklung des Fachs „Klinische Ökonomik“ (Nutzen von Gesundheitsleistungen aus Sicht des Patienten und der Solidargemeinschaft) im Jahr 2012 den Deutschen IQ-Preis erhalten. 2013 hat er den wissenschaftlichen Verein „Institute of Clinical Economics (ICE) e.V. gegründet. Kontakt: mindset@clinical-economics.com

**Dr. med. Susanne Isabel Becker MPH postgrad**

baut derzeit als Chefärztin die Klinik für Seelische Gesundheit am MZG Bad Lippspringe auf und ist Mitglied des Institute of Clinical Economics (ICE) e.V.. Die Ausbildungen zur Epidemiologin und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie hat sie an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main, der Ludwig-Maximilians-Universität in München und dem IAK-KMO absolviert. Kontakt: s.becker@medizinisches-zentrum.de

**Prof. Dr. Axel Olaf Kern**

ist seit 2004 Studiendekan des Executive-Masterprogramms „Management im Sozial- und Gesundheitswesen, MBA“ und seit 2010 Gründungs- und Studiendekan des Bachelor-Studiengangs „Gesundheitsökonomie“ der Hochschule Ravensburg-Weingarten. Ebenso ist er seit 2016 Wissenschaftlicher Beirat des German Medical Awards und Wissenschaftlicher Beirat des Verbands Operativer Privatkliniken. Kontakt: axel.kern@hs-weingarten.de

**David Langer**

leitet seit 2013 als Rektor die Albert-Einstein-Realschule Ulm mit über 600 Schülern. Voraus gingen drei Jahre Konrektorat an der Karl-Spohn-Realschule Blaubeuren, mehrjährige Lehrtätigkeit in Biberach an der Riß und Studium an der Pädagogischen Hochschule Weingarten, wo er im Jahre 2002 das Promotionsaufbaustudium abgeschlossen hat.

Kontakt: d.langer@ulm.de

**Dipl.-Kfm. Albert Müller**

ab 1986 mehr als 30 Jahre tätig beim Universitätsklinikum Ulm als stellvertr. Vorstand und Leiter Finanzen, in diesen Funktionen Mitglied bei der baden-württembergischen Schiedsstelle Krankenhaus, bei der bw. Krankenhausgesellschaft und im Verband der Universitätsklinika Deutschlands.

Kontakt: a.g.mueller.bc@t-online.de

**Herbert Wiedemann**

ist seit 1998 Kreisgeschäftsführer des Bayerischen Roten Kreuz Kreisverband Rottal-Inn mit 840 hauptamtlichen Mitarbeitern. Er ist Mitglied des Arbeitskreis Health Care Bayern e.V. als auch Mitglied des Beirates Rettungsdiensts und leitete über viele Jahre den Beirat Pflege und Soziales im Bayerischen Roten Kreuz.

Kontakt: wiedemann@kvrottal-inn.brk.de

**Prof. Dr. Robert M. Kaplan**

war Chief Science Officer der US Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) und stellvertretender Direktor für Verhaltens- und Sozialforschung am National Institute of Health. Er war Past-President fünf professioneller Organisationen, u.a. der ISOQOL, ist Distinguished Professor an der UCLA und derzeit wissenschaftlicher Director am Clinical Excellence Research Center der Universität Stanford. Kontakt: bob.kaplan@stanford.edu



BERLINER

AUS DER PRAXIS – FÜR DIE PRAXIS

PFLEGEKONFERENZ

6. Berliner Pflegekonferenz Westhafen Event & Convention Center Berlin

SAVE THE DATE!

Donnerstag, 7.11.2019

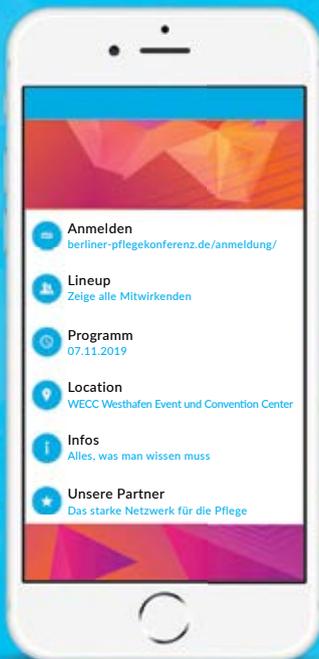
Konferenzorganisation

Mail: info@berliner-pflegekonferenz.de

Fon: +49 30 21 23 36 110

JETZT ANMELDEN!

www.berliner-pflegekonferenz.de



Unsere neue Web-App! Schnell, einfach, transparent.

Mit allen Infos zur Berliner Pflegekonferenz 2019,
an jedem Ort, zu jeder Zeit.

**Keine Kosten, kein Download –
jetzt verfügbar!**

