

monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zu Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



Prof. Dr. Margareta Halek: „Qualität kostet! Bei der Grundschullehrerin sagt auch niemand: Das könnten wir mit einer anderen Ausbildung aber billiger haben.“

Bild: Jürgen Appelhans

ISSN 2364-0308

Flächentarifvertrag?

Mit dem aktuellen Angehörigen-Entlastungsgesetz und dem Gesetz für bessere Löhne in der Pflege hat die Politik entscheidende Weichen gestellt.

Rahmenbedingungen

Staatssekretär Andreas Westerfellhaus warb auf der Berliner Pflegekonferenz dafür, die Rahmenbedingungen in der Pflege mutig zu ändern.

Systemwechsel?

Professor Dr. Heinz Rothgang hat das Gutachten zur Reform der Pflegeversicherung vorgestellt. Ein Abbau der Sektorengrenzen steht im Raum.



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.

Noch lange nicht da sind, wo wir hinwollen

>> **Titelinterview mit Professorin Dr. Margareta Halek, Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke** S. 6 ff.

Im Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke basiert die Pflege auf drei Säulen: Pflegeforschung, generalistische Praxisentwicklung und erweiterte Pflegepraxis. Dazu gehört auch der innovative Masterstudiengang Community Health Nursing, der sich mit Gesundheitsförderung und Prävention in den Kommunen beschäftigt.

Die akademische Pflegelandschaft befindet sich zur Zeit „in einer ziemlich chaotischen Phase“, sehr vielfältig - aber auch unübersichtlich“. Es braucht einen deutlich besseren Überblick und eine bessere Abstimmung mit dem Bedarf in der Pflegepraxis. In der Pflege gilt jedenfalls, wie in anderen Fachgebieten auch: „Qualität kostet!“ Man kann die akademische Ausbildung nicht gegen die Praxiserfahrung ausspielen. „Wir brauchen beides: Wissenschaft und Praxis.“

Und trotz vieler erfolgreicher Projekte und moderner Apps gilt „die Erkenntnis, dass wir noch lange nicht da sind, wo wir hinwollen. Denn es fehlen jede Menge Daten, auf deren Basis das System eine begründete Entscheidung treffen könnte.“ Darum hat die Pflegewissenschaft noch sehr viel zu tun. Ein sehr interessantes Gespräch über die vielen Aspekte und Entwicklungen moderner Pflege.

Interview mit Patrick Scheidt, Elsevier, zum Thema Care Decision Support

> S. 16

Auch für die Pflege gibt es mittlerweile etliche digitale Anwendungen für Pflegediagnose und Pflegeplanung. Laufen in der elektronischen Patientenakte alle Fäden zusammen, kann aus den Daten „eine Pflegediagnose abgeleitet und darauf basierend ein Pflegeplan erstellt“ werden. Wie ein solches Care Decision Support System arbeitet und wie es eingesetzt werden kann, erklärt Patrick Scheidt im Interview. Zum Teil ist das Zukunftsmusik, zum Teil schon Gegenwart.

6. Berliner Pflegekonferenz

> S. 11

„Es tut sich was“, so Staatssekretär Andreas Westerfellhaus. „Ich bin froh, dass das Gesetz für bessere Pflegelöhne durch den Bundestag ist, genauso wie das Angehörigen-Entlastungsgesetz“, so Familienministerin Dr. Franziska Giffey. Wir berichten in dieser Ausgabe ausführlich über die Berliner Pflegekonferenz, bei der sich am 7. November nationale und internationale Akteure aus Politik, Wissenschaft und Forschung trafen.

Angehörigen-Entlastungsgesetz

> S. 21 f.

„Die Situation ist für Pflegekräfte wie für Pflegebedürftige nicht mehr hinnehmbar“, so Ulrich Bauch, Bundesgeschäftsführer des ASB Deutschland bei der Anhörung zum Gesetz für bessere Löhne in der Pflege. Am 7. November hat der Bundestag das Angehörigen-Entlastungsgesetz beschlossen; am 29. wurde es vom Bundesrat verabschiedet. Damit sollen unterhaltspflichtige Eltern und Kinder von Sozialhilfe-Leistungsbeziehern finanziell spürbar entlastet werden und es soll mehr Planungssicherheit für Menschen mit Behinderungen schaffen.

Wissenschaftlicher Beitrag

> S. 26

Köster-Steinebach diskutiert verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung auf Grundlage des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes. Aufgegriffen werden insbesondere Ansätze rund um die Förderung der Pflegeausbildung, die Neuordnung der Pflegeentgelte und die Pflegepersonaluntergrenzen. Auf dieser Grundlage wird die Initiative einiger Verbände zur Entwicklung eines am individuellen Pflegebedarf orientierten Pflegepersonalbemessungstools vorgestellt. Die Ausstattung mit Pflegepersonal ist für das Funktionieren eines qualitativ hochwertigen Gesundheitswesens besonders wichtig, daher muss die Pflege- und Versorgungsforschung diesen Prozess in seinen Schritten immer wieder evaluieren und korrigieren.

Ich wünsche Ihnen frohe Festtage, einen guten Rutsch und ein gesundes, erfolgreiches und glückliches Neues Jahr 2020. Sowie natürlich, wie immer, interessante Lektüre mit vielen Informationen, die Sie für Ihre tägliche Arbeit nutzen können. Mit herzlichen Grüßen Ihr Professor Dr. Reinhold Roski

Reinhold Roski

www.monitor-pflege.de

monitor PPFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege

04/2019 5. Jahrgang

INHALT

Noch lange nicht da sind, wo wir hinwollen

Editorial MoPF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Was nun, Herr Spahn?

Editorial der MoPF-Redakteurin Kerstin Müller

Akademisierung: „Qualität kostet!“

Interview mit Professor Dr. Margareta Halek, Uni Witten/Herdecke

„Das hat immer was mit Loslassen zu tun“

Nachlese der 6. Berliner Pflegekonferenz

„... längst nicht genug“

Statements zur Berliner Pflegekonferenz

Wenn Kinder pflegen

Verleihung des Marie Simon Pflegepreises und Otto Heinemann

„Künstliche Intelligenz ist kein Selbstzweck“

Interview mit Patrick Scheidt, Geschäftsführer der Elsevier GmbH

Flächentarifvertrag oder Lohnuntergrenzen

Der Bundesrat hat dem Gesetz für bessere Pflegelöhne zugestimmt

Ein kalkulierbares Risiko?

Die Bundesregierung hat das Angehörigen-Entlastungsgesetz verabschiedet

Auf neue Füße stellen

Ergebnisse aus dem aktuellen DAK-Pflegereport 2019

Ist eine Pflegewelt ohne Sektoren denkbar?

Gutachten von Professor Dr. Heinz Rothgang zur Reform der Pflegeversicherung

News

10, 16, 19, 23, 25.

WISSENSCHAFT

Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach

Weiterentwicklung der Vorgaben zur Pflegepersonal-ausstattung: Mehr Sicherheit und Transparenz erforderlich!

Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski

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



Herausgeber-Beirat

Akteure

Franz Wagner*

Präsident



Dipl.-Volksw. Nadine-Michèle Szezan

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“.

Was nun, Herr Spahn?

>> „Es tut sich was!“, rief Staatssekretär Andreas Westerfellhaus auf der 6. Berliner Pflegekonferenz dem Auditorium zu. Unbenommen, es stehen der Pflege Veränderungen ins Haus, die nicht selten einen Systemwechsel mit sich bringen. Da haben sich zum Beispiel die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV-Spitzenverband und Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) auf den Fallpauschalenkatalog 2020 geeinigt, worin die einzelnen diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) erstmals um die Pflegepersonalkosten bereinigt sind. Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) schreibt's so vor. Ob die Personalkosten damit besser oder gar vollständig refinanziert werden können, wird sich zeigen. > S. 11

Mit der Reform der Pflegeversicherung steht mutmaßlich ein zweiter Systemwechsel ins Haus. Die Vorschläge, wie die Finanzierung in Zukunft am besten zu gestalten sei, schießen wie Pilze aus dem Boden. Von der Bürger-Vollversicherung, über eine Pflegebürgerversicherung, einer Kombination aus Beitragseinnahmen und Steuerzuschüssen bis zum eigenverantwortlichen Ausbau der privaten Pflegevorsorge ist hier alles zu haben. Im 2. Gutachten zur Alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung, das Professor Dr. Heinz Rothgang am 13. November vorgestellt hat, fordert dieser als „ersten und wichtigsten Schritt“ die Aufhebung der Sektorengrenzen. Endgültig. Pflegebedürftige Menschen hätten das Recht auf gesellschaftliche Partizipation und eine individuelle, möglichst selbstbestimmte Lebensführung – unabhängig von ihrem Wohnort, ihrem Alter oder ihren Beeinträchtigungen. Die starre Trennung von ambulantem und stationärem Sektor wirke als Reformbremse und verhindere die Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle. Zentraler Anknüpfungspunkt für eine Angleichung der Sektoren ist nach Rothgang die Einführung gleicher Vergütungsformen, die bei Pflege zu Hause oder bei Pflege in einem Heim nach denselben leistungsrechtlichen und leistungserbringungsrechtlichen Prinzipien funktioniere. Außerdem sei in dieser Reformperspektive die Verlagerung der Finanzierungsverantwortung für alle Leistungen der Medizinischen Behandlungspflege in eine Sozialversicherung erforderlich. Bleibt zu fragen: > S. 23

„Was nun, Herr Spahn?“

Der Bundesgesundheitsminister spielt sofort mit und stellt einen Vorschlag für eine Finanzreform der Pflegeversicherung für die erste Jahreshälfte des Jahres 2020 in Aussicht. Wie weit Spahn im Zuge der Reform gehen wird, bleibt spannend. Dass der Minister sehr umsetzfreudig ist, was Gesetzesvorhaben angeht und „eine Menge wegschafft“ (0-Ton von Bundeskanzlerin Angela Merkel) gefällt dem einen mehr, dem anderen weniger. Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Andreas Westerfellhaus, freut sich jedenfalls darüber. Denn seine zentrale Forderung an die Pflege auf der Berliner Pflegekonferenz lautete: Mut. Und den habe Spahn, so Westerfellhaus. Ganz wichtig: Der Minister sei aber eben auch in der Lage, Fehler zu erkennen und nachzujustieren.

Westerfellhaus gab zu: „Strukturen zu verändern ist eine der schwierigsten Übungen.“ Um die Rahmenbedingungen in der Pflege für eine Professionalisierung und Attraktivitätssteigerung der Profession zu erwirken, leider aber wohl auch obligatorisch.

Auch Ihnen wünsche ich: Seien Sie mutig!

Ihre

Kerstin Müller
Redakteurin „Monitor Pflege“



Rebecca, 35,
hat einen HIV-positiven
Partner

**„MEIN FREUND NIMMT
EINE TABLETTE TÄGLICH. DAMIT
BIN ICH VOR HIV GESCHÜTZT.“**

Medikamente unterdrücken HIV im Körper und ermöglichen so ein langes, gutes Leben.

HIV ist dann auch beim Sex nicht übertragbar. Das ist wissenschaftlich erwiesen.
Im Alltag kann HIV sowieso nicht übertragen werden.

Sag's weiter: www.wissen-verdoppeln.hiv

#wissenverdoppeln

Professor Dr. Margareta Halek, Fakultät für Gesundheit (Department für Pflegewissenschaft) an der Uni Witten/Herdecke

Akademisierung: „Qualität kostet!“

Am 1. September dieses Jahres ist Margareta Halek auf den Lehrstuhl für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke berufen worden und folgt damit der Pionierin Christel Bienstein als Leiterin des Pflegedepartments nach. Ihren Fokus bei Forschung und Lehre am Lehrstuhl Pflegewissenschaft will Halek zukünftig auf pflegerische Interventionen für ältere Menschen mit komplexen Pflegebedarfen legen. Auch der Umgang mit demenzbedingten Veränderungen im Verhalten von Menschen mit Demenz ist ein wichtiges Forschungsthema, zu dem Halek ab Februar 2020 eine neue Studie leiten wird. Über die akademische Pflegelandschaft, die strukturelle Entwicklung des Studiengangs Pflegewissenschaft an der Uni Witten/Herdecke und die Technisierung bzw. Digitalisierung in der Pflege haben wir mit ihr gesprochen.

>> Frau Professor Halek, Sie sind im September auf den Lehrstuhl für Pflegewissenschaft berufen worden und folgen Christel Bienstein als Leiterin des Pflegedepartments nach. Wo steht die Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke heute und in welche Richtung möchten Sie die Disziplin entwickeln?

Meine Gespräche im Rahmen der Amtsübernahme lassen keinen Zweifel daran, dass die Pflegewissenschaft an der Universität etabliert ist. Durch die engagierte Arbeit meiner Vorgängerin Professor Christel Bienstein stellt niemand die Frage nach der Berechtigung dieses Departments. Das ist sehr positiv für die Entwicklung der Pflegewissenschaft. Wir sind hier in totalen Umbrüchen. Nicht nur der sich vollziehende Generationswechsel, sondern auch die zukünftige thematische Ausrichtung beschäftigen uns derzeit. Wir haben bereits 3 Säulen identifiziert, die die Basis für unsere Arbeit bilden sollen.

Würden Sie uns diese Säulen näher erläutern?

Aber gerne. Die erste Säule bleibt das Alleinstellungsmerkmal der strikten Forschungsausrichtung in der Pflegewissenschaft. Unsere Studenten kennen sich zum Beispiel sehr gut mit Forschungsmethoden aus, werden darin geschult, kritisch mit diesen umzugehen und auch die Promotionsquote ist hoch. Im Vergleich mit anderen Angeboten dieser Art sind wir schon sehr gut aufgestellt, wollen unser Profil jedoch noch schärfen, denn die Anforderungen an Pflegewissenschaft und Pflegeforschung entwickeln sich international. Da muss man auch schauen, dass man den Anschluss behält.

Womit beschäftigt sich die zweite Säule?

Wir haben die Erfahrung gemacht, dass einige Studierende während des Studiums für sich entdecken, dass die Beschäftigung mit Forschungsfragen für sie weniger interessant ist. Dass Theorieentwicklung oder Generalisierbarkeit der Ergebnisse langwierige Prozesse sind und sie sich vorzugsweise mit der Praxisentwicklung, sprich Organisation, Motivationsmethoden, Projektmanagement,

Evaluationsmethoden, interdisziplinärem Arbeiten u.a. beschäftigen. Daher haben wir entschieden, als zweite Säule eine generalistische Praxisentwicklung zu konstituieren.

Das wollen wir nun angehen, denn wir müssen unseren pflegewissenschaftlichen Studiengang reakkreditieren, und das möchten wir dazu nutzen, das Ganze auf diese Bedarfe auszurichten.

Und um die Trias komplett zu machen ...

Die dritte Säule, die wir bereits in Angriff genommen haben, die jedoch in Zukunft weiterer Entwicklung bedarf, ist die Säule der erweiterten Pflegepraxis. Hinter dem Schlagwort ANP – Advanced Nursing Practice - stehen hier sehr praktisch ausgebildete Akademiker, die sich im Gegensatz zur generalistischen Praxisentwicklung stärker inhaltlich

orientieren und damit den „Hands on“-Bereich tangieren. Wir haben an dem von der Robert Bosch Stiftung finanzierten Projekt teilgenommen, bei dem mit der Universität Witten/Herdecke unter der Leitung von Prof. Wilfried Schnepf, die Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar und die Katholische Stiftungshochschule München 3 Hochschulen bis Herbst 2020 einen Masterstudiengang Community Health Nursing konzipieren. Begleitet wird das Projekt von der Agnes Karll-Gesellschaft im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe.



Was verbirgt sich hinter dem Studiengang Community Health Nursing?

In Deutschland existiert der Studiengang bisher nicht, in anderen Ländern wie Kanada oder Finnland ist er hingegen seit langem etabliert. Die CHN unterstützen in Städten und ländlichen Regionen die primäre Gesundheitsversorgung, wobei Gesundheitszentren eine Schlüsselfunktion einnehmen. Hier, wo Patienten speziell auf sie abgestimmte Versorgungsangebote erhalten, arbeiten die Nurses in multiprofessionellen Teams, zu denen auch Arztpersonal oder Sozialarbeiterinnen und -arbeiter gehören. Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune sind die zentralen Aufgaben der Community Health Nurses. Inhaltlich wäre das eine große Innovation, aber es stellt sich die Frage, ob die Absolventen adäquate Tätigkeitsfelder finden. Denn es geht nicht darum, dass die CHN in den ambulanten Dienst gehen, sondern eine Systemperspektive auf die Gemeinde haben, Versorgungsnetzwerke schaffen, Schnittstellen managen und damit in gewisser Weise Case Manager sein können.

.....
 << Qualität kostet! Bei der Grundschullehrerin sagt auch niemand:
 Das könnten wir mit einer anderen Ausbildung aber billiger haben.
 Nur in der Pflege wird mit der Tradition argumentiert. >>

Und wie ist der Status quo?

Wir würden diese Innovation gerne einführen, beschäftigen uns derzeit intern gerade mit Wirtschaftlichkeitsaspekten, aber die Frage ist: Gibt es so viele mutige Pflegende, die sich auf einen solchen Masterstudiengang einlassen?

Wie ist es denn um die akademischen Pflegelandschaft derzeit grundsätzlich bestellt? Was kann die akademische Ausbildung leisten?

Wir stecken momentan in einer ziemlich chaotischen Phase. Die Landschaft ist da sehr vielfältig – aber auch unübersichtlich. Was wir noch nicht deutlich machen können, ist die Lokalisierung, wann es für die Pflegenden lohnenswert und sinnvoll ist, eine akademische Ausbildung anzustreben. Nicht jeder möchte auch nach dem Studium in Leitung oder Lehre. Es gibt viele, die in die Praxis zurückwollen, in eine qualifizierte Praxis mit Verantwortung und der Möglichkeit, neue Prozesse oder Strukturen zu entwickeln. Doch welcher Studiengang zu welchen Tätigkeiten befähigt und dem Einzelnen die gewünschten Vorteile bringt, ist noch zu oft unklar. Ich hoffe, dass wir diese chaotische Phase überstehen und einzelne Profile bald besser ableitbar sind.

Und wie kommt dieser Prozess Ihrer Wahrnehmung nach voran?

Wir haben seit kurzem in Nordrhein-Westfalen das Netzwerk Pflegehochschulen NRW, in dem dieser Ausbau stattfindet. Da tastet man sich vorsichtig heran, wobei natürlich die Tatsache des Konkurrenzdrucks eine Rolle spielt. Wir buhlen alle um den Nachwuchs und versuchen attraktive Angebote zu machen, was die unübersichtliche Angebotslandschaft nicht verringert. Hinzu kommt, dass oft schlecht ersichtlich ist, welche Ausbildung und welche Schwerpunkte die Professoren haben. Wir haben bisher noch nicht

so viele Akademiker, die professorabel sind, dafür aber viele Studiengänge und möglicherweise bleibt die Profilentwicklung da einfach manchmal auf der Strecke. Da brauchen wir mehr Zeit.

Die andere Frage ist: Was sind die Bedarfe in der Praxis? Wir versuchen viel stärker diese Bedarfe zu erkennen und darauf zu reagieren; das bedingt zum Beispiel eine größere Flexibilität in der Studiengangsgestaltung. Darüber hinaus ist die Frage, ob wir eine größere Ausdifferenzierung benötigen. Es gibt beispielsweise ANPs, die sich nur mit chronischen Wunden beschäftigen und man muss sich die Frage stellen, ob das die Zukunft ist, oder man sich doch breiter aufstellen muss. Das sind Fragen, die uns eigentlich die Versorgung zurückmelden müsste und es ist absolut

notwendig, diesen Dialog zu intensivieren.

Dramatisch wäre natürlich, wenn aufgrund des Fachkräftemangels die Politik alle „ans Bett“ bringt und das Akademische auf der Strecke bleibt. Wir brauchen beides: Wissenschaft und Praxis. Es wird viele Parallelentwicklungen geben, aber ich wage mal die Prognose, dass es in 10 Jahren wieder besser aussehen könnte.

Was entgegnen Sie Kritikern, die nur Akademiker in Forschung und Lehre und maximal in der Einrichtungsleitung sehen wollen? Und die auf die steigenden Kosten für akademisch gebildete Kräfte verweisen?

Qualität kostet! Bei der Grundschullehrerin sagt auch niemand: Das könnten wir mit einer anderen Ausbildung aber billiger haben. Nur in der Pflege wird mit der Tradition argumentiert. Aktuelle internationale Studien belegen, dass die Versorgungsqualität steigt, wenn die Pflegefachkräfte akademisch ausgebildet sind. In Deutschland kann man den Unterschied zwischen schulisch und akademisch ausgebildeter Pflegekraft in der Praxis bisher schwer definieren, weil wir einfach noch zu wenig Akademiker haben. Im Moment saugt der Markt alles auf: alle, die akademisch gebildet sind, kommen in die Leitungs- und Steuerungsfunktion, was jedoch erst mal normal ist, denke ich. Aus den Krankenhäusern kommen aber beispielsweise durchaus Anfragen.

Der Schwerpunkt Ihrer Forschung liegt im Gebiet der Versorgungsinterventionen. Auf der Berliner Pflegekonferenz haben Sie ein Projekt inklusive App vorgestellt, das Pflegende und Angehörige dazu befähigen soll, das Verhalten Pflegebedürftiger mit Demenz besser zu verstehen. Wie soll diese Lösung konkret aussehen?

Bei dem Projekt „Vifa-Vielfalt aus einer Hand“ handelt es sich um einen quartiersbezogenen Gesamtversorgungsvertrag für hilfe- und pflegebedürftige Menschen in der Häuslichkeit. Durch die unterschiedlichen Institutionen und Leistungserbringer entsteht ein hoher Koordinationsaufwand, der zu Schnittstellenproblematiken, Brüchen in der Versorgungskontinuität oder sogar zu Versorgungslücken und Fehlversorgung führen kann. Das Gesamtversorgungs-

konzept der Städtischen Seniorenheime Krefeld (SSK) versucht daher, eine integrierte, vernetzte und aufeinander abgestimmte Versorgung zu gewährleisten. Vier vollstationäre Pflegeeinrichtungen unter dem Dach der SSK bieten diese Versorgungsangebote an. Der Anspruch dabei ist es, sich am sozialen Raum und den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der NutzerInnen zu orientieren.

Mit „Vifa“ setzen die SSK einen quartiersbezogenen Gesamtversorgungsvertrag nach § 72 Abs. 2 SGB XI um, der in NRW bislang einmalig ist. Damit können ambulante und stationäre Leistungen aus „einer Hand“ angeboten und direkt mit den Pflegekassen abgerechnet werden.

Mit dem Projekt waren Sie für den Marie Simon Pflegepreis der Berliner Pflegekonferenz nominiert.

Richtig, und auch wenn wir den Preis nicht mit nach Hause nehmen konnten, war die Berliner Pflegekonferenz mit ihren Auszeichnungen für die Uni Witten/Herdecke sehr erfolgreich. Drei der fünf Nominees bauten entweder auf Arbeiten des Departments für Pflegewissenschaft auf, oder hatten Alumna oder Alumni in ihren Reihen, die die Projekte durchgeführt haben. Das hat mich sehr stolz gemacht, da das als Indikator dafür gelten kann, dass wir Menschen aus- und weiterbilden, die erfolgreich Themen aufgreifen, die für die aktuellen und auch zukünftigen Bedarfen der Pflege von Bedeutung sind.

Können Sie das näher erläutern?

So hat beispielsweise die Thematik der pflegenden Kinder und Jugendlichen, mit der sich das auf der Konferenz ausgezeichnete Projekt „Superhands – Hilfe und Rat für Young Carers“ (Bericht siehe Seite 14) auseinandersetzt, Prof. Dr. Sabine Metzger an der Universität Witten/Herdecke vor rund 10 Jahren als erste auf den Tisch gebracht. Die Zahlen aus ihrer Studie dienten dem Gewinnerprojekt als Ausgangspunkt für die Arbeit. Also sind wir auch ein bisschen an diesem Sieg beteiligt. Es ist erfreulich, dass dieses wichtige Thema zunehmend in den Fokus rückt und die Politik ist aufgefordert, sich damit zu beschäftigen.

Sie entwickeln eine App, die Angehörigen und Pflegenden helfen soll, Menschen mit Demenz besser zu verstehen.

Ich beschäftige mich schon sehr lange mit der Frage nach dem Verstehen des Verhaltens von Menschen mit Demenz. Meinen Untersuchungen zugrunde liegt die Tatsache, dass Verhalten immer einen Sinn hat, den wir aber oft einfach nicht verstehen. Da braucht es gewisse Indikatoren. Der Ursprung liegt bei der Unterstützung Pflegenden in Altenheimen, denn je besser man das Verhalten der Demenzkranken versteht, umso besser kann man die Intervention planen. Es gibt sehr viel englischsprachige Studien dazu, aber das Wissen ist in der professionellen Pflegepraxis nicht vorhanden. Da-

her haben wir uns sehr viel Mühe gemacht, dieses Wissen in die Pflege zu bringen und zum Beispiel das Thema Fallbesprechungen als eine Plattform des Austausches, des Wissens, der Vermittlung zu nehmen.

Aber die aktuelle App-Entwicklung „insideDEM“ richtet sich an pflegende Angehörige oder Pflegenden von in der Häuslichkeit lebenden demenziell Erkrankten.

Irgendwann stellten wir uns im Team die Frage, ob eine Unterstützung für die Pflegenden in der Häuslichkeit nicht noch dringlicher sei, da diese noch viel weniger die Möglichkeit haben, an

das Wissen der internationalen Literatur zu gelangen. Ich kam mit Professor Dr.-Ing. Thomas Kirste von der Universität Rostock ins Gespräch, der eine Anwendung, die Entscheidungsprozesse unterstützt, für möglich hielt und wir uns an die Umsetzung gemacht haben. Assistive Technologien können die Versorgung und den Verbleib von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit unterstützen und einen Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität leisten. Hier gibt es noch eine große Forschungslücke, die durch die Entwicklung eines technischen Assistenzsystems im Rahmen des Projektes insideDEM geschlossen werden soll. Im ersten Förderzeitraum mussten wir allerdings feststellen, dass das schwieriger war als ursprünglich gedacht.

Das hört sich etwas ernüchtert an.

Ernüchternd war letztlich doch die Erkenntnis, dass wir noch lange nicht da sind, wo wir hinwollen. Denn es fehlen jede Menge Daten, auf deren Basis das System eine begründete Entscheidung treffen könnte. Unser Prototyp, den wir in der Häuslichkeit eingesetzt haben, brachte die Rückmeldung, dass gerade für den beginnenden Pflegeprozess eine digitale Unterstützung von den Pflegenden gewünscht war. Darüber hinaus erwartete die Zielgruppe hier eine intuitivere Bedienung und weiterführende Informationen. Soll heißen, wenn ich zum Beispiel den Vorschlag einer Mobilisierungsmaßnahme für den zu Pflegenden erhalte, will ich auch Vorschläge erreichbarer Physiotherapeuten erhalten. Die User wollen keine In-sellösungen, sie wollen das Komplettpaket. Das kann unser System aber noch nicht leisten. Wir arbeiten daran, eine solche Plattform bzw. Ansätze für einen digitalen Ratgeber zu entwickeln.

Es kann natürlich auch sein, dass wir feststellen, dass die Entwicklung zu viel Aufwand bedeutet und es letztlich günstiger ist, eine Community Health Nurse dorthin zu schicken, die das Wissen hat und die Prozesse begleiten kann. Wäre auch ein Ergebnis, wenn es am Ende heißt: Die Professionalität kann man nicht ersetzen.

Das Projekt wird fortgesetzt. Wie sieht die Finanzierung aus?

Wir haben wieder einen Antrag beim BMBF gestellt, der auch

<< Assistive Technologien können die Versorgung und den Verbleib von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit unterstützen und einen Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität leisten. Hier gibt es noch eine große Forschungslücke, die durch die Entwicklung eines technischen Assistenzsystems im Rahmen des Projektes insideDEM geschlossen werden soll. >>

genehmigt wurde, sodass der Startschuss im Februar 2020 erfolgen kann.

Digitale Entwicklungen in der Pflege.

Der digitale Markt ist ja ein Hype-Markt, mit ziemlich viel Wildwuchs. Anwendungs-Entwickler haben oft gar keinen Bezug zur Pflege. Sie entwickeln Lösungen, ohne die Zielgruppe in die Planung miteinzubinden. So fehlt bei vielem die pflegewissenschaftliche Kompetenz, die sicherlich bei der großen Zahl der Projekte nicht in Gänze sichergestellt werden kann, aber da ist auf jeden Fall mehr möglich.

Die meisten Projekte finden sich im Bereich Dokumentation oder Datentransfer. Das ist sicher ein wichtiges Thema, aber ich bin beispielsweise ein Verfechter der Pflegedokumentation, da man Einschätzungen und Bewertungen vornimmt, um Interventionen abzuleiten. Dieser Prozess der Reflexion entfällt mit der zunehmenden elektronischen oder digitalen Unterstützung. Da muss man aufpassen, wo die Entwicklung hingeht.

Die Unterstützung muss derart sein, dass sie nicht mehr Arbeit macht. Und das sehe ich in der Praxis bisher nicht. Jetzt wird davon gesprochen, dass Einrichtungen IT-Spezialisten und Servicebegleiter brauchen. Die Frage ist: Wo fängt die Unterstützung an und wo wird zum Problem?

Hilft das DVG von Jens Spahn bei dieser Entwicklung?

Es unterstützt den Transfer bewährter Entwicklung in die Praxis. Diese Hürde abzubauen ist absolut notwendig. Ob das die Entwicklung außerordentlich fördert oder wegweisend sein wird, kann ich nicht sagen, aber ich denke, dass die Entwicklung grundsätzlich notwendig ist. Und warum sollte dann nicht auch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft wie die CHN eine digitale Anwendung verschreiben können. Oder ein Hilfsmittel? Wenn innovativ, dann wäre das doch ein konsequenter Schritt.

Welche Rahmenbedingungen muss die Politik denn schaffen, damit die Akademisierung sich weiter positiv entwickeln kann?

Die Politik schaut derzeit intensiv auf die konkrete Versorgung. Und sie suchen nach Lösungswegen für den akuten Pflegefachkräftemangel. Sie setzt auf Fast Tracks zum Beispiel für die Altenpflege, dass sie dann auch schneller bzw. einfacher zu ihrem Abschluss kommen.

Ich kann das gut verstehen, glaube aber, dass sie gleichzeitig parallel mit demselben Nachdruck etwas für die Akademisierung tun müssen. Das schließt auch die Einrichtung geeigneter Stellen im System mit ein. Eben auch offen zu sein für neue Rollenbeschreibungen. Natürlich können wir jetzt schon Pflegeprozesse selbstständig steuern, aber ich komme immer an diese Schnitt-

stellen, wo ich keinen Schritt weiterkomme, weil jemand anderes etwas machen muss. Und die Frage ist, gibt es da Tracks, die ich als Pflegenden selbstständig durchgehen kann? Das müsste parallel laufen, sonst legen wir ein Übergewicht auf diese Praxis, die jetzt schnell Pflegende produzieren soll und dann gerät die Akademisierung wieder ins Hintertreffen.

In der Praxis freut man sich über die Änderungen. Da sind mit den Gesetzen viele Dinge umgesetzt worden, auf die wir lange gewartet haben, aber ich glaube, die Neuerungen müssen jetzt erst mal in der Praxis ankommen und ihre Wirkung entfalten.

Profitieren alle pflegerischen Gesundheitsfachberufe gleichermaßen?

Die Professionalisierung im Krankenhaus steht meiner Meinung nach im Fokus und die Altenhilfe bräuchte mehr Aufmerksamkeit. Sie ist immer noch deutlich schlechter gestellt als beispielsweise die Krankenpflege und ist doch mittlerweile eine hochkomplexe Versorgung mit Problematiken physischer und psychischer Natur. Ich glaube, hier wäre noch mehr Qualifizierung angebracht. Aber ich hätte mir gewünscht, dass man auch dort sein Augenmerk auf die Frage richtet, welche Qualifizierung vonnöten ist – nicht zuletzt auch die Bedeutung der akademischen Qualifikation. Das ist hier noch gar nicht angekommen, außer vielleicht partiell in der Leitungsfunktion. Aber das hier ein Masterabsolvent „am Bett“ arbeitet, habe ich noch nie gehört.

Frau Professor Halek, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte Redakteurin Kerstin Müller.

Professor Dr. Margareta Halek

Die 46-Jährige ist neu berufene Lehrstuhlinhaberin für Pflegewissenschaft sowie die neue Leiterin des Departments für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke. Nach ihrer Ausbildung zur Altenpflegerin absolvierte Halek ihr Bachelor-, Master- und Promotionsstudium der Pflegewissenschaft an der UW/H, bevor sie 2009 an den neu gegründeten Standort Witten des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. wechselte, an dessen Ausbau sie maßgeblich beteiligt war. Dort war sie seit 2009 als Leiterin der Forschungsgruppe Versorgungsinterventionen und als stellvertretende Standortsprecherin tätig. Zuletzt hatte sie zusätzlich seit 2016 die Juniorprofessur für Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt „Pflege von Menschen mit Demenz“ am Department für Pflegewissenschaft inne.

VAMOS-Studie: Absolventen bringen erweiterte Kompetenzen in die Versorgung ein

>> Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge Pflege, Hebammenkunde, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie finden zum Großteil den Weg in die patientennahe Versorgung. Das ist ein zentrales Ergebnis der „VAMOS-Studie“, einer vom nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerium geförderten Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen in Nordrhein-Westfalen, an der die hsg Bochum als koordinierende Stelle mitwirkte. „Insbesondere für die Hochschule für Gesundheit sind die Ergebnisse dieser Studie sehr

wichtig, da wir an der hsg Bochum von Beginn an alle fünf Modellstudiengänge angeboten haben, die im Rahmen der Studie wissenschaftlich erhoben wurden“, erklärte Prof. Dr. Anne Friedrichs, Präsidentin der hsg Bochum, am 4. November in Bochum und fügte hinzu, dass sie mit den Ergebnissen sehr zufrieden sei. Friedrichs: „Es stützt unsere langjährige Forderung, baldmöglichst alle Modellstudiengänge in Regelstudiengänge zu überführen, wenn deutlich wird, dass sich unsere AbsolventInnen erfolgreich in den Arbeitsmarkt integrieren und ihr

Kompetenzprofil auch von ArbeitgeberInnen gefragt ist.“

In der Studie VAMOS wurde der berufliche Verbleib der AbsolventInnen nach dem Abschluss eines Studiums in

den Modellstudiengängen der Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege und Physiotherapie untersucht, die seit dem Wintersemester 2010/2011 an sieben Hochschulstandorten in Nordrhein-Westfalen angeboten werden. Die Studie, durchgeführt vom 1. Juli 2017 bis zum 30. Juni 2019, wurde durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW gefördert. Der Forschungsverbund bestand aus sieben Hochschulen und drei Instituten. Im Rahmen einer Querschnittstudie wurden insgesamt 515 AbsolventInnen und 109 ArbeitgeberInnen befragt.

Die hsg Bochum wirkte im Forschungsverbund zur Umsetzung der Studie als koordinierende Stelle. Prof. Dr. Sven Dieterich, Professor für Gesundheitswissenschaften an der hsg Bochum und Leiter der koordinierenden Stelle, und Rüdiger Hoßfeld, wissenschaftlicher Mitarbeiter der koordinierenden Stelle, waren verantwortlich für

die Koordination des Gesamtprojektes.

„Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass den AbsolventInnen in der Regel ein problemloser und einschlägiger Berufseinstieg gelingt. Dabei arbeiten sie in verschiedenen Arbeitsfeldern, wobei in jeder Berufsgruppe ein Arbeitsort – wir sprechen von ‚Setting‘ – klar dominiert. In der Pflege und in der Hebammenkunde arbeiten über die Hälfte der AbsolventInnen im Krankenhaus. In den Therapieberufen sind die meisten AbsolventInnen in einer ambulanten Therapiepraxis tätig“, fasste Dieterich zusammen. Dabei seien acht von zehn AbsolventInnen hauptberuflich in Stellen tätig, in denen sie vor allem klientennahe Aufgaben umsetzen. In allen untersuchten Kompetenzfeldern in der beruflichen Praxis, wie zum Beispiel dem ‚Durchführen klientInnenbezogener Maßnahmen‘ oder ‚Schulen und Anleiten von KlientInnen‘ schätzen sich die AbsolventInnen als handlungssicher ein. Insbesondere im Kompetenzfeld der interprofessionellen Zusammenarbeit schätzen sie ihre Handlungssicherheit als besonders hoch ausgeprägt ein, erläuterte Dieterich. „Die befragten ArbeitgeberInnen nehmen bei den AbsolventInnen der Modellstudiengänge im Vergleich zu fachschulisch Ausgebildeten einen Kompetenzmehrwert wahr. Dieser zeigt sich am deutlichsten beim Planen, Steuern und Evaluieren von Behandlungs- beziehungsweise Pflegeprozessen sowie bei der Qualitätssicherung und -entwicklung und beim Recherchieren wissenschaftlicher Erkenntnisse“, führte der Gesundheitswissenschaftler aus. <<



Prof. Dr. Sven Dieterich und Rüdiger Hoßfeld

Neuer Masterstudiengang bildet Fachleute für Palliative Care aus

>> Mit der Versorgung schwer- und sterbenskranker Menschen in allen Lebensphasen beschäftigt sich nicht nur die Medizin. Auch die Pflege-, Geistes- und Sozialwissenschaftler und -innen widmen sich dieser Aufgabe und erforschen sie. Dabei ist Palliative Care eine relativ junge Disziplin. Es gibt kaum Studiengänge, die auf eine Tätigkeit in der Palliativversorgung oder in der Forschung vorbereiten, doch gerade solche Fachleute werden immer mehr gesucht. Prof. Dr. Claudia Oetting-Roß und Meike Schwermann vom Fachbereich Gesundheit der FH Münster haben deshalb den Masterstudiengang Palliative Care initiiert. „Unser Ziel

war es, einen Studiengang aufzubauen, der mehrere Perspektiven integriert: gesundheits- und pflegewissenschaftliche, sozial- und geistes- sowie kulturwissenschaftliche“, sagt Oetting-Roß. Und an all diese Professionen richtet sich das Masterprogramm – vorausgesetzt, die Bewerber sind in der Palliativversorgung integriert und weisen mindestens einen Bachelor- oder Diplomabschluss nach. „Diese Vielfalt ist der große Pluspunkt unseres Programms“, so Schwermann. Wer es absolviert, arbeitet disziplinübergreifend miteinander – und lernt, wissenschaftliches Handeln in die Strukturen der palliativen Versorgung zu implemen-

tieren und diese weiterzuentwickeln. Dazu zählt zum Beispiel, den psychologischen Bedürfnissen der Menschen in der letzten Lebensphase gerecht zu werden, das körperliche Wohlbefinden während des Krankheitsverlaufs evidenzbasiert zu fördern und die klinische sowie ethische Entscheidungsfindung in der Palliativversorgung zu initiieren, moderieren und evaluieren. „Wir verknüpfen Theorie und Praxis, indem die Studierenden methodengeleitet Fallsituationen kennenlernen, diskutieren und Praxisprobleme bearbeiten“, hebt Oetting-Roß hervor. „Diese reflexive Kompetenz ist ein ganz wichtiges Ziel!“ <<

6. Berliner Pflegekonferenz am Westhafen Event & Convention Center

„Das hat immer was mit Loslassen zu tun“

Angehörigen-Entlastungsgesetz, Gesetz für bessere Pflegelöhne, Pflegeberufegesetz – „Es tut sich was“, wie Staatssekretär Andreas Westerfellhaus auf der 6. Berliner Pflegekonferenz ausrief. Für manch einen ist das Tempo, das vor allem Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in Sachen Gesetzgebung vorlegt, sogar zu hoch. Doch es brauche Bewegung, um möglichst zügig bessere Rahmenbedingungen und damit eine Attraktivitätssteigerung für die Pflege zu erreichen. Um diesen Weg gemeinsam zu gehen, fanden sich am 7. November Akteure aus Praxis, Politik, Wissenschaft und Forschung im Westhafen Event & Convention Center Berlin ein, um Ideen, Innovationen und auch unkonventionelle Konzepte auszutauschen und zu diskutieren. Mit Berlin als nationalem und Finnland als internationalem Partnerland waren Ideen und Konzepte aus Ballungsraum und Flächenland prominent auf der Berliner Pflegekonferenz vertreten.

>> „Mich hat dieses Jahr bewegt, wie viele Kinder und Jugendliche in Deutschland in der Pflege arbeiten.“ Dass Yves Rawiel die diesjährige Berliner Pflegekonferenz mit diesen Worten eröffnete, macht den Stellenwert des Themas für den Geschäftsführer von spectrumK und Organisator der Veranstaltung deutlich. 230.000 diverse Familienmitglieder pflegende Kinder und Jugendliche sind es laut einer ZQP-Studie aus dem Jahr 2016 deutschlandweit. In Berlin alleine 11.000, wie Rawiel angab; und so sollte das Thema an diesem Tag noch in den Fokus rücken.

Politik muss für Entlastung sorgen

Moderator Jochen Schropp, als Schauspieler und Fernsehmoderator bekannt, kündigte den nächsten Redner wie folgt an: „Er trägt die Berufung nicht nur in seiner amtlichen Bezeichnung, er lebt sie auch.“ Der vom Gros des Auditoriums sicherlich daraufhin bereits identifizierte Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, lobte die Bedeutung der Profession Rechnung tragenden Veranstaltungsrahmen der Pflegekon-

ferenz, um sodann eine Brücke zu den Rahmenbedingungen der Pflege zu schlagen. Diese seien gerade für die größte Gruppe der Pflegenden, nämlich der der Angehörigen, noch lange nicht befriedigend. Und er sprach ihnen seinen Respekt für die Leistungen aus, da sie Einschränkungen im Alltag und auch Unsicherheiten im Bezug auf die eigene Altersversorgung über viele Jahre in Kauf nähmen.

Viele Reports dokumentieren aktuell eine hohe physische sowie psychische Belastung der pflegenden Angehörigen und so müsse es Aufgabe der Politik sein, hier für größere Entlastung zu sorgen. „Wir haben Maßnahmen im Bereich der Rehabilitation und Prävention geschaffen“, die jedoch partiell nicht griffen, da beispielsweise der Anspruch auf Kurzzeitpflege durch fehlende Kurzzeitpfle-

geplätze nicht realisierbar sei. „Ich habe der Bundesregierung vor kurzem Vorschläge gemacht, und ich glaube, dass diese auch zum Erfolg führen können – weil andere habe ich bisher noch nicht gehört“, und aus verschiedenen Bundesländern gäbe es bereits positive Signale, diese in die Erprobung zu bringen.

Auch eine Machtfrage

„Aber es ist nicht immer nur alles eine Frage der Finanzierung“, stellte der Pflegebevollmächtigte fest und verwies auf den herrschenden Fachkräf-

temangel. Oft würden hier aus der Berufsgruppe die schlechten Rahmenbedingungen genannt, wie mangelnde Pflegezeit oder wenig verlässliche Dienstpläne. Laut der „Pflege-Comeback-Studie“ aus dem letzten Jahr würden 48% der Berufsaussteiger, was rund 120.000 bis 200.000 Pflegefachkräften entspreche, bei besseren Bedingungen zurück. „Ja verdammt nochmal, dann müssen wir an diesen Rahmenbedingungen was tun“, sprach und nahm damit auch die Kritiker und Verhinderer eines bundeseinheitlichen Tarifvertrages in die Pflicht.



Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung Andreas Westerfellhaus

Pflegebevollmächtigter Westerfellhaus forderte mehr Mut: „Wenn die Ideen gut sind, dann müssen wir das, was diese Ideen behindert, abschaffen, und nicht die Ideen aufgeben.“ Strukturen zu verändern sei tatsächlich eine der schwierigsten Übungen: „Das hat immer etwas mit Loslassen zu tun, das hat immer etwas mit Macht zu tun, das hat auch immer etwas mit Geld zu tun, und das hat immer etwas mit Ungewissem zu tun, weil man nicht genau weiß, wo die Reise hingeht.“

Apropos Mut: Die mancherorts kritisierte Aktivität Jens Spahns, als Bundesgesundheitsminister Gesetzesvorbereitungen sowie Gesetzesabschiede in Sachen Pflege in großer Zahl auf den Weg zu bringen, identifizierte der Staatssekretär als mutig und richtig. Die notwendige Bereitschaft nachzukorrigieren und

nachzusteuern sei bei Spahn vorhanden.

Handlungsautonomie für die Pflege

Mehr Verbindlichkeit in der Umsetzung beschlossener Maßnahmen wünschte sich Westerfellhaus ausdrücklich von den 85 Teilnehmern der Konzierten Aktion Pflege. Alle Verbände, Organisationen und Institutionen hätten sich dieser gesamtgesellschaftspolitischen Aufgabe zu stellen und eine ihm zu Ohren gekommene Abkehr einiger Akteure sei nicht hinnehmbar.

Dagegen gab das zum 1.1.2020 in Kraft tretende Pflegeberufereformgesetz bei Westerfellhaus Anlass zur Freude. Zum ersten Mal seien hier Vorbehaltene Tätigkeiten geregelt und es sei an der Zeit, „die Profession endlich das machen zu

lassen, wofür sie qualifiziert ist“. Und das eben auch berufsrechtlich, handlungsrechtlich, leistungsrechtlich abzusichern, „denn alles andere ist Verschwendung von Ressourcen“, konstatierte der Redner. Inhalte zur Ausgestaltung der Vorbehaltenen Tätigkeiten wie auch der selbständigen Ausübung der Heilkunde sei man gerade dabei auszuformulieren. Westerfellhaus verspricht sich dadurch eine Attraktivitätssteigerung des Pflegefachberufes und eine Verbesserung der Versorgungssicherheit in den unterschiedlichen Strukturen – ländlicher Raum, Ballungszentrum, Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

Als wenig attraktiv wertete der Staatssekretär das Thema Investitionskosten der Länder. Diese sind an der Ausgestaltung der Qualifizierung der

Ausbildung und der Studienangebote auch in der Verantwortung, stellten sich dieser jedoch nicht angemessen. „Ich bin in allen Bundesländern gewesen und da komme ich manchmal mit sehr viel Unverständnis zurück. Ein Beispiel: Wenn man die Schulkosten in Bayern bei den Budgetverhandlungen für die Schulen mit ca. 11.000 pro Auszubildendem ausverhandelt hat und in meinem Heimatland (Nordrhein-Westfalen, Anm. d. Red.) mit rund 7.200 Euro ausverhandelt, kann das nicht funktionieren – bei einer einheitlichen professionellen Pflegeausbildung.“ Lehrermangel und eine nicht optimale Qualifizierung derselben gingen zulasten der Ausbildungsqualität.

Neue Zentrale Service-stelle Berufs-anerkennung

Die Angst vor dem Gespenst Digitalisierung wollte Westerfellhaus den anwesenden Berufsangehörigen nehmen. „Es geht um Entlastung“, sagte er, damit eine größere Konzentration auf die pflegerische Intervention möglich sei. Dringend Einzug müsse jetzt auch die elektronische Patientenakte halten und last but not least gelte es für die Profession, sich bei der Entwicklung von technischen und digitalen Lösungen einzumischen, um den Prozess und die Lösungen im Zuge der Entwicklung sinnvoller Lösungen mitzubestimmen.

Mehr als sinnvoll bewertete der Staatssekretär auch die am 01.02.2020 an den Start gehende Zentrale Servicestelle Berufs-anerkennung (ZSBA), die Antragstellende aus dem Ausland durch das Anerkennungsverfahren begleiten soll, um die Verfahren zu beschleunigen. Denn diese fachliche Unterstützung aus dem



Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung, Dilek Kalayci, Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Yves Rawiel, Geschäftsführer spectrumK und Initiator der Berliner Pflegekonferenz.

Ausland werde benötigt.

„Es tut sich was!“, rief Westerfellhaus dem Auditorium entgegen und appellierte noch einmal an die 1,4 Millionen beruflich Pflegenden, sich zu solidarisieren und mit einer Stimme zu sprechen. Denn nur so könne man sich gegenüber Arbeitgebern und Politik stark positionieren. Der Begriff solidarisch fiel zum Abschluss von Westerfells Vortrag ebenso im Kontext einer anstehenden Reform der Pflegeversicherung, die notwendig sei, um den Eigenanteil der Bewohner stationärer Einrichtungen nicht ins Unermessliche steigen zu lassen.

Berlin im Bürgerdialog

Nach dem Applaus des Publikums konnte Westerfellhaus sich auch noch ein Lob der Berliner Senatorin Dilek Kalayci abholen, die dessen Engagement in Sachen Pflege auf Bundesebene würdigte. Mehr Engagement hingegen forderte sie von der Gesellschaft, die sich klar darüber werden müsse, welchen Stellenwert die Pflegebedürftigkeit eines Menschen heute habe. In Berlin, so ließ Kalayci erkennen, stehe die Pflege politisch ziemlich weit oben auf der Agenda und so stellte sie beispielsweise das Projekt „Pflege 2030“ vor. Dabei sollen zukünftige Herausforderungen und Veränderungen im Rahmen eines Bürgerdialogs erörtert werden. „Es wird dabei keine Vorgaben geben. Im Mittelpunkt stehen die Hinweise, Tipps, Forderungen und Anregungen der Bürgerinnen und Bürger“, so Kalayci. Der Dialog „Pflege 2030“ beschreibe einen ganz neuen Ansatz, denn bisher sei die Ausgestaltung von Unterstützungs- und Hilfsstrukturen sowie Leistungsangeboten im Wesentlichen bestimmt

durch drei Akteure: die Politik, die Kostenträger und die Leistungserbringer. Mit dem Dialog „Pflege 2030“ werde den Bürgerinnen und Bürgern nun eine Partnerrolle in diesen Ausgestaltungsprozessen gegeben. Ziel des Dialogs sei es, die künftigen Altenhilfe- und Pflege-

strukturen in Berlin verstärkt an der Lebenswirklichkeit und Vielfaltigkeit der Menschen auszurichten. Neben dem Projekt „Pflege 4.0“, das sich um die Schulung der digitalen Kompetenz in der Schule bemüht und auch die Anbindung von stationären Einrichtungen an die Telematikinfrastruktur erreichen will, stellte die Senatorin den „Pakt für die Pflege“ vor, der den Fokus auf die Ausbildung richtet. Scharfe Kritik übte sie am privaten Berliner Arbeitgeberverband, der aufgrund der Aufnahme von Tarifverträgen in den Pakt aus selbigem ausgestiegen sei. „Arbeitgeber, die nicht verstanden haben, dass Tarifverträge die Branche aufwerten und die Tarifverträge bekämpfen, haben den letzten Schuss nicht gehört“, erklärte Kalayci.

Die Senatorin forderte zudem eine Lohnersatzzahlung für pflegende Angehörige, ähnlich wie das Ende August bereits Familienministerin Dr. Franziska Giffey mit dem „Familienpflegegeld“ getan hatte, welches sie als Rednerin im Rahmen der



Dr. Franziska Giffey, Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

abendlichen Preisverleihung des Otto Heinemann- wie des Marie Simon Pflegepreises erneut tat. Als „tief sozialdemokratisches Projekt, das allerdings nicht im Koalitionsvertrag verankert sei“, wahrscheinlich eher mittelfristig zu denken.

Giffey war es wichtig zu betonen, dass die Gesellschaft ein größeres Bewusstsein dafür entwickeln müsse, dass „die Pflege nicht nur ein Thema für das Alter, sondern ein Thema für alle Generationen“ sei. Die Berliner Pflegekonferenz bilde eine gute Plattform zum Austausch von Fachexpertise und neuen Ideen wie auch zur Kooperation mit neuen Partnern.

„Mach' Karriere als Mensch“

Die „riesengroße Zukunftsaufgabe Pflege“, die sich mit einer mittelfristigen Perspektive von bundesweit 4 Millionen Pflegebedürftigen als Herausforderung darstelle, könne nur in Zusammenarbeit bewältigt werden. dazu gehörten Bemühungen Fachkräfte zu halten und

zurückzuholen, eine qualifizierte Ausbildung sowie ausländische Fachkräfte zu rekrutieren. Denn „die Fachkräfte, die wir heute brauchen sind schlichtweg nicht alle vor 20 Jahren geboren worden“, analysierte die Ministerin und so sei die Fachkräftethematik aus dem Ausland ein Schwerpunkt der Politik. Einen weiteren beschrieb Giffey mit der Werbung von Schulabgängern für die Profession. Dazu habe man im Oktober die bundesweite Kampagne „Mach Karriere als Mensch!“ gelauncht. Ziel sei, möglichst vielen Menschen zu vermitteln, dass das Pflegeberufegesetz neue attraktive Möglichkeiten für die Profession eröffne. Kampagnenmaterial – auf Wunsch auch mit individuellem Logo versehen – gebe es kostenlos beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. „Ich bin froh, dass das Gesetz für bessere Pflegelöhne durch den Bundestag ist, genauso wie das Angehörigen-Entlastungsgesetz“, so Giffey, denn dieser Gruppe müsse man auch ganz besondere Beachtung schenken. <<

Die 6. Berliner Pflegekonferenz. Eine Nachlese.

„... längst nicht genug“

Politische Wendepunkte in der deutschen Geschichte bestimmen die Retrospektive auf den 9. November. Und so kann das Veranstaltungsdatum der Berliner Pflegekonferenz, das immer in diesem Zeitraum gesetzt wird, inhaltlich hier anknüpfen – denn als interdisziplinäre Dialogplattform will die Veranstaltung einen Rahmen bieten, in dem neue Ziele für die Profession Pflege abgesteckt und diskutiert werden. spectrumK-Geschäftsführer und Initiator der Pflegekonferenz, Yves Rawiel, begrüßte nationale wie internationale Akteure aus Politik, Wissenschaft und Forschung und ganz besonders das internationale Partnerland Finnland.



„Mich persönlich hat dieses Jahr etwas bewegt, was auf keiner der Moderationskarten steht – mich hat bewegt, wie viele Kinder, auch schon 11- und 12-Jährige in Deutschland in der Pflege arbeiten. Sie sind natürlich nicht offiziell angemeldet, und es gibt deshalb nicht **die** offiziellen Statistiken dazu. Aber es sind die Kinder, die ihre Geschwister, Eltern oder auch Onkel und Tanten mitpflegen. Und diese Zahl hat in Deutschland mittlerweile eine erschreckende Größe angenommen. Ich finde, wir sollten uns ein bisschen mehr um das Thema kümmern. Und vielleicht ist das hier der Startschuss dafür.“

Yves Rawiel, Geschäftsführer spectrumK und Initiator der Berliner Pflegekonferenz

„Wir arbeiten seit langer Zeit sehr gut und sehr intensiv zusammen. Das macht nicht nur die Nähe, sondern auch unser gemeinsames Verständnis in der Verantwortung gegenüber dem Thema Pflege. Sie haben das Motiv gewählt, Pflege bedeutet Verantwortung, Pflege braucht Zukunft und Pflege benötigt Innovation: Und daran möchte ich Sie eingangs teilhaben lassen – wenn ich so hier reinkomme und ich höre die Musik, sehe professionelle Ausgestaltung – das ist das, was mein Herz höher schlagen lässt. Denn das ist das, was ich mir vorgestellt habe: Wenn man eine so bedeutende Profession in der Versorgung dieser Gesellschaft vorfindet, dann muss man auch die Rahmenbedingungen professioneller gestalten, unter denen sie arbeitet und diskutiert und unter denen sie auch Weiterentwicklung betreibt. Ich glaube, dass da eine ganze Menge passiert ist, aber längst nicht genug.“

Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung und Schirmherr des Marie Simon Pflegepreises



„Pflege ist eines der wichtigsten Themen unserer Zeit. Immer mehr Menschen haben mit Pflege zu tun, sei es als Pflegebedürftige oder als Pflegenden. In dem von mir initiierten ‚Berliner Pakt für die Pflege‘ werden wir die Pflegeberufe finanziell und qualitativ attraktiver machen. Wir starten eine umfangreiche Ausbildungsoffensive. Zur Unterstützung und Beratung von pflegenden Angehörigen stärken wir unsere 36 Pflegestützpunkte. Im Bürgerdialog ‚Pflege 2030‘ können die Berlinerinnen und Berliner zudem aktiv daran mitwirken, die Pflege der Zukunft zu gestalten.“

Dilek Kalayci ist Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

Verleihung des Marie Simon Pflegepreises und des Otto Heinemann Preises

Wenn Kinder pflegen

Im Rahmen einer feierlichen Abendveranstaltung auf der Berliner Pflegekonferenz verleiht spectrumK jedes Jahr den Marie Simon Pflegepreis und den Otto Heinemann Preis. Letzterer honoriert in 3 Kategorien besonderes Engagement von Arbeitgebern, die sich für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege einsetzen. Der Marie Simon Pflegepreis widmet sich hingegen Organisationen und Initiativen, die sich den besonderen Herausforderungen der Pflege stellen und mit ihrem Einsatz die Versorgung von Pflegebedürftigen verbessern. In diesem Jahr konnte das Projekt „Superhands – Hilfe und Rat für Young Carers“ der Johanniter Unfall-Hilfe e.V., Regionalverband Unterfranken, die Auszeichnung mit nach Hause nehmen. Das Projekt unterstützt Kinder und Jugendliche, die Angehörige pflegen.

>> Bundesfamilienministerin Giffey betonte in ihrem Eröffnungsvortrag: „Pflege ist ein Zukunftsberuf, der durch das Pflegeberufegesetz ab 2020 deutlich attraktiver wird. Die Ausbildung wird moderner und es bieten sich nach Abschluss der neuen generalistischen Pflegeausbildung für die Absolventen vielfältige Einsatzmöglichkeiten. Und: Endlich wird das Schulgeld abgeschafft und in ganz Deutschland eine angemessene Ausbildungsvergütung sichergestellt. Auf die zahlreichen Vorteile und Chancen der neuen Ausbildung in der Pflege möchte ich mit der durch mein Haus gestarteten Informations- und Öffentlich-

keitskampagne „Mach Karriere als Mensch!“ aufmerksam machen. Mit modernen und auffallenden Motiven sollen sowohl Jugendliche in der Berufsorientierungsphase als auch Menschen mit dem Wunsch nach einer beruflichen Neuorientierung für die neuen Pflegeausbildungen gewonnen werden. Auf der Homepage pflegeausbildung.net können kostenlos Kampagnenmaterialien bestellt oder heruntergeladen werden. Ich lade alle Interessierten, vor allem ausbildende Akteure in der Pflege ein, dieses Angebot zu nutzen.“

Diesem Kernanliegen, die Pflege zu stärken, folgen die Preisträger des Otto Heinemann Prei-

ses, der Arbeitgeber auszeichnet, die sich besonderer Weise für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege einsetzen. In der Kategorie bis 500 Angestellte wurde das Handwerksunternehmen Simonmetall GmbH & Co. KG ausgezeichnet. Bei den Unternehmen mit einer Beschäftigtenzahl von 501 bis 5.000 Mitarbeitern erhielt die Unternehmensgruppe Nassauische Heimstätte/Wohnstadt die Auszeichnung. In der Klasse ab 5000 Mitarbeitern würdigte die Jury das Engagement der Ernst & Young GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft. Der Otto Heinemann Preis wurde von der spectrumK GmbH, dem BKK Dachverband e.V.

und dem IKK e.V. ausgelobt, die Schirmherrschaft hatte in diesem Jahr Bundeswirtschaftsminister Peter Altmaier übernommen. Der Sonderpreis zum Otto Heinemann Preis, gestiftet vom IKK e. V., ging an das Projekt LQG – Lebensqualität für Generationen, BRK Kreisverband Kronach.

Der Marie Simon Pflegepreis würdigt herausragendes Engagement und innovative Ideen von Organisationen und Initiativen, die sich den besonderen Herausforderungen der Pflege stellen und mit ihrem Einsatz die Versorgung von Pflegebedürftigen verbessern. Vor allem stärken sie mit ihrem Wirken die menschenwürdige Pflege und Fürsorge in unserer Gesellschaft. Der diesjährige Preisträger, das Projekt „Superhands – Hilfe und Rat für Young Carers“ der Johanniter Unfall-Hilfe e.V., Regionalverband Unterfranken, überzeugte die hochkarätig besetzte Jury des Marie Simon Pflegepreises.

Das Projekt unterstützt Kinder und Jugendliche, die Angehörige pflegen. Diesen besonderen Einsatz hob der diesjährige Schirmherr und Laudator, der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Staatssekretär Andreas Westerfellhaus besonders hervor. Der Marie Simon Pflegepreis wird vom Deutschen Städte- und Gemeindebund (DStGB) und der spectrumK GmbH vergeben. <<



Die Preisträger des Otto Heinemann Preises der Ernst & Young GmbH in der Kategorie Unternehmen ab 5.001 MitarbeiterInnen, Bild: Berliner Pflegekonferenz, Sandra Wildemann

Prof. Dr. Erika Sirsch ist neue Dekanin

>> Frau Prof. Dr. Erika Sirsch wurde zum 01. Dezember 2019 ins Amt der Dekanin der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) gewählt. Zuvor war sie seit Januar 2019 bereits kommissarische Dekanin und seit April 2018 Prodekanin der Pflegewissenschaftlichen Fakultät. Frau Prof. Sirsch hat seit April 2014 den Lehrstuhl für Akutpflege an der PTHV inne und ist seit Oktober 2018 Studiengangsleiterin des Studiengangs „Bachelor Pflegeexpertise (B.Sc.)“. Zu ihrem Stellvertreter wurde Prof. Dr. Hermann Brandenburg gewählt. Er war von April 2015 bis März 2018 Dekan der Pflegewissenschaftlichen Fakultät,

vorher war er bereits neun Jahre Prodekan der Fakultät. Seit März 2007 hat er an der PTHV den Lehrstuhl für Gerontologische Pflege inne. „Das Ziel unserer Amtszeit besteht darin, einerseits den erfolgreich eingeschlagenen Weg der Pflegewissenschaftlichen Fakultät beizubehalten, andererseits die Dynamiken im Gesundheits- und Pflegewesen aufzunehmen, Impulse für die Weiterentwicklung der Pflege in Rheinland-Pfalz zu geben und darüber auch den Standort PTHV innovativ weiterzuentwickeln wie beispielsweise durch den geplanten neuen Masterstudiengang Community Health Nursing (CHN)“, unterstreicht Prof. Sirsch. <<

Kampagne „Mach Karriere als Mensch!“

>> Um den Fachkräftebedarf in der Pflege in Zukunft decken zu können, hat das Bundesfamilienministerium die „Ausbildungsoffensive Pflege“ ins Leben gerufen. Am 22. Oktober hat Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey die dazugehörige bundesweite Informations- und Öffentlichkeitskampagne „Mach Karriere als Mensch!“ gestartet. Diese begleitet den Beginn der neuen Pflegeausbildungen nach dem Pflegeberufegesetz ab Anfang 2020. „Pflege ist ein Zukunftsberuf. Die neue Ausbildung hat viele Vorteile und Chancen. Darauf wollen wir mit der Kampagne aufmerksam machen. Die Motive sind modern und auffällig und sollen vor allem Jugendliche erreichen, die gerade in der Berufsorientierungsphase sind. Ansprechen wollen wir aber genauso Menschen mit dem Wunsch nach beruflicher Neuorientierung. Durch das neue Pflegebe-



rufegesetz ab 2020 wird der Pflegeberuf noch attraktiver: Endlich wird das Schulgeld abgeschafft und überall in Deutschland eine angemessene Ausbildungsvergütung sichergestellt. Mit der generalistischen Ausbildung können die Fachkräfte dann in allen Pflegebereichen von der Kinderkrankenpflege bis zur Altenpflege arbeiten. Und wer will, kann die Ausbildung als Studium absolvieren. Dafür wollen wir jetzt Menschen begeistern und gewinnen. Unser Ziel ist, die Zahl der Pflege-Azubis in fünf Jahren um zehn Prozent zu steigern.“ Die Kampagne „Mach Karriere als Mensch!“ ist ein Baustein der „Ausbildungsoffensive Pflege (2019-2023)“. Gemeinsam mit rund 40 Partnern wollen wir bis 2023 die Ausbildungszahlen in Pflegeberufen um 10 Prozent steigern, um den Fachkräftebedarf in der Pflege zu decken. <<

Franz Wagner erhält Ehrendoktorwürde

>> Die Pflegewissenschaftliche Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) hat im Rahmen ihres Fakultätsfestes am 25.10.2019 hat den Ehrendokortitel an Franz Wagner, Präsident des Deutschen Pflegerates, verliehen.

„Herr Wagner hat sich seit vielen Jahren um die Entwicklung der Pflege in Deutschland und auch international sehr verdient gemacht!“, sagt Prof. Dr. Erika Sirsch, zu diesem Zeitpunkt noch kommissarische Dekanin der Fakultät (News siehe links). „Die Fakultät verfügt seit 2008 über das Promotionsrecht. Seither wurden mehr als 40 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler im Fach Pflegewissenschaft promoviert, bislang jedoch nur einmal eine Ehrenpromotion verliehen“, erklärt Frau Prof. Sirsch. Die erste Ehrendoktorin der Fakultät ist Dr. h.c. Sr. M. Basina Kloos, ehemals Vorsitzende des Vorstandes der Marienhaus Stiftung, die im Jahr 2015 ebenfalls für ihre Verdienste in der Pflege geehrt wurde.

Franz Wagner ist ein berufserfahrener Gesundheits- und Krankenpfleger. Der 1957 Geborene arbeitete als Lehrer für Pflegeberufe,

war QM-Beauftragter, war als stellvertretender Schulleiter tätig sowie als Direktor des Instituts für Pflegeforschung am Klinikum Nürnberg. Seit rund 20 Jahren ist er Bundesgeschäftsführer des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK). Er hat sich national wie international in zahlreichen Funktionen einen Namen gemacht. Seit 2017 ist er Präsident des Deutschen Pflegerates, dem Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens. Weiterhin war er Vize-Präsident des Deutschen Pflegerats (2006-2017), ist im Kuratorium Stiftung Zentrum für Qualität sowie im wissenschaftlichen Beirat Verlag Hans Huber aktiv und war Mitglied in der Gründungskonferenz der Bundespflegekammer.

International engagierte er sich von 2005-2009 als 1. Vize-Präsident International Council of Nursing (ICN), ist seit 2010 in der Commission on Magnet bei American Nurses Credentialing Center (ANCC) sowie Vertreter des DBfK bei der European Federation of Nurses Associations (EFN), ICN, und dem European Forum of National Nursing and Midwifery (EFNMA). <<



Prof. Dr. Erika Sirsch, Kommissarische Dekanin der Pflegewissenschaftlichen Fakultät; Franz Wagner; Ehrendoktor; Prof. Dr. Dr. Holger Zaborowski, Rektor der OTHV; Prof. Dr. Frank Weidner, Lehrstuhl für Pflegewissenschaft, Foto: Verena Breitbach/

Patrick Scheidt, Geschäftsführer der Elsevier GmbH, zum Thema Clinical Decision Support (CDS)

„Künstliche Intelligenz ist kein Selbstzweck“

Die Digitalisierung kann die Gesundheitsversorgung verbessern und effizienter machen. Auch in der Pflege gibt es mittlerweile einige Anwendungen, die die Fachkräfte in ihrem Arbeitsalltag unterstützen können und damit in der Lage sind, die Patientenversorgung zu optimieren. Laufen in der elektronischen Patientenakte alle Fäden zusammen, kann aus den Daten in Kombination mit evidenzbasiertem Fachwissen ein individueller Pflegeplan erstellt werden. Ein solches Clinical Decision Support System bietet Elsevier an. Wie das System arbeitet und wo es eingesetzt werden kann, erklärt Patrick Scheidt, Geschäftsführer des Verlages, im Interview.

>> Herr Scheidt, Elsevier bietet mit der Software Clinical Decision Support (CDS) eine Datenbank zur Entscheidungshilfe für das Pflegesetting. Können Sie erläutern, worum es sich hierbei handelt?

Der Begriff Clinical Decision Support beschreibt eine Produktfamilie, die Ärzte und Pflegekräfte bei den vielfältigen Entscheidungen im Krankenhaus unterstützt. Zum Beispiel gibt es ein Produkt von uns, das heißt „Order Sets“. Es adressiert Ärzte, die diagnosespezifische Checklisten bekommen, die ihnen beim Anordnen helfen. Für die Pflege bieten wir das Produkt „Care Plans“ an, darin sind über 250 Pflegepläne zusammengefasst. Aus einem standardisierten Assessment wird eine Pflegediagnose abgeleitet und darauf basierend ein Pflegeplan erstellt. Unsere CDS-Produkte werden üblicherweise in das Krankenhausinformationssystem integriert und werden dann dort in der elektronischen Patientenakte (ePA) benutzt.

Unter welchen Voraussetzungen kann man „Care Plans“ nutzen?

Ein gewisser Digitalisierungsgrad ist Voraussetzung für die Anwendung von Clinical-Decision-Support-Produkten, weil diese nur ihren vollen Mehrwert für den Nutzer entfalten, wenn die Prozesse entsprechend digitalisiert sind. Allerdings sehen wir im deutschen Krankenhausmarkt sehr viel Bewegung. Deutschland hinkt ein bisschen hinterher, ist aber gerade dabei aufzuholen und in den großen Häusern haben wir eine solche ePA überall im Einsatz. Damit sind diese auch in der Lage unsere CDS-Systeme zu implementieren.

Seit wann bieten Sie diese Software an?

Wir sind mit den CDS-Systemen seit 3 Jahren am deutschen Markt vertreten, was eben auch aus der Tatsache resultiert, dass die Infrastrukturvoraussetzungen in den Krankenhäusern noch

nicht in ausreichendem Maße gegeben waren. Vorwiegend nutzen Akutkrankenhäuser unsere Produkte. Darüber hinaus bieten wir ganz klassische Wissensdatenbanken, wie unsere „Clinical-Key“-Produktfamilie, die auch in Pflegeschulen, einem akademischen oder behördlichen Umfeld zum Einsatz kommen. Aber unser Fokus liegt auf den Akutkrankenhäusern und mit Abstrichen auch in Rehakliniken.



Seit 3 Jahren am deutschen Markt – haben Sie denn zuvor bereits in anderen Märkten Erfahrungen mit der Anwendung gesammelt?

Bei der Produkt-Familie der Clinical Decision Supports muss man ein bisschen differenzieren. Mit dem Produkt für die Pflege sind wir bereits seit einigen Jahren am amerikanischen Markt, weil dort die Voraussetzungen für eine Implementierung schon länger gegeben ist. Das wurde in den USA in den 2000er Jahren schon durch den Gesetzgeber im Rahmen der „Meaningful Use“-Initiative angestoßen, wo die Einführung einer elektronischen Patientenakte vom Staat subventioniert wurde. Das hat natürlich zum Ausbau der IT-Struktur und zur Digitalisierung der Prozesse maßgeblich beigetragen.

Ist die Software als Medizinprodukt zugelassen?

Nein, das ist bisher nicht notwendig. Wir haben uns vor der Einführung am deutschen Markt informiert und unsere CDS-Produkte sind bislang nicht als Medizinprodukte klassifiziert und müssen somit auch nicht zugelassen werden. Das kann sich natürlich ändern und so sind unsere Produktionsprozesse auf diese Eventualität vorbereitet.

In welcher Form kann „Care Plans“ die professionell Pflegenden unterstützen?

Mit den „Care Plans“ unterstützen wir die Pflege beim sogenannten Assessment – der Pflegediagnose sowie der Pflegeplanung – welche auch die Planung der Pflegeziele sowie die Intervention inkludiert. Auf der Basis dieses Pflegeplans erfolgt die kontinuierliche Evaluation und die Dokumentation. Das alles ist in der ePA implementiert und wird dort auch von den Pflegekräften genutzt.

Aus welchen Daten speist sich denn die Datenbank?

Unsere Produkte werden in der ePa genutzt, somit verbleiben alle Daten dort vor Ort. Das heißt, wir stellen nur die entsprechende Information zur Verfügung, die dann im Workflow von den Pflegekräften genutzt werden kann. Wir ziehen keine Patientendaten aus dem System ab, insofern ist der Datenschutz hier zu 100% gewährleistet.

Haben die Pflegekräfte auch Einblick in die Datengrundlage?

Die Datengrundlage ist komplett transparent. Das heißt, wir haben diese diagnosespezifischen Pflegepläne, die werden quasi abseits von der elektronischen Patientenakte als Referenzinformation angeboten, sodass die Pflegenden jederzeit die Möglichkeit haben, den Pflegeplan als PDF zu öffnen. Und in diesem Pflegeplan wird dann sehr transparent dargestellt, wie das System vom Assessment über die Pflegediagnose zum konkreten Pflegeplan kommt.

Es handelt sich nicht um ein System, das durch Algorithmen oder Künstliche Intelligenz Patientenparameter mit Inhalten verrechnet und dann auf dieser Basis einen Pflegeplan generiert, sondern bei diesem System ist es so, dass Pflegepläne aufgrund der Pflegediagnose zugeordnet werden. Und diese Pflegediagnose findet auf Basis des sogenannten Assessments statt – also der Beurteilung des Patienten durch die Pflegekräfte.

Das ist für die Pflegekräfte ja bekanntes Terrain.

Richtig, das ist ein Prozess, den die Pflegekräfte kennen und typischerweise anwenden und wir unterstützen das mit einem strukturierten Assessment. Wir stellen mit dem CDS-Programm die Pflegediagnosen zur Verfügung und damit verbunden auch die Pflegepläne. Das heißt bei CDS handelt es sich tatsächlich um ein System, das die Pflegekräfte bei dem unterstützt, was sie üblicherweise sowieso schon tun und sie nicht etwa ersetzt – durch eine wie auch immer geartete Lösung, die im Hintergrund diverse Parameter miteinander verrechnet, und dann in einem mehr oder weniger intransparenten Prozess zu entsprechenden Pflegeplänen kommt.

Wenn das System nicht KI-basiert arbeitet, ist es nicht selbstlernend, oder?

Das System an sich lernt nicht, das Produkt schon. Da muss man zwei Dinge unterscheiden. Was wir üblicherweise bei unseren CDS-Produkten tun, ist, dass wir diese beim Kunden im Krankenhaus

implementieren und den gut dokumentierten Outcome nutzen, um unsere Inhalte zu verbessern. Das heißt, wir haben beispielsweise in unserer Pflegeplanung vorgegebene Pflegeziele. Hier interessiert uns, ob diese mit den von uns vorgeschlagenen Interventionen erreicht werden. Aufgrund dieser Analyse können wir unsere Pflegepläne entsprechend anpassen und optimieren. Insofern ist es ein lernendes Produkt.

Ob dieses Produkt auf der Grundlage Künstlicher Intelligenz beruht oder Menschen, die sich anschauen, was das Behandlungsergebnis war, hängt einfach von der Datenmenge ab.

Und bei einer großen Datenmenge kommen dann auch Algorithmen zum Einsatz?

Ja, Machine Learning kommt bei uns zum Einsatz, wenn der Mensch die Menge an Daten nicht mehr verarbeiten kann. Wobei Künstliche Intelligenz für uns kein Selbstzweck ist. Wir setzen KI nicht ein, um unsere Produkte entsprechend zu labeln, sondern wir nutzen sie dann, wenn es sinnvoll ist. Die Grundkonstruktion dieses lernenden Produktes funktioniert auch ohne KI.

.....
 << *Machine Learning kommt bei uns zum Einsatz, wenn der Mensch die Menge an Daten nicht mehr verarbeiten kann. Wobei Künstliche Intelligenz für uns kein Selbstzweck ist. Wir setzen KI nicht ein, um unsere Produkte entsprechend zu labeln, sondern wir nutzen sie dann, wenn es sinnvoll ist.* >>

Bieten Sie regelmäßig Updates an?

Wir aktualisieren unsere Pflegepläne regelmäßig mit den aus den Outcomes gewonnenen Erkenntnissen sowie wissenschaftlicher Evidenz. Daraus generieren wir Vorschläge für unsere Clinical-Decision-Support-Produkte, die von den entsprechenden Produktteams zeitnah umgesetzt werden. Dadurch ergeben sich sehr engmaschige Veränderungszyklen und wir fassen durchschnittlich jeden Pflegeplan einmal im Jahr an. Bei Bedarf auch häufiger.

Sie sind also auf die Mitarbeit der Krankenhäuser in Form der Rückmeldung von Outcomes angewiesen.

Es geht ja darum, die Behandlung zu optimieren, aber für die Krankenhäuser bedeutet das natürlich einen größeren Aufwand. Das heißt, es muss natürlich ein Prozess implementiert werden, damit wir standardmäßig solche Daten nutzen können und dazu muss die IT natürlich die notwendigen Ressourcen bereitstellen, um einen solchen Prozess aufzusetzen. Manchmal hakt es daran und deswegen dauert es eine Weile, bis dann nach dem Launch diese Outcome-Daten tatsächlich genutzt werden können.

Ausblick: Welche Möglichkeiten bietet CDS in Zukunft für die Pflege – auch vor dem Hintergrund steigender Datenmengen?

Bei zunehmender Datenmenge können Algorithmen helfen, Pflegepläne zuzuordnen. Es ist denkbar, dass unsere Lösung soweit in die Krankenhaus-IT implementiert wird, dass es möglich ist, automatisiert auf der Grundlage von aktuellen Patientenparametern Pflegepläne zuzuordnen. Wir müssen die richtige Balance zwischen der Transparenz des Prozesses einerseits und sinnvoller Unterstüt-

zung durch Algorithmen andererseits finden. Ärzte und Pflegekräfte werden ein Produkt nur dann akzeptieren, wenn sie nachvollziehen können, wie das Produkt zu seinen Empfehlungen kommt.

Auf der anderen Seite ist im Zuge der Verdichtung des Arbeitsalltags wie auch in Anbetracht des Fachkräftemangels eine

<< Wir müssen die richtige Balance zwischen der Transparenz des Prozesses einerseits und sinnvoller Unterstützung durch Algorithmen andererseits finden. Ärzte und Pflegekräfte werden ein Produkt nur dann akzeptieren, wenn sie nachvollziehen können, wie das Produkt zu seinen Empfehlungen kommt. >>

Effizienzsteigerung sinnvoll, wo die technischen Möglichkeiten das erlauben. Deshalb sollten wir auch evaluieren, inwiefern Algorithmen hier tatsächlich helfen können. Es ist wichtig beide Seiten zu betrachten. Wir entwickeln unsere Produkte in einem agilen und iterativen Prozess, der die Zielgruppe beteiligt und die oben genannten Seiten der Medaille berücksichtigt. So wollen wir unsere Kunden in Zukunft noch effektiver unterstützen.

Ist die Lösung auch für Pflegeheime eine Option?

Momentan sind die Pflegeheime nicht in unserem Fokus, sondern wir konzentrieren uns auf die Prozesse in Akutkrankenhäusern. Die Digitalisierung muss in den Einrichtungen ausreichend weit fortgeschritten sein, damit unsere Lösung implementiert werden und ihre Wirkung entfalten kann. Diese Voraussetzungen erfüllen die Pflegeheime derzeit noch nicht, das ist aber in Zukunft zu evaluieren. Durch unsere Präsenz mit Printtiteln auch für die Altenpflege liegen hier bereits Inhalte vor, die möglicherweise in eine CDS-Lösung für die Altenpflege übernommen werden könnte. Aber wir sind nah am Markt und behalten die Entwicklung im Auge.

Herr Scheidt, vielen Dank für das Gespräch. <<

DPR mit Positionspapier zur Digitalisierung

>> Der Deutsche Pflegerat (DPR) hat das Positionspapier „Digitalisierung und der Pflege“ veröffentlicht. Darin fordert er u. a. eine „Digitale Agenda Pflege“, die von einer Koordinierungsstelle begleitet werden soll. Die Profession Pflege, lautet eine Forderung, müsse in alle Entwicklungen der Digitalisierungen eingebunden werden. Notwendig seien dafür ein elektronisches Gesundheitsberufers-

egister sowie die Ausgabe von e-Heilberufsausweise. Eine der Kernforderungen ist, dass der DPR in allen entscheidenden Gremien zur Förderung von Pflegeforschungsprojekten vertreten sein müsse. Zudem sollten zukünftig Informations- und Kommunikationstechnologie, technische Assistenzsysteme und Robotik fester Bestandteil von Ausbildungs- und Studiencurricula sein. <<

Arbeitszeitmodell „FlexiNg-Pool“

>> Das Sana-Klinikum Remscheid hat ein neues Arbeitszeitmodell für Pflegekräfte vorgestellt. Der „FlexiNg-Pool“ (FlexibelNursing-Pool) soll eine Einsatzplanung nach individuellen Wünschen ermöglichen und das Personal auf den Stationen unterstützen. Außerdem bedeute das Konzept eine höhere Sicherheit für das Pflege-management durch eine verlässliche Einsatzplanung und es reduziere gleichermaßen die Suche und den Einsatz von Leihkräften, die sich zudem oftmals im Haus weniger gut auskennen würden als die direkten Kolleginnen und Kollegen im flexiblen Team, wie das Sana-Klinikum Remscheid mitteilt.

„Das neue Modell ‚FlexiNg-Pool‘ stößt auf großes Interesse“, berichtet Pflegedirektorin Jasmin Shmalia. „Im ersten Schritt konnten wir zehn Pflegekräfte neu ein-

stellen.“ Die Erfahrungen seien durchweg positiv. Die Einsatzwünsche der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter würden wie im Konzept versprochen vollständig in die Dienstplanung übernommen. Das sei gerade für Mütter eine attraktive Möglichkeit, Beruf und Familie optimal in das eigene Lebensmodell zu integrieren.

Die Kräfte im „FlexiNg-Pool“ werden laut Klinikum in allen Bereichen des Remscheider Klinikums eingesetzt. „Das ist sozusagen die Gegenleistung, die die Pool-Mitglieder für die flexiblen Einsatzzeiten bringen: bereit zu sein, überall im Haus eingesetzt werden, unabhängig von der Fachdisziplin“, erklärt Shmalia. Wie alle anderen hätten auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im „FlexiNg-Pool“ die Möglichkeit, Fort- und Weiterbildungsangebote zu nutzen. <<

Studium: „Pflege & Digitalisierung“

>> Die FOM Hochschule bietet zum Wintersemester 2020 zwei neue Studiengänge an. Beide Studiengänge richten sich nach den neuen Rahmenlehrplänen nach § 53 Pflegeberufegesetz. Der Studiengang „Pflege“ beinhaltet nach Angaben der Hochschule ein innovatives Blended Learning-Konzept, das Präsenz vor Ort mit digitalen Elementen kombiniert. Der neue, laut Hochschule bundesweit einmalige Studiengang „Pflege & Digitalisierung“ greift das Konzept ebenfalls auf und wird mit der Universitätsmedizin Essen konzipiert. Hintergrund der Studiengänge ist das ab dem 1. Januar 2020 größtenteils in Kraft tretende neue Pflegeberufegesetz. Dekan des Hochschulbereiches Gesundheit & Soziales Prof. Dr. David Matusiewicz: „Die FOM bietet als eine der ersten Hochschulen einen Pflege-Studiengang an, der eng auf den neuen Rah-

menlehrplan abgestimmt ist, wodurch eine Studienzeiterkürzung (von 7 auf 5 Semester) ermöglicht wird. Die Zielgruppe sind Auszubildende zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann oder Interessierte mit einer abgeschlossenen Pflegeausbildung.“ Die Universitätsmedizin Essen will ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch das neue und innovative Angebot noch besser auf die zunehmende Digitalisierung vorbereiten und wird deshalb Kooperationspartner im neuen Studiengang „Pflege & Digitalisierung“. Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Jochen A. Werner: „Das Smart Hospital der Universitätsmedizin Essen setzt bereits seit Jahren auf Entlastung durch Digitalisierung: Dank digitaler Technologien werden Arbeitsabläufe und administrative Tätigkeiten verbessert. Dies führt zur Entlastung der Pflegekräfte.“ <<

Die Bundesregierung hat das Angehörigen-Entlastungsgesetz verabschiedet

Ein kalkulierbares Risiko?

Der Bundestag hat das Gesetz zur Entlastung unterhaltsverpflichteter Angehöriger in der Sozialhilfe und in der Eingliederungshilfe (Angehörigen-Entlastungsgesetz) am 7.11.2019 beschlossen; am 29.11. dieses Jahres muss es vom Bundesrat noch verabschiedet werden. Damit sollen unterhaltsverpflichtete Eltern und Kinder von Leistungsbezieher der Sozialhilfe finanziell spürbar entlastet werden. Darüber hinaus will das Gesetz Planungssicherheit für Menschen mit Behinderungen durch die dauerhafte Absicherung der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung schaffen.

>> „Mit dem Angehörigen-Entlastungsgesetz setzt die Bundesregierung ein weiteres zentrales Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag um. Eltern und Kinder von pflegebedürftigen Angehörigen werden damit nachhaltig und spürbar entlastet“ kommentiert Hubertus Heil, Bundesminister für Arbeit und Soziales. Sie seien durch die Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen ohnehin stark belastet und trügen eine große Verantwortung. „Wir nehmen ihnen jetzt die Angst vor unkalkulierbaren finanziellen Forderungen. Künftig müssen sie erst ab einem Jahresbruttoeinkommen

von 100.000 Euro einen Beitrag zu den Pflegekosten leisten“, so Heil. Gleichzeitig beende man damit eine jahrelange Ungleichbehandlung, indem die Regelung für die gesamte Sozialhilfe einheitlich gestaltet werde. „Das ist längst überfällig. Ich freue mich zudem, dass wir die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) langfristig und flächendeckend sichern konnten.“ Mit dem neuen Budget für Ausbildung könnten ferner Menschen mit Behinderungen, die eine Ausbildung auf dem ersten Arbeitsmarkt machten, besser gefördert werden.

Unterhaltsverpflichtete Eltern und Kinder von Leistungsbezieher der Sozialhilfe müssen künftig erst bei Überschreitung eines Jahresbruttoeinkommens von 100.000 Euro Unterhaltsleistungen erbringen. Diese Grenze galt bislang ausschließlich für Leistungsberechtigte nach dem Vierten Kapitel SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung). Sie wird nun auf das gesamte SGB XII ausgeweitet.

Eine Ausnahme gilt für Eltern minderjähriger Leistungsbezieher, die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB XII erhalten, da sie andernfalls eine

Privilegierung der Eltern beim Lebensunterhalt für minderjährige Kinder darstellen würde. Der Rückgriff auf Eltern volljähriger behinderter Kinder entfällt in der Eingliederungshilfe künftig vollständig. Darüber hinaus erfolgt auch eine entsprechende Anpassung der Regelungen für Betroffene im Sozialen Entschädigungsrecht.

Zudem werde mit dem Angehörigen-Entlastungsgesetz das Leistungsrecht für Menschen mit Behinderungen noch weiter mit der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen in Einklang gebracht. <<

Gesetz für bessere Pflegelöhne verabschiedet

Flächentarifvertrag oder Lohnuntergrenzen

Der Bundesrat hat dem Gesetz für bessere Pflegelöhne zugestimmt. Es soll zu einer besseren Bezahlung von Pflegekräften führen: Entweder über einen Flächentarifvertrag oder über höhere Lohnuntergrenzen. Zum Beispiel gelten in der Altenpflege nur für 20 Prozent der Beschäftigten tarifliche Arbeitsbedingungen. Der derzeitige Pflegemindestlohn von 11,05 Euro pro Stunde in Westdeutschland und 10,55 Euro in Ostdeutschland gilt noch bis zum 30.04.2019. Nach Angaben der Bundesregierung profitieren davon bisher vor allem Pflegehilfskräfte.

>> „Wir stärken die Voraussetzungen dafür, dass nach Tarif bezahlt wird – und die Höhe sich unterscheidet, je nachdem ob Hilfskräfte oder examinierte Pflegekräfte im Einsatz sind“, sagte Bundesarbeitsminister Hubertus Heil. Jetzt seien die Sozialpartner gefragt, die Möglichkeiten des Gesetzes zu nutzen.

Überall fehlten Pflegekräf-

te. Offene, voll finanzierte Stellen seien genügend da, aber sie seien schwer zu besetzen. Bislang werden Pflegekräfte sehr unterschiedlich entlohnt. In der Altenpflege verdienen sowohl Hilfs- als auch Fachkräfte weniger als in der Krankenpflege.

Bei der Attraktivität eines Berufes spielt auch die Bezahlung eine Rolle. Deshalb will die

Bundesregierung nicht nur die Arbeitsbedingungen, sondern auch die Löhne von Pflegekräften – besonders in der Altenpflege spürbar verbessern. Dazu haben sich die Akteure in der Branche mit der „Konzertierten Aktion Pflege“ (KAP) verpflichtet.

Das Gesetz eröffnet zwei Wege, um zu höheren Pflegelöhnen zu kommen: 1. Die Ta-

rifpartner schließen einen flächendeckenden Tarifvertrag ab, den das Bundesarbeitsministerium auf der Grundlage des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes auf alle Arbeitgeber und Arbeitnehmer in der Pflege erstreckt. Damit würden die ausgehandelten Tariflöhne für die ganze Branche gelten. Mit dem Gesetz wird das kirchliche Selbstbestimmungsrecht gewahrt:

Vor Abschluss des Tarifvertrags müssen nach Angaben des die kirchlichen Pflgelohn-Kommissionen angehört werden. Außerdem müssten mindestens zwei Kommissionen repräsentativer Religionsgemeinschaften zustimmen, damit die Tarifpartner die Erstreckung des Tarifvertrags beantragen können.

„Es ist nun Aufgabe von Gewerkschaften und Arbeitgebern zu verhandeln und gemeinsam zu entscheiden, ob sie einen allgemeinverbindlichen Tarifvertrag schaffen oder weiter den Weg über den Pflegemindestlohn beschreiten wollen“, so Heil.

Als zweite Möglichkeit sieht das Gesetz vor, über höhere Lohnuntergrenzen die Bezahlung in der Pflege insgesamt anzuheben. Eine künftig ständige, paritätisch besetzte Pflegekommission soll Vorschläge für unterschiedliche Mindestlöhne für Hilfs- und Fachkräfte erarbeiten. Diese Mindestlöhne kann das Bundesministerium dann als allgemeinverbindlich für die gesamte Branche festlegen. In Ost- und Westdeutschland sollen Pflegekräfte künftig denselben Lohn erhalten.

Wird hier Verantwortung verschoben?

Ablehnend steht dem Gesetz der Verband privater Arbeitgeber (bpa) gegenüber. Als „in großen Teilen überflüssig“ und „nicht zeitgemäß“ bezeichnete der bpa den Gesetzentwurf im Oktober. Er verschiebe Verantwortung und beschäftige sich inhaltlich mit den Themen von gestern und vorgestern, nämlich wie könnten Gewerkschaften ohne Mitglieder über allgemeinverbindliche Tarifverträge gestützt werden, statt sich

mit den Themen von heute und morgen zu befassen. Diese lauteten vor allem: Welche Antworten gibt es auf den demografischen Wandel und wie schaffe ich notwendige Flexibilitäten, um die ständig steigende Nachfrage nach Pflegeleistungen zu bewältigen. In der „Konzertierten Aktion Pflege“ (KAP) habe sich gezeigt, dass es gewünscht sei, den professionell Pflegenden kurzfristig mehr Gehalt zu organisieren. Um dieses Ziel zu erreichen, könne die Bundesregierung zum Beispiel jedes Jahr fünf Milliarden Euro (der bpa verweist hier auf ein IGES-Gutachten im Auftrag des BMG) zur Verfügung stellen, die ausschließlich für höhere Gehälter für die Pflegekräfte durch die Träger verwendet werden sollten. Das wäre nach Meinung des Verbandes eine zielgenaue, systemgerechte Maßnahme, die zudem auch die Verantwortung für die Finanzierung (und höheren Kosten) bei demjenigen belasse, der das Geld organisieren muss.

Der Versuch, über Zwangstarife und staatliche Lohnkittate Verbesserungen für die Pflegekräfte herbeizuführen, sei hingegen rechtlich komplex und schwierig und widerspreche den Interessen der Pflegenden, die in ganz überwiegender Mehrheit durch eine Abstimmung mit den Füßen und ihre Nichtmitgliedschaft in Gewerkschaften längst deutlich gemacht hätten, dass sie keine Tarifrouten brauchten, sondern echte und unmittelbare Verbesserungen für ihren Alltag.

Auch die Caritas-Dienstgeber warnen vor zu viel Euphorie. „Noch kennt niemand den Tarifvertrag, den ver.di und BVAP derzeit aushandeln wollen“, erklärt Norbert Altmann, Sprecher der Dienstgeberseite. Damit sei

auch noch offen, welche gesetzlich möglichen Mindestbedingungen überhaupt erfolgreich verhandelt und für eine Allgemeinverbindlicherklärung beantragt würden. „Wichtig ist, dass die Bundesregierung zeitnah ein Finanzierungskonzept für die weiter steigenden Kosten in der Pflege vorlegt“, betont Altmann. „Auch die Refinanzierung hoher Entgelte und guter Arbeitsbedingungen, wie wir sie bei der Caritas leisten, muss zukünftig gesichert sein“.

„Die Situation ist nicht mehr hinnehmbar“

Ulrich Bauch, Bundesgeschäftsführer des ASB Deutschland e.V. spricht sich für die gesetzliche Regelung aus. Anlässlich der Anhörung zum Pflege-löhneverbesserungsgesetz am 21. Oktober machte er deutlich: „Wir haben einen dramatischen Fachkräftemangel, die Versorgung vor allem der auf ambulante Leistungen angewiesenen pflegebedürftigen Menschen kann schon heute nicht mehr überall sichergestellt werden. Die Situation ist für Pflegekräfte wie für Pflegebedürftige nicht mehr hinnehmbar. Wir brauchen dringend mehr Pflegekräfte und diese Lücke können wir nur über bessere Löhne und Arbeitsbedingungen schließen. Deshalb brauchen wir einen allgemeinen Tarifvertrag in der Pflege“, so Bauch.

Auch die Diakonie Deutschland bewertete das Vorhaben der Regierung positiv. „Die Arbeitsbedingungen unserer Mitarbeitenden sind ein wesentlicher Faktor, um für die Pflege kranker, behinderter und alter Menschen bessere Rahmenbedingungen zu schaffen. Der eingeschlagene Weg zur tariflichen Festlegung von Loh-

nuntergrenzen und weiterer Mindestarbeitsbedingungen ist richtig“, heißt es in einer Stellungnahme der Diakonie anlässlich der Anhörung. an der auch der Ver.di und bpa teilnahmen.

Stärkung der Pflegekommission

Die AWO in Niedersachsen begrüßt das Pflegelöhneverbesserungsgesetz ebenfalls, das am vergangenen Donnerstag im Deutschen Bundestag beschlossen wurde. „Das Gesetz ist ein wichtiger Baustein für gute Pflege“, so Rifat Fersahoglu-Weber, Geschäftsführer der AWO Niedersachsen LAG. Fersahoglu-Weber, der zugleich auch Vorsitzender des Arbeitgeberverbandes AWO Deutschland ist. Das Gesetz eröffne die Möglichkeit für branchenweite Tarifverträge in der Altenpflege. Daneben stärke das Gesetz die sogenannte Pflegekommission. Diese erarbeite Empfehlungen für Mindestarbeitsbedingungen in der Pflege, die dann auch Grundlage von Rechtsverordnungen werden könnten.

„Das ist eine große Chance zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs, jetzt müssen wir sie umsetzen. In der vergangenen Woche ist deutlich geworden, dass sowohl im Bund als auch im Land Niedersachsen die Prioritäten richtig gesetzt werden“, so Fersahoglu-Weber. Der AWO-Vertreter betont, dass es noch viele Themen zu bearbeiten gelte: „Wir müssen diese Gesetze und Vereinbarungen jetzt nicht nur mit Leben füllen, wir müssen auch langfristige Lösungen für die Pflegeversicherung finden. Es braucht eine solidarische Finanzierung, die die Pflegebedürftigen nicht überfordert. Es muss ein Deckel auf die Eigenanteile.“ <<

DAK-Pflegereport 2019

Auf neue Füße stellen

Die DAK-Gesundheit fordert eine grundlegende Sozialreform. In ihrem „Pflgereport 2019“ legt die Krankenkasse ein detailliertes Konzept zur langfristigen Entlastung der Pflegebedürftigen vor. Durch ein neues Finanzierungsmodell mit steigenden Steuerzuschüssen könnten die Eigenanteile der Versicherten bis zum Jahr 2045 gedeckelt werden, teilt die DAK mit. Das Ziel sei eine faire Lastenverteilung zwischen Beitragszahlern, Steuerzahlern und Pflegebedürftigen. Erste konkrete Modellrechnungen hielten eine Eigenbeteiligung von im Bundesdurchschnitt rund 450 Euro monatlich mit dynamischer Entwicklung für möglich. Im Gegenzug werde eine stufenweise Steuerfinanzierung bis 25 Prozent der Leistungsausgaben vorgeschlagen.

>> Laut DAK-Pflegereport unterstützt auch die Mehrheit der Bevölkerung eine Begrenzung der Eigenanteile und eine Finanzierung aus Steuermitteln. Fast 80 Prozent der Befragten befürchten den Verlust sämtlicher Ersparnisse, wenn sie im Heim gepflegt werden müssen. „Aktuell verfehlt die Pflegeversicherung ihren Gründungsgedanken, die Menschen im Pflegefall vor einem Armutsrisiko zu bewahren und die Kosten der Pflege fair zwischen Beitragszahlern, Steuerzahlern und Pflegebedürftigen zu verteilen“, sagt Andreas Storm, Vorstandschef der DAK-Gesundheit. „Ordnungspolitisch brauchen wir für die kommenden 25 Jahre eine völlig neue Finanzstatik in der Pflege.“ Erforderlich sei eine grundlegende Reform mit einer Mischfinanzierung aus Beitragseinnahmen und Steuerzuschüssen. „Wie das Kindergeld ist auch das Pflegegeld eine Sozialleistung mit gesamtgesellschaftlichem Charakter, der eine Steuerfinanzierung rechtfertigt“, betont Storm.

Die DAK präferiert den Sockel-Spitze-Ausgleich. Anders als bisher würden die Eigenanteile der Pflegebedürftigen dabei gedeckelt. Der Bremer Professor für Gesundheitsökonomie Heinz Rothgang für die Krankenkasse erstmals konkrete Modellrechnungen bis zum Jahr 2045 erstellt. Hierbei wird mit einem Sockelbetrag der Eigenbeteiligung von im bundesweiten Durchschnitt 450 Euro im Monat

gestartet. Die Eigenanteile würden dann entsprechend der Lohnentwicklung dynamisch steigen. „Im Vergleich zu anderen Szenarien würden die finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen in absoluter Höhe geringer ausfallen“, sagt Rothgang. „Das Modell mit einem durchschnittlichen Sockelbetrag von 450 Euro ist daher eher geeignet, Sozialhilfeabhängigkeit zu vermeiden.“ Und ohne Reform? In diesem Fall rechnet der Wissenschaftler mit doppelt bis dreifach so hoher Eigenanteile wie heute. DAK-Vorstandschef Storm betont: „Durch unser Modell explodieren weder Eigenanteile noch Beitragsätze.“

Die Eigenanteile, die Pflegebedürftige für die Pflege im Heim zahlen müssen, sind je nach Bundesland sehr unterschiedlich. Sie lagen im ersten Quartal 2019 zwischen 274 Euro in Thüringen und 925 Euro in Baden-Württemberg. Der Bundesschnitt betrug 662 Euro. Um Pflegebedürftige unabhängig von ihrem Wohnort zu entlasten, schlägt die DAK-Gesundheit zunächst unterschiedlich gedeckelte Eigenanteile je Bundesland vor, um schrittweise bis zum Jahr 2045 einen einheitlichen Wert zu erreichen. Um eine Lösung für die unterschiedlichen Belastungen in den 16 Bundesländern zu entwickeln, plädiert Andreas Storm zur Umsetzung der Pflegereform für eine gemeinsame Kommission von Bund und Ländern.

Die Realisierung der Pflegereform ist aus Sicht der Krankenkasse durch eine langsam steigende Steuerfinanzierung möglich. Nach dem Vorschlag der Krankenkasse könnte im Jahr 2021 mit der schrittweisen Einführung eines Steuerzuschusses in Höhe von zunächst einer Milliarde Euro begonnen werden. Bis 2025 soll der Zuschuss schrittweise auf fünf Milliarden Euro steigen, was dann zehn Prozent der Jahresausgaben in der Pflegeversicherung entspräche. In kleinen Schritten sei dann eine stufenweise Erhöhung geplant, die im Jahr 2045 bis zu 25 Prozent der Leistungsausgaben abdeckt. Nach heutigem Stand entspräche dies einer Summe von rund 18,3 Milliarden Euro.

Eine Begrenzung der Eigenanteile und die Finanzierung der Mehrkosten aus Steuermitteln würden auch von der Mehrheit der Bevölkerung unterstützt. Das zeigt der aktuelle DAK-Pflegereport 2019 „25 Jahre Pflegeversicherung: Kosten der Pflege – Bilanz und Reformbedarf“. Nach einer repräsentativen und aktuellen Bevölkerungsumfrage durch das Institut für Demoskopie in Allensbach gebe es dringenden Reformbedarf. Obwohl drei Viertel der Befragten die Pflegeversicherung für sinnvoll hielten, hätten viele Menschen finanzielle Ängste. Fast 80 Prozent der Befragten befürchteten, dass sie trotz Pflegeversicherung bei einer Pflege im Heim sämtliche Ersparnisse verlieren würden. Vier von

zehn Befragten sehen eine „sehr starke Belastung“ durch Pflegekosten. „Es öffnet sich ein politisches Opportunitätsfenster für eine dringend erforderliche Struktur- und Finanzierungsreform der Pflegeversicherung, die auch von der Bevölkerung erwartet wird“, sagt Professor Thomas Klie von der Evangelischen Hochschule Freiburg als Autor des DAK-Pflegereports. „Die Pflegeversicherung kann ihr Versprechen, das Armutsrisiko bei Pflegebedürftigkeit zu begrenzen, in der Zukunft nicht mehr einlösen. Die nächste Bundesregierung kann und darf dem Thema nicht ausweichen.“ Fast die Hälfte der Befragten rechnet in Zukunft mit deutlich steigenden Pflegebeiträgen. Allerdings wären nur 24 Prozent von ihnen bereit, künftig selbst höhere Beiträge für die Pflegeversicherung zu zahlen. Dreiviertel der Befragten sprechen sich für Reformmodelle aus, bei denen die Eigenanteile für die Pflege im Heim begrenzt werden. 58 Prozent sind der Meinung, dass die Mehrkosten für die Pflegeversicherung aus Steuermitteln finanziert werden sollten. Fast jeder Zweite kann sich auch eine Vollversicherung vorstellen. Rund 3,7 Millionen Menschen in Deutschland sind pflegebedürftig, so die DAK. Etwa ein Viertel davon werde stationär im Pflegeheim betreut. Die Ausgaben der Pflegeversicherung sind zwischen 2015 und 2018 von 29 auf 41 Milliarden Euro gestiegen. <<

Investitionskosten verantwortungsvoll übernehmen

>> „Im Durchschnitt sind für einen Heimplatz fast 1.900 Euro im Monat aus eigener Tasche zu bezahlen. So könne es nicht weitergehen. Der Bund und die Länder stehen in der Verantwortung, ihren Teil zur Finanzierung der Pflege beizutragen“, so Gernot Kiefer, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes. „Die Länder sollten die sogenannten Investitionskosten bei den Pflegeheimen tragen. Das wäre sach-

lich richtig und dadurch könnte der durchschnittliche Eigenanteil für Pflegeheimbewohner sofort um 450 Euro gesenkt werden.“

Mit Blick auf die versicherungsfremden Leistungen, die die Pflegeversicherung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe übernehme, betonte Kiefer: „Ein verlässlicher Bundeszuschuss für die Pflege ist überfällig“, wie er in einer Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes zitiert wird. <<

Bundesgesundheitsminister

>> Bundesgesundheitsminister Jens Spahn plant einen breiten Dialog zur künftigen Finanzierung der Pflege und strebt mehr Berechenbarkeit bei Eigenanteilen für Pflegebedürftige an. „Wir müssen noch einmal neu über die faire Verteilung der Pflegekosten reden - was ist Verantwortung des Einzelnen und der Familie, was ist Verantwortung der Gesellschaft“, sagte der CDU-Politiker der Deutschen Presse-Agentur. Spahn will bis

Mitte kommenden Jahres einen konkreten Vorschlag zur Pflegefinanzierung vorlegen. Derzeit seien für Heimbewohner für die eigentliche Pflege im Bundeschnitt etwa 660 Euro fällig. Dazu kämen noch Kosten für Unterkunft, Verpflegung und auch für Investitionen in den Einrichtungen. Insgesamt kommen im Bundesschnitt rund 1.900 Euro an Zahlungen aus eigener Tasche zusammen, es gibt aber größere regionale Unterschiede. <<

Studie: Bertelsmann Stiftung zu generationengerecht finanzierter Pflegeversicherung

>> Die Bertelsmann Stiftung hat verschiedene Szenarien zur künftigen Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung aufstellen lassen und dabei die unterschiedlichen Belastungen für jüngere und ältere Beitragszahler in den Blick genommen. Der Ausbau des Pflegevorsorgefonds würde demnach die jüngeren Generationen entlasten. Eine vorgezogene Anhebung des Beitrags und ein Zuschuss aus Steuermitteln könnten die zusätzlichen Kosten decken, so die Stiftung.

Eine älter werdende Bevölkerung, ein steigender Pflegebedarf, ein Ausbau der Pflegestellen und eine bessere Entlohnung der Pflegekräfte – all dies werde in den kommenden Jahrzehnten zu einem deutlichen Anstieg der Ausgaben für professionelle Pflege führen. Nach aktuellen Berechnungen steige der Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung je nach Szenario von derzeit gut drei Prozent auf knapp unter fünf Prozent im Jahr 2050. Die Prognosen zeigten auch, dass von den finanziellen Mehrbelastungen vor allem die jüngeren Generationen betroffen wären. Der Wechsel der geburtenstarken Jahrgänge von der Gruppe der Beitragszahler in die der Empfänger von Pflegeleistungen

gen werde die Situation zusätzlich verschärfen. Der Ausgleich zwischen den Generationen im Umlagesystem der Sozialen Pflegeversicherung drohe aus der Balance zu geraten. Aus den Berechnungen lasse sich ableiten, dass die Finanzierungsgrundlage neu ausgestaltet werden sollte.

Angesichts des von der Bertelsmann Stiftung prognostizierten finanziellen Bedarfs reiche der jetzige Pflegevorsorgefonds für die zu bewältigende Finanzierungsaufgabe nicht aus. Auch die von der Versicherungswirtschaft vorgeschlagene Stärkung der Privatvorsorge sei nicht zielführend. „Wir brauchen bei der Pflege einen neuen Generationenausgleich innerhalb des solidarischen Umlagesystems. Denn auch an der Vorsorge müssen alle nach ihrer Leistungsfähigkeit beteiligt werden“, sagt Brigitte Mohn, Vorstand der Stiftung. Daher wurden die Möglichkeiten der Finanzierung in der Sozialen Pflegeversicherung insbesondere mit Blick auf ihre Belastung für die jeweiligen Generationen untersucht.

Die beste Möglichkeit, um den steigenden Ausgaben zu begegnen und zugleich mehr Gerechtigkeit zwischen den Generationen zu schaffen, bestehe der Studie

zufolge darin, eine vorgezogene, moderate Anhebung des Beitragssatzes mit einem über die Jahre steigenden Zuschuss aus Steuermitteln zu verbinden. Dieser Bundeszuschuss läge zu Beginn bei jährlich 9,6 Milliarden Euro und würde bis 2050 auf 24,5 Milliarden Euro ansteigen. Die zunächst überschüssigen Mittel könnten dann in den bereits existierenden Pflegevorsorgefonds fließen und dazu dienen, den Beitragssatz bis 2050 stabil bei 3,5 Prozent zu halten. Durch den Ausbau des Fonds würden die künftigen Generationen am wenigsten zusätzlich belastet.

Die Einführung eines Zuschusses aus Steuermitteln würde nicht nur dazu führen, dass die Beitragszahler entlastet werden, sondern auch dazu, dass Besserverdienende stärker als bisher mit herangezogen würden. Diese seien heute oftmals privat versichert und müssten sich daher nicht an dem Solidarausgleich der Sozialen Pflegeversicherung beteiligen. „Unabhängig davon müssen wir uns bei der Pflege- wie bei der Krankenversicherung fragen, ob die Aufspaltung in ein gesetzliches und privates Versicherungssystem noch zeitgemäß ist“, so Mohn.

Neben der Finanzierung habe

die Stiftung weitere Faktoren untersucht, die für eine zukunftsfähige, bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Pflegeversorgung in Deutschland von Bedeutung seien. Dazu zählten insbesondere die verfügbaren Pflegekräfte. Zwar sei der Personalbestand in der ambulanten und stationären Pflege von 2007 bis 2017 um durchschnittlich 25.000 Vollzeitstellen pro Jahr gewachsen. Doch diese Zunahme reiche nicht aus, um den steigenden Bedarf zu decken. Hinzu komme, dass der Anteil der ausgebildeten Pflegefachkräfte am Gesamtpersonal im selben Zeitraum kontinuierlich zurückgegangen sei. Vor dem Hintergrund höherer Anforderungen und den sich wandelnden Aufgaben in der Langzeitpflege empfehlen Studienautoren, den Pflegeberuf durch ein gestuftes Qualifikationsmodell aufzuwerten. So sollte es mehr Fachkräfte mit einem pflegewissenschaftlichen Hochschulabschluss geben, der hierzulande bisher nur eine marginale Rolle spielt. Wie Erfahrungen aus dem Ausland, etwa in den Niederlanden, zeigten, könne die Qualität der Pflege mit einer höheren Qualifikation der Pflegekräfte und einem intelligenten Fachkräftemix verbessert werden. <<

Gutachten von Professor Heinz Rothgang zur Reform der Pflegeversicherung

Ist eine Pflegewelt ohne Sektoren denkbar?

„Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur“, so lautet der etwas sperrige Titel des abschließenden Gutachtens, das unter Leitung von Prof. Dr. Heinz Rothgang, Professor für Gesundheitsökonomie an der Universität Bremen Mitte November erstellt wurde. Auftraggeber ist die Initiative „Pro-Pflegereform“, die sich Ende 2016 gegründet hat und aus über 120 Trägern, Organisationen und Verbänden mit insgesamt mehr als 1.000 Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten besteht. Das Gutachten fordert einen Systemwechsel, der die starren Strukturen aufbricht, innovative Pflegearrangements befördert und Pflege wieder für alle bezahlbar macht.

>> Die Grundlage wurde im Mai 2017 gelegt, mit dem 1. Rothgang-Gutachten zur alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Kernstücke waren der Sockel-Spitze-Tausch und der konsequente Abbau der Sektoren. Diese Reformvorschläge haben eine bundesweite Reformdebatte ausgelöst, die insbesondere die Finanzierungsfrage stellt. Das ist auch dringend nötig, um die explodierenden Eigenanteile zu begrenzen. Dazu liefert der Sockel-Spitze-Tausch einen neuen Lösungsweg: Solange die Pflegeversicherung nur einen festen Sockel für den Pflegeaufwand bezahlt, geht jede Qualitätsverbesserung voll zu Lasten der Bedürftigen. Der Sockel-Spitze-Tausch beschreibt den Switch, wonach die Versicherten nur einen festen Sockelbetrag und die Versicherung die nach oben offene Spitze bezahlen. Diese Idee hat Eingang in zahlreiche Reformvorschläge gefunden, die mal Begrenzung der Eigenanteile, doppelte Pflegegarantie oder Pflegevollversicherung heißen. Alle zielen darauf ab, die Finanzausstattung der Pflegeversicherung zu verbreitern und das individuelle finanzielle Risiko zu reduzieren. Das ist gut so, aber ein wesentlicher Baustein fehlt: Erst mit einem radikalen Abbau der Sektoren und der bürokratischen Zuordnung der Menschen in eine ambulante oder stationäre

Welt kann der Paradigmenwechsel wirklich gelingen. Am 13. November legt die Initiative Pro-Pflegereform das 2. Gutachten vor, mit dem die Flughöhe niedriger und konkret beschrieben wird, wie beides zusammen gelingen kann: eine grundlegende Finanzreform und eine Neuausrichtung der Pflegewelt, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt. Das Gutachten, das Prof. Heinz Rothgang mit zwei Expertengruppen im letzten halben Jahr erarbeitet hat, geht weiter als alle bisherigen Konzepte und macht konkrete Vorschläge, wie eine neue Pflegeversicherung aussehen kann: bedarfsgerecht, ortsunabhängig und bezahlbar.

SCHRITT 1: Die Strukturreform – Sektorenabbau für wohnortunabhängige Leistungen

Die bisherigen Reformkonzepte beziehen sich überwiegend auf die stationäre Pflege. Dabei werden über zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt. Eine grundlegende Pflegereform muss auch ihnen und den Angehörigen zugutekommen. Deshalb zielt das Gutachten auf eine „Pflegewelt ohne Sektoren“ ab und beschreibt ein System, das nach „Wohnen“ und „Pflege“ organisiert ist. Unabhängig davon, wo jemand wohnt, übernimmt

die Pflegeversicherung Grundpflege und Betreuung, die Krankenkasse die Behandlungspflege und Rehabilitation und der Versicherte zahlt die Hotelkosten.

- Eine solche Strukturreform schafft die sektorale Fragmentierung ab
- nimmt das Individuum in den Fokus statt der Frage nach ambulant oder stationär
- ermöglicht bedarfsgerechte Pflegesettings, moderne Leistungsangebote und stärkt die Zivilgesellschaft und
- sie unterstützt Angehörige durch ein neues Pflegegeld 2.0.

SCHRITT 2: Die Finanzreform – Sockel- Spitze-Tausch für bezahl- bare Eigenanteile

Der Sockel-Spitze-Tausch dreht das aktuelle System um und sorgt dafür, dass die Pflegekasse die Pflegekosten vollständig trägt und dem Versicherten einen fixen, begrenzten Eigenanteil berechnet. Das Gutachten liefert dazu konkrete Finanzierungsvorschläge:

- Es beschreibt zunächst in einem Referenzmodell die Entwicklung der steigenden Eigenanteile bis 2045 und zeigt, dass dringend etwas passieren muss.
- Es kalkuliert dann in mehreren Szenarien bis 2045, wie sich die Eigenanteile und die Versicherungsbeiträge entwickeln, 1. wenn der Eigenanteil begrenzt wird und

2. wenn verschiedene Finanzierungselemente zum Zuge kommen, wie die überfällige Verlagerung der Behandlungspflege, ein Steuerzuschuss, ein Nachteilsausgleich oder eine Pflegebürgerversicherung.

Die Finanzierungsvarianten werden mit dem Referenzmodell verglichen und bieten damit je nach politischer Ausrichtung finanzierbare Handlungsoptionen, von der Pflegeversicherung mit fixem Eigenanteil über die Pflegevollversicherung bis zur Pflegebürgerversicherung. Aber erst die Kombination aus Finanz- und Strukturreform macht das Modell so attraktiv und anschlussfähig. Dadurch geht es nicht nur ums Geld, sondern es entsteht ein neues Pflegesystem, das Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegekräften zugutekommt.

- Es wirkt Dumpinglöhnen und schlechter Pflege entgegen, weil sich der Wettbewerb dann an der Qualität orientiert und nicht mehr am Preis.
- Es macht den Pflegeberuf attraktiver, weil die Rahmenbedingungen unabhängig von den Kosten für die Betroffenen verbessert werden können.
- Es macht gute Pflege bezahlbar und senkt das Risiko der Altersarmut. <<

von: *Bernhard Schneider, Sprecher Initiative Pro-Pflegereform & EHS-Hauptgeschäftsführer*

DBfK Nordwest begrüßt den Weg der Pflegekammer NRW

>> Das Gesetz soll noch 2019 in den Landtag in den Bundesländern, in denen in den vergangenen Jahren Pflegeberufekammern gegründet wurden, gelten sie in Teilen der Berufsgruppe als mehr oder weniger umstritten – ohne dass sie bisher eine echte Chance gehabt hätten, sich zu etablieren, ihren Platz im Gesundheitssystem zu finden und mit ihrer eigentlichen Arbeit zu beginnen, meint der DBfK Nordwest. Umso mehr freut sich der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest e.V. über das deutliche Zeichen, das NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann mit Rückendeckung des Kabinetts jetzt gesetzt hat: das Pflegekammergesetz wird noch in diesem Jahr in den Landtag eingebracht, damit die Gründung der Pflegeberufekammer Nordrhein-Westfalen mit der Berufung des Einrichtungsaus-

schusses im Jahr 2020 erfolgen kann.

Durch die Integration der Pflegeberufekammer in das bestehende Heilberufegesetz NRW ist die Gleichstellung der Pflegeberufekammer gegenüber anderen bereits etablierten Heilberufekammern sichergestellt. Zusätzlich enthält der Gesetzentwurf der Landesregierung eine Anschubfinanzierung über drei Jahre, was der Vorsitzende des DBfK Nordwest, Martin Dichter, sehr begrüßt: „Damit hat die Kammer in NRW adäquate Startvoraussetzungen. Diese sind auch notwendig, um die Akzeptanz der Kammer zu gewährleisten. Auch in Schleswig-Holstein und Niedersachsen benötigen die Pflegeberufekammern diese Startvoraussetzungen“ sagt Dichter.

Martin Dichter appelliert an die Parteien im Landtag: „Endlich spüren wir den notwendigen Rü-

ckenwind. Nutzen Sie diese Chance, den Pflegenden im Land eine adäquate Selbstverwaltung und ein Instrument zur politischen Partizipation auf Augenhöhe zu geben. Stimmen Sie diesem Gesetz zu.“

Um den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung begegnen zu können, ist eine deutlich stärkere Beteiligung der Pflegeberufe an politischen Entscheidungen sowie die Sicherstellung einer unabhängigen Selbstverwaltung des Berufs unverzichtbar, sagt der DBfK. Als mitgliederstärkster Pflegeberufeverband wird er sich an dem anstehenden Gesetzgebungsverfahren beteiligen. Der DBfK Nordwest dankt Gesundheitsminister Laumann und dem Kabinett für dieses eindeutige Signal zur überfälligen Stärkung und Emanzipation der Pflegenden in Nordrhein-Westfalen. <<

Unterstützung

>> Der Personaldienstleister TTA besuchte im Oktober südamerikanische Pflegekräfte in Deutschland. Im Mittelpunkt standen die Arbeitsbedingungen und die Zufriedenheit im neuen Job. Neben den Pflegekräften wurden die Geschäftsführer einer Pflegeeinrichtung und der Leiter eines Dialysezentrums interviewt. TTA liegt mit seinem Vermittlungsmodell nach eigener Meinung im Trend und leistet einen Beitrag zur Entspannung in der deutschen Pflegelandschaft. Der Bundesgesundheitsminister Jens Spahn reiste erst kürzlich nach Mexiko und zeigt, dass Mexiko und Südamerika ganz oben auf der Agenda stehen. Neben Mexiko und Kolumbien gebe es mehrere Länder in Südamerika, die Pflegekräfte auf einem hohen Niveau ausbilden. <<

Pflegebudget: Neuland für alle Beteiligten

>> Am vierten und letzten Kongressstag stand eine der umfassendsten Reformen der Krankenhausfinanzierung seit Einführung der DRG-Fallpauschalen im Fokus: die Ausgliederung der Personalkosten für die Pflege am Bett. Im Kompakt-Seminar „Das neue Pflegebudget – wie wird's gemacht?“ wurden sowohl die Vorarbeiten auf Bundesebene als auch die praktische Aufgabe vor Ort bei den Budgetverhandlungen 2020 betrachtet, denn die anstehenden Verhandlungen bedeuten für alle Beteiligten Neuland.

Für den Tagungsvorsitzenden, Heiko Engelke, Verbandsdirektor der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft steht fest: „Die Verhandlungen werden große Herausforderungen für alle Parteien darstellen.

Wichtig ist, dass das Geld wirklich in den Kliniken ankommt und es nicht durch vermeidbare Streitereien zu Verzögerungen oder gar Verhinderungen der Finanzierung der Pflege kommt.“ Stefan Koerdt, bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft für Finanzierung und Planung zuständiger Referent, wies darauf hin, dass die Herausforderungen auf Bundesebene immens waren.

„Die Selbstverwaltung hat ihre Hausaufgaben gemacht und die vom Gesetzgeber vorgesehenen Aufgaben vollständig umgesetzt“, so Koerdt. Für die praktischen Budgetverhandlungen sieht Martin Heumann, Geschäftsführer des Krankenhauszweckverbandes Rheinland trotz aller gelungenen Vorarbeiten noch große

Aufgaben auf die Verhandler zukommen: „Die Kongruenz zu wahren, zwischen dem was aus den DRGs ausgegliedert und was dem Pflegebudget zugeordnet wird, wird eine Herausforderung sein. Es darf kein Geld auf der Strecke bleiben.“

Breiten Raum nahmen dieses Jahr Vorträge zum Stand der Entwicklung der Elektronischen Patientenakte (ePA) ein, die von 2021 an jedem Patienten in Deutschland zur Verfügung stehen soll. Jan Neuhaus, Geschäftsführer „IT, Datenaustausch und eHealth“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), machte deutlich, dass die ePA eine wesentliche Lücke in der Digitalisierung schließt. Die ePA in der TI werde sicher sein, aber der Patient behalte die Verantwortung darüber,

wie seine Daten auf dem Mobiltelefon oder dem heimischen Rechner geschützt sind. Dies griff auch Kongresspräsident Dr. Michael Weber auf und hinterfragte insbesondere den medizinischen Nutzen der Patientenakte. Die Einführung der ePA sei längst überfällig, da Deutschland in der Digitalisierung der Medizin bereits anderen Ländern weit hinterherhinkte.

Für Dr. Martin Danner, Sprecher der Koordinierungsstelle der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss, ersetzt die elektronische Patientenakte nicht die Primärdokumentation des Behandlungsgeschehens, und sie kappe auch nicht die Kommunikationsprozesse zwischen Behandlerinnen und Behandlern. <<

Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach

Weiterentwicklung der Vorgaben zur Pflegepersonalausstattung: Mehr Sicherheit und Transparenz erforderlich!

Es mag den Eindruck haben, dass das Thema Pflegepersonalausstattung an Brisanz verloren hat, seit es insbesondere im Jahr 2018 mit verschiedenen gesetzlichen und untergesetzlichen Initiativen, allen voran das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), aufgegriffen wurde. Zumindest in den Medien ist es ruhiger um die Frage des Pflege(personal)notstands geworden. Das kann verschiedene Gründe haben: Einerseits könnte es ein Anzeichen dafür sein, dass die getroffenen Maßnahmen tatsächlich Wirkung zeigen und sich die Pflegepersonalausstattung in deutschen Krankenhäusern verbessert. Andererseits könnte es sich auch nur um den typischen Gezeitenwechsel medialer Berichterstattung handeln, bei dem auf eine Flut von Berichten die Ebbe folgt, um Platz für Abwechslung zu bieten. Angesichts der hohen Bedeutung, die eine ausreichende Ausstattung mit qualifizierten Pflegefachkräften für die Sicherheit von Patientinnen und Patienten während und nach ihrem Krankenhausaufenthalt hat (vgl. ausführlicher Köster-Steinebach 2018), lohnt es sich in jedem Fall, einen näheren Blick auf die Entwicklungen der jüngsten Zeit zu werfen: Welche Neuerungen auf der legislativen und exekutiven Ebene und innerhalb der Verbändelandschaft haben sich in der Zwischenzeit ergeben, welche Praxisberichte liegen vor, welche datengestützten Erkenntnisse gibt es und welcher Forschungsbedarf für die Pflegeforschung besteht (weiter)?

>> Die Entwicklungen in der Legislative und Exekutive seit Sommer 2018 sind durch zwei wesentliche Themenkreise geprägt. Auf der einen Seite wurde das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz verabschiedet, das das Thema Pflege im Krankenhaus umfassend aufgreift. Zum anderen wurden untergesetzlich durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) mittlerweile zwei Verordnungen erlassen, die Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) festlegen. Beide sollen hier in den Blick genommen werden.

Am 09. November 2019 wurde das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz verabschiedet. Seit seinem Inkrafttreten überwiegend am 01. Januar 2019¹ ist ehrlicherweise noch nicht genug Zeit vergangen, um seine Auswirkungen beobachten oder gar eine fundierte Evalu-

Zusammenfassung

Auf der Grundlage der Beschreibung der Ansätze des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes werden verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung intensiver diskutiert. Aufgegriffen werden insbesondere Ansätze rund um die Förderung der Pflegeausbildung, die Neuordnung der Pflegeentgelte und die Pflegepersonaluntergrenzen. Abschließend wird die Initiative einiger Verbände zur Entwicklung eines am individuellen Pflegebedarf orientierten Pflegepersonalbemessungstools vorgestellt und ihre Bedeutung für die zukünftige Pflege- und Versorgungsforschung dargelegt.

Schlüsselwörter

Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, Pflegepersonaluntergrenzen, Pflegebedarf, Pflegebedarfsbemessungsinstrument

ation vornehmen zu können. Deshalb sollen an dieser Stelle noch einmal einige Einschätzungen in den Blick genommen werden, die rund um den Gesetzgebungsprozess im Jahr 2018 geäußert wurden.

Nach eigenen Angaben des BMG hatte das PpSG folgende Schwerpunkte im Zusammenhang mit der Pflege im Krankenhaus (BMG 16.11.2019):

- „Jede zusätzliche Pflegekraft wird finanziert
- Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten
- Tarifierungen voll refinanziert statt Sparen zu Lasten der Pflege
- Mehr Ausbildungsplätze in der Pflege
- Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Pflege
- Mittel aus dem Pflegezuschlag erhalten
- Erhöhter Pflegeaufwand braucht erhöhte Vergütung für mehr Pflegekräfte
- Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern werden ausgeweitet
- Pflegepersonal und Pflegeaufwand: Zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern sowie der Gewährleistung von Patientensicherheit in der pflegerischen Patientenversorgung wird berechnet, wie das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum individuellen Pflegeaufwand eines Krankenhauses ist.
- Krankenhausstrukturfonds ermöglicht effizientere Strukturen
- Gewährleistung einer flächendeckenden Schlaganfallversorgung“

Auf jeden Fall lohnt ein näherer Blick darauf, ob mit den im Gesetzestext niedergelegten Regelungen diese Ziele erreicht werden können bzw. mit welchen Ansätzen der Versorgungs- und Pflegeforschung dies in Zukunft überprüft werden kann.

Ansatzpunkt: Stärkung der Pflegeausbildung im PpSG

Einige der getroffenen Maßnahmen leuchten unter der Zielsetzung der Verbesserung der Pflegepersonalausstattung unmittelbar ein. Hierzu zählt beispielsweise die Stärkung der Pflegeausbildung, indem die Auszubildenden insbesondere für Auszubildende

¹ Das Inkrafttreten der verschiedenen Abschnitte des PpSG ist gestaffelt und reicht vom Tag nach dem Kabinettsbeschluss bis hin zum 01. Januar 2020.

im ersten Lehrjahr vollständig von den Krankenkassen gegenfinanziert wird. Tatsächlich ist die Investition in Ausbildung, die Krankenhäuser (und Pflegeeinrichtungen!) tragen, mitnichten auf die Ausbildungsvergütungen beschränkt, sondern umfasst insbesondere auch den Personaleinsatz der bereits ausgebildeten Kräfte bei der Anleitung, Unterweisung und Kontrolle der auszubildenden Kolleginnen und Kollegen. Nimmt man den Anspruch ernst, dass die Ausbildung qualifizierte Pflegefachkräfte hervorbringen soll, dann ist dieser Personaleinsatz erheblich und von den Ausbildungsstätten zu tragen. Ob die Arbeitsleistungen von Auszubildenden in höheren Lehrjahren dies kompensieren oder gar überkompensieren, wäre eine Untersuchung wert.

Angesichts der Ausbildungskosten gibt es Stimmen, die sagen, dass nicht die Allgemeinheit in Form des Versichertenkollektivs für den Aufwand aufkommen sollte, sondern die Krankenhäuser als Arbeitgeber. Das ist in doppelter Hinsicht zu kurz gedacht, denn einerseits kommt ein Löwenanteil der Einnahmen der Krankenhäuser ohnehin aus öffentlichen Quellen (Erstattungen der GKV oder Infrastrukturförderung der Länder), andererseits erfüllen die zukünftigen Pflegekräfte wichtige gesellschaftliche Aufgaben. Deshalb ist es bedeutsam, Ausbildung auch über den eigenen Bedarf der Institution hinaus zu incentivieren. Gelegentlich wird auch argumentiert, dass die zukünftigen Pflegefachkräfte durch den Erwerb einkommenssteigernder Qualifikationen von ihrer Ausbildung profitieren und deshalb keine oder nur eine geringe Ausbildungsvergütung gezahlt werden sollte. Dem sind zwei Argumente entgegenzuhalten: Erstens gilt diese Argumentation für jede Ausbildung und jeden Lehrberuf. Bei angehenden KFZ-Mechanikern oder Bank- oder Bürokauleuten, um nur einige Beispiele zu nennen, wird dennoch eine ansprechende Ausbildungsvergütung gezahlt. Und gerade in der Relation zu anderen Berufen ist deutlich, dass wir es uns als Gesellschaft nicht leisten können, ausgerechnet in jenen Berufen, die einen hohen Beitrag zum Allgemeinwohl leisten, besonders unattraktive Bedingungen zu schaffen. Es geht hier auch um das Image von Pflege, das dringend aufgewertet werden muss, wenn wir Menschen für diese Tätigkeit gewinnen und in ihr halten wollen. Unter letzterem Aspekt ist auch der Fokus auf der betrieblichen Gesundheitsförderung für Pflegekräfte, wenn er bei diesen ankommt, sowie die Unterstützung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu befürworten.

Ansatzpunkt: Neuordnung der Pflegepersonalentgelte

Ein weiteres zentrales Anliegen des PpSG war die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den diagnosebasierten Krankenhausentgelten (DRG) sowie ihre Vollfinanzierung samt Tarifsteigerungen durch die Krankenkassen. Jede neue Pflegestelle am Bett sollte, so die Ankündigung des BMG, durch die vorgenommenen Änderungen voll finanziert werden (BMG). Unter ökonomischen Gesichtspunkten erscheint diese Maßnahme in der gegenwärtigen Mangelsituation äußerst sinnvoll. Bei der bisherigen Vergütungslogik bestand der starke Anreiz für die Krankenhäuser, nicht alle Pflegepersonalkosten, die in die DRG einkalkuliert waren, tatsächlich für die Pflege aufzuwenden.

Im Gesetzestext selbst finden sich zu diesem Themenkomplex verschiedene Regelungen: einerseits die Übernahme von Tarifsteigerungen und die Festlegung, dass Personalkosten bis zur Höhe des Tarifvertrags per se als wirtschaftlich gelten, andererseits aber auch Verhandlungen zum Pflegebudget (§6a Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)). Nach § 17b Abs. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) müssen die Personalkostenanteile für die Pflege am Bett erstmalig rückwirkend für das Jahr 2019 aus den DRG ausgegliedert und als gesondertes Pflegebudget vereinbart gezahlt werden. Parallel dazu erfolgen Verhandlungen zum zu zahlenden krankenhausspezifischen Pflegebudget, die eigentlich weitgehend überflüssig oder inhaltlich durch die vorliegenden Fakten determiniert sein müssten, wenn jede zusätzliche Pflegestelle am Bett vergütet wird, Tarifsteigerungen refinanziert werden und nicht für Pflege ausgegebene Gelder zurückgezahlt werden müssen (§ 4 KHEntgG). Abbildung 1 verdeutlicht das Prinzip des Pflegebudgets.

Im Jahr 2017 wurden nach Angaben des statistischen Bundesamtes knapp 18,1% aller Krankenhauskosten für Pflegepersonal am Bett aufgewendet (vgl. Abb. 2). Die Summe belief sich auf ca. 19,16 Mrd. Euro (Destatis 2018: 7-8, 10). Von verschiedenen Seiten wurde immer wieder die Vermutung geäußert, dass die Pflegepersonalkosten, die anteilig im Rahmen der DRG-Vergütungen an die Krankenhäuser ausgezahlt wurden, nicht komplett für die Vergütung von Pflegekräften ausgegeben wurden, dass also an der Pflege gespart wurde. Somit darf mit Spannung darauf gewartet werden, wenn im Rahmen der Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs erstmals Transparenz über die dort enthaltenen Pflegeanteile hergestellt wird. Durch Vergleich mit den vom statistischen Bundesamt erfassten Kosten für die Pflege am Bett wird – zumindest rückwirkend und für das Jahr 2018 – eine Abschätzung möglich, wie groß dieser Anteil der zweckentfremdeten Pflegekosten tatsächlich war.

Patientensicherheit und die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen durch das BMG

Der wahrscheinlich umstrittenste Ansatz zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern ist die Festlegung von PPUG in sogenannten „pflegesensitiven Bereichen“ der Versorgung. Unumstritten ist, dass mit Blick auf die Patientensicherheit die Pflegepersonalausstattung eine zentrale Rolle spielt und in Deutschland weitreichende Verbesserungen in der sog. *nurse-to-patient-ratio*, also der Zahl an Patientinnen und Patienten, die von einer Pflegekraft in ihrer Schicht zu betreuen sind, dringend erforderlich sind. International unumstritten ist auch, dass Mindestvorgaben zur Personalausstattung die Qualität der Patientenversorgung sichern helfen können. Es geht also nicht so sehr um das ob, sondern das wie der Einführung derartiger Vorgaben. Kriterien, an denen sich die getroffenen Regelungen messen lassen müssen, sind einfach zu definieren:

- Wird eine Personalausstattung vorgegeben, mit der nachweislich wesentliche Risiken der Patientenversorgung, die aus unzureichender Pflegezeit und -qualität resultieren können, auf ein vertretbares Mindestmaß reduziert werden? Handelt es sich um bedarfsgerechte Pflege?

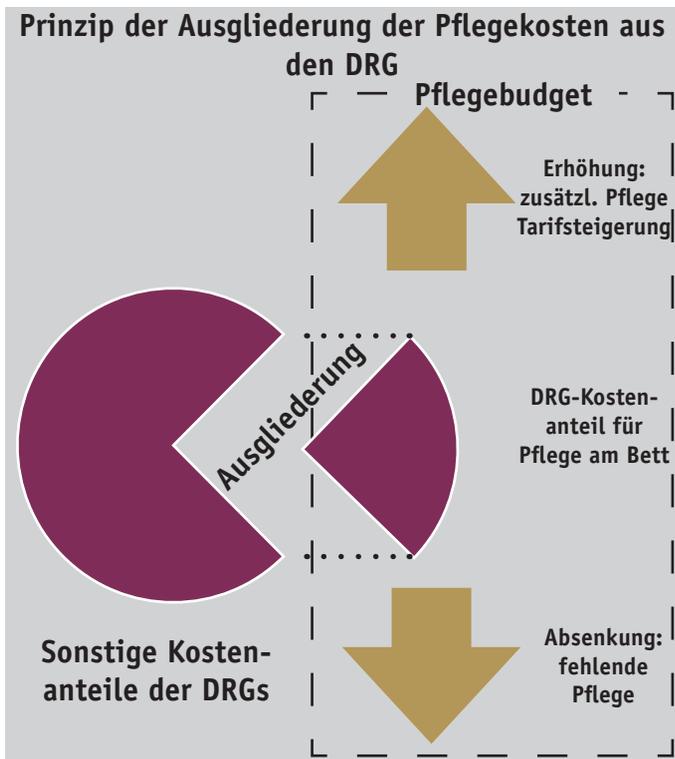


Abb. 1: Prinzip der Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRG und der Vereinbarung von Pflegebudgets (eigene Darstellung).

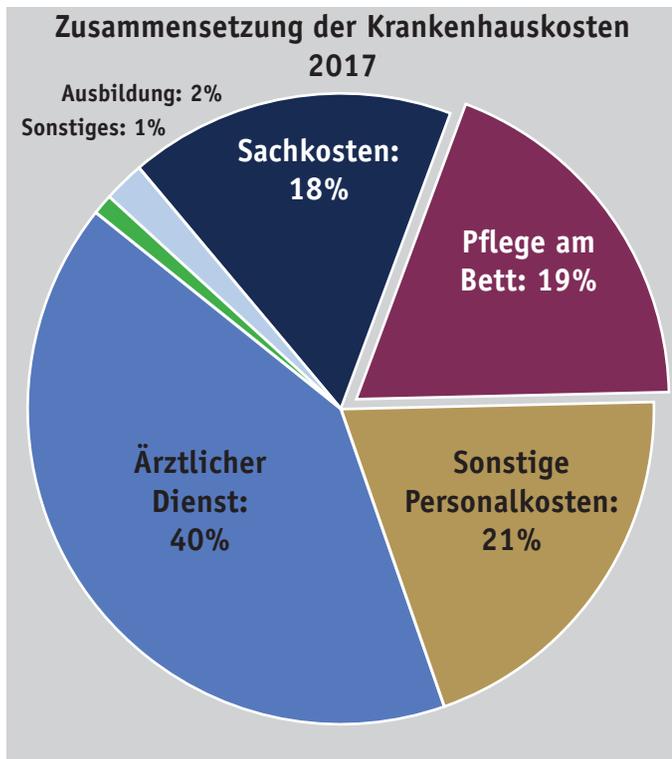


Abb. 2: Zusammensetzung der Krankenhauskosten (eigene Darstellung nach Destatis 2018: 7-8).

- Werden alle Patientengruppen entsprechend erfasst und geschützt?
- Ist der Umsetzungsaufwand möglichst gering, damit die Umsetzung selbst nicht zur weiteren, unnötigen Verknappung von Pflegeressourcen führt?
- Gibt es unerwünschte Nebenwirkungen, die neue Risiken in der Patientenversorgung mit sich bringen?

Zweimal, für die Einführung der ersten PPUG Anfang 2019 und für die zweite Welle ab Anfang 2020, haben die Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) nicht zu einem Ergebnis geführt. Jenseits der für die Selbstverwaltung typischen gegenseitigen Schuldzuweisungen (vgl. beispielhaft Hommel 02.09.2019) erscheint es durchaus folgerichtig, dass auf diesem Wege keine Vorgaben gemacht wurden. Bei Nichteinhaltung von PPUG drohen den Krankenhäusern empfindliche Konsequenzen von der Veröffentlichung mit dem entsprechenden Reputationsschaden bis hin zu Vergütungseinbußen. Viele Krankenhäuser, das belegen zahlreiche Berichte aus der Praxis, sperren Betten oder gar ganze Abteilungen, um Unterschreitungen zu verhindern, und tragen damit den wirtschaftlichen Schaden des Verdienstaustausfalls. Erfahrungen mit anderen Vorgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung (z.B. den z.T. erfolgreichen Klagen gegen Mindestmengenbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses) legen die Vermutung nahe, dass es aufgrund dieser Einbußen zu gerichtlichem Vorgehen gegen PPUG kommen würde, wenn diese durch DKG und GKV-SV festgelegt werden.

Vor Gericht kommt es dann auf die Evidenz für die getroffenen Festlegungen an und genau hier liegt ein zentrales Problem der PPUG: Diese werden, zuvorderst auch vom BMG, damit begründet, dass unterhalb dieser Grenzen die Patientensicherheit nicht gewährleistet ist. Tatsächlich gibt es aber keinerlei empirische Belege für die Annahme, es gäbe eine definierbare Grenze, unterhalb derer Patienten akut gefährdet sind. Patientensicherheit ist kein absolutes Kriterium, dass im einen Fall 100%ig gegeben ist und im anderen fehlt. Tatsächlich muss man Patientensicherheit als Kontinuum verstehen, bei dem zudem ganz verschiedene Aspekte betrachtet werden müssen. Außerdem ist es nicht der Anspruch der Versorgung nach dem Sozialgesetzbuch V, nur die unmittelbare Patientengefährdung abzuwenden, sondern die Gesundheit möglichst wiederherzustellen und selbstbestimmungsermöglichende Pflege zu gewährleisten (vgl. ausführlicher Köster-Steinebach 2018). Das bedingt, dass es keine Evidenz geben kann, die die Selbstverwaltungspartner für die Festlegung von Schwellenwerten für PPUG heranziehen könnten. Selbst wenn hier Festlegungen erfolgt wären, hätten diese vor Gericht also wahrscheinlich keinen Bestand gehabt.

Nachdem die Selbstverwaltung ihrem gesetzlichen Auftrag nicht nachgekommen ist, hat das BMG in zwei Ersatzvornahmen mittels Rechtsverordnung PPUG normativ festgelegt (vgl. Tab. 1). Die Höhe der PPUG wurde nach dem sogenannten Perzentilansatz bestimmt, weshalb Zweifel angebracht sind, dass (alle dieser) Vorgaben geeignet sind, akute Patientengefährdung weitgehend auszuschließen (vgl. ausführlicher Köster-Steinebach 2018). Dass angesichts des tiefgreifenden Pflegepersonal mangels in den Krankenhäusern, ge-

Pflegepersonaluntergrenzen nach Festlegung des BMG			
Gültigkeit	Versorgungsbe- reich	Tagschicht	Nachtschicht
		Angabe in Patienten pro Pflegekraft	
1.1.2019	Geriatric	10:1	20:1
	Kardiologie	12:1	24:1
	Unfallchirurgie	10:1	20:1
	Intensivmedizin	1:2,5	1:3,5
1.1.2020	Kardiologie	1:10	1:20
	Herzchirurgie	7:1	15:1
	Neurologie	10:1	20:1
	Neurologie: Schlaganfalleinheit	3:1	5:1
	Neurologie: Frührehabilitation	5:1	12:1
1.1.2021	Intensivmedizin	1:2	1:3

Tab. 2: Pflegepersonaluntergrenzen nach Festlegung des BMG (eigene Zusammenstellung nach BMG 2019).

messen an der *nurse-to-patient-ratio*, ein gestuftes Vorgehen unerlässlich ist, kann nicht in Zweifel gezogen werden. Auch dass die ersten Schritte hin zu Verbesserungen durchaus schmerzhaft sind, ist verständlich, aber letztlich unvermeidlich, denn ein „Weiter so!“ ist ausgeschlossen. Vor diesem Hintergrund sind die Berichte von Sperrungen von Betten oder gar ganzen Abteilungen, so schwierig die Versorgungssituation sich vor Ort auch im Einzelfall gestalten mag, keine ausschließlich schlechte Nachricht. Beschäftigt man sich intensiver mit Patientensicherheit, wird schnell deutlich, dass es oft um die Abwägung von Risiken geht. Wodurch werden die Betroffenen wahrscheinlicher bzw. schwerer geschädigt: durch längere Transportzeiten in ein geeignetes Krankenhaus, durch die Versorgung in fachlich ungeeigneten Krankenhäusern oder durch die Versorgung auf Stationen mit unmittelbar patientengefährdend niedriger Personalausstattung? Gerade dieses Beispiel macht aber auch deutlich, dass Verbesserungen der Patientensicherheit nur durch komplexe Mehrfachinterventionen (vgl. dazu Schrappe 2018) zu erreichen sind: Beispielsweise müsste durch entsprechende Planungsvorgaben erreicht werden, dass nicht versorgungsnotwendige Betten gesperrt werden, sondern solche der (lukrativeren?) elektiven Versorgung.

Auch andere „Nebenwirkungen“ der derzeitigen PPUG-Regelung müssen sorgfältig hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Patientensicherheit analysiert werden. So berichteten beispielsweise Intensivmedizinerinnen und -mediziner auf der 14. Jahrestagung der Dt. Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) vom 14. bis 16. November 2019 eindringlich davon, dass initial sta-

bilisierte Personen, die eigentlich an Intensivstationen abgegeben werden könnten, aufgrund der Bettensperrungen dort in den Notaufnahmen verbleiben und die dortigen Kapazitäten für neu eintreffende Notfälle verstopfen. Eine andere Nebenwirkung der jetzigen Regelung ist die weitere Ausweitung des Einsatzes von Leasing-Pflegekräften. Selbst wenn es sich hier um hochqualifiziertes Personal handelt, ergeben sich doch aus der Unkenntnis der Strukturen, Prozeduren, medizintechnischen Ausstattung und Ansprechpartner zwangsläufig erhebliche Risiken für Patientinnen und Patienten. Diese und viele weitere Beispiele zeigen, dass die jetzige PPUG-Regelung keinesfalls einen Endpunkt der Bemühungen um eine angemessene Pflegepersonalausstattung im Krankenhaus sein darf.

Initiativen der Verbände zur Weiterentwicklung der Pflegepersonalregelung

Weiter oben wurde ausgeführt, dass ein wesentliches Problem bei der Festlegung von PPUG das fehlende Wissen darum ist, wie eine bedarfsgerechte und damit potenziell sichere Pflege tatsächlich ausgestaltet sein muss bzw. wie viele Pflegekräfte dazu erforderlich sind. Die derzeitigen starren Grenzen, ohne Berücksichtigung der Patientencharakteristika, sind jedenfalls für diesen Zweck nicht geeignet. In § 137j des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) wurde durch das PpSG eine Kennzahl etabliert, die ab 2020 ermittelt werden soll und als „Pflegepersonalquotient“ bezeichnet wird. Das BMG (BMG 16.11.2019) beschreibt diese Kennziffer als „Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum individuellen Pflegeaufwand eines Krankenhauses“. Es ist wichtig, an dieser Stelle in aller Klarheit zu betonen, dass dieser „individuelle Pflegeaufwand des Krankenhauses“ auf keinen Fall mit dem Pflegebedarf der dort betreuten Patientinnen und Patienten gleichzusetzen ist. Er errechnet sich als Summe der risikoadjustierten Pflegeanteile der DRGs (§ 137 Abs. 1 SGB V), die für die Patientinnen und Patienten gezahlt worden wären, aber nun in das Pflegebudget ausgegliedert sind. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK), das mit der Entwicklung dieser Risikoadjustierung beauftragt wurde, schreibt hierzu: „Der Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegelast-Katalog) geht von der Annahme aus, dass der Patient während seines stationären Aufenthaltes eine pflegerische Betreuung erhalten hat, die sich an seinem individuellen Pflegebedarf orientiert und diesem weitgehend entsprochen hat.“ (INEK o.J.:2)

Diese Annahme darf bezweifelt werden. Das BMG (17.11.2019) erläutert selbst:

„Die DRG-Kalkulation erfolgt auf der Grundlage von Ist-Leistungsdaten aller Krankenhäuser sowie von Ist-Kostendaten einer freiwilligen Stichprobe von Krankenhäusern.“

(Hervorhebung im Original)

Allein die gesamte Diskussion um die PPUG und die dringend notwendige Verbesserung der Pflegepersonalausstattung macht deutlich, dass derzeit keine bedarfsgerechte Pflege möglich ist und damit auch nicht in den im Rahmen der DRG standardisierten Ist-Kosten enthalten sein kann. In der Summe ist also die entsprechend dem § 137j SGB V ermittelte Kennziffer strukturell ungeeignet, ab-

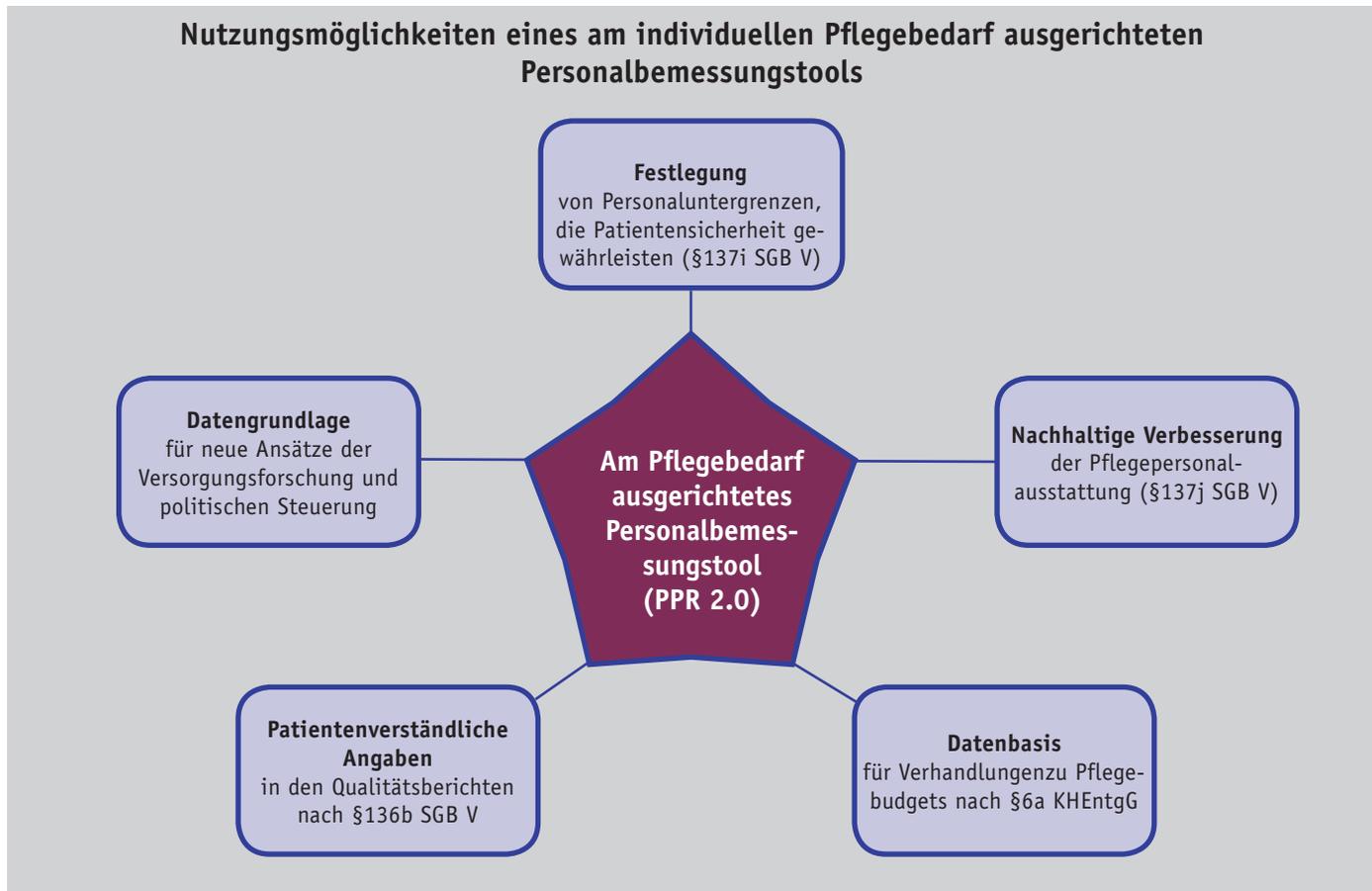


Abb. 3: Nutzungsmöglichkeiten eines am individuellen Pflegebedarf ausgerichteten Personalbemessungstool (APS et al. 2018).

Literatur

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) et.al. (2018): „(Weiter-)Entwicklung und verpflichtende Anwendung eines am Pflegebedarf ausgerichteten Personalbemessungstools für die Pflege in Krankenhäusern“, https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/09/2018-09-17_Gemeinsame_Forderung.pdf, abgerufen am 17.11.2019.
- Bundesministerium für Gesundheit (2019): Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit - Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (16.11.2019): „Sofortprogramm Pflege: Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG))“, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html#c13144>, abgerufen am 16.11.2019.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (17.11.2019): „Krankenhausfinanzierung“, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html#c2621>, abgerufen am 17.11.2019.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018): „Fachserie 12, Reihe 6.3: Gesundheit – Kostennachweis der Krankenhäuser 2017“, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publicationen/Downloads-Krankenhaeuser/kostennachweis-krankenhaeuser-2120630177004.pdf?__blob=publicationFile, abgerufen am 16.11.2019.
- DPR, ver.di und DKG (2019): „Hochwertige Patientenversorgung und attraktive Arbeitsbedingungen sind die Zielsetzung“, <https://www.dkgv.de/dkg/presse/details/hochwertige-patientenversorgung-und-attraktive-arbeitsbedingungen-sind-die-zielsetzung/>, abgerufen am 15.11.2019.
- Hommel, Thomas (02.09.2019): „Pflegepersonaluntergrenzen: Kliniken und Kassen finden keine Lösung“, Ärztezeitung online, <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Selbstverwaltung-verpasst-Einigung-341716.html>, abgerufen am 17.11.2019.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) (o.J.): „Erläuterungen zum Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand – Pflegelast-Katalog Version 0.99“, https://www.g-drg.de/content/download/7657/57418/version/1/file/Erl%C3%A4uterungen_Pflegelast-Katalog_Version_0_99_180329.pdf, abgerufen am 16.11.2019.
- Köster-Steinebach, Ilona (2018): „Pflegepersonaluntergrenzen, das Selbstverständnis der GKV und die Bedeutung von Pflegeforschung“, in: Monitor Pflege 1/2018, S. 27-31.
- Schrappe, Matthias (2018): APS-Weißbuch Patientensicherheit, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Verfügbar unter: <https://www.aps-ev.de/aps-weissbuch/>

zubilden, in welchem Umfang der Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern gedeckt ist. Insbesondere eignet er sich aus den genannten Gründen auch nicht zur Steuerung der Pflegepersonalausstattung mit Blick auf die Erreichung angemessener Patientensicherheit. Letztlich ist aber genau die Ermittlung des für eine bedarfsgerechte Pflege erforderlichen Personaleinsatzes und die Transparenz hinsichtlich des Verhältnisses zwischen dem tatsächlichen Pflegebedarf und der Personalausstattung die einzig zielführende Kenngröße für regulatorische Vorgaben.

Derzeit gibt es in Deutschland kein Instrument, das in der Lage ist, eine aufwandsarme Erfassung des patientenindividuellen Pflegebedarfs und dessen Umrechnung in erforderliche Pflegezeit zu ermöglichen. Eine wachsende Zahl von Organisationen, angefangen mit den Patientenorganisationen über die einschlägigen Gewerkschaften und den Deutschen Pflegerat bis hin zu wissenschaftlichen Gesellschaften hat bereits frühzeitig die Entwicklung eines solchen Instruments – ggf. auf der Grundlage der alten Pflegepersonal-Regelung (PPR) – gefordert (APS et al. 2018). Diese Forderung wurde zwar bisher nicht von der Politik, dafür aber von einem höchst bemerkenswerten Bündnis aus DKG, Dt. Pflegerat und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) aufgegriffen. Diese arbeiten derzeit an der Entwicklung eines solchen Personalbemessungsinstruments. Nach eigenen Angaben soll sich dieses „an den Standards der qualitativ hochwertigen Patientenversorgung orientieren und hohe Patientensicherheit gewährleisten. Das Instrument ermittelt den Pflegepersonalbedarf eines Krankenhauses für die unmittelbare Patientenversorgung auf allen bettenführenden Stationen und definiert die notwendige Pflegepersonalausstattung für die Stationen des gesamten Krankenhauses.“ (DPR, ver.di und DKG 2019) Tatsächlich kann ein solches Tool vielfältige Aufgaben erfüllen, von der Grundlage für eine sachgerechte Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen bis hin zur Verbesserung der Versorgungs- und Pflegeforschung (vgl. Abb. 3). Vor diesem Hintergrund darf nicht nur das Ergebnis mit Spannung erwartet werden, es ist auch höchste Zeit, dass ein solches Tool flächendeckend eingesetzt wird.

Fazit

Das Thema Pflegepersonalausstattung wurde in den letzten Jahren immer wieder von der Gesetzgebung, der Exekutive und von engagierten Verbänden aufgegriffen. Angesichts der Bedeutung dieses Aspekts für das Funktionieren eines qualitativ hochwertigen Gesundheitswesens ist es besonders wichtig, dass die Pflege- und Versorgungsforschung diesen Prozess, der notwendigerweise in Schritten erfolgen muss, begleitet und immer wieder evaluiert und korrigiert. <<

Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach

ist hauptamtliche Geschäftsführerin des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. und war Gastdozentin an der Hochschule für angewandtes Management in Erding und an der Alice-Solomon-Hochschule Berlin. Sie studierte Japanologie und promovierte in Volkswirtschaftslehre. Sie war Referentin und Teamleiterin bei der KV Bayerns, acht Jahre lang Referentin beim Verbraucherzentrale Bundesverband. Dort war sie auch als Vertreterin im G-BA tätig. Kontakt: Koester-Steinebach@aps-ev.de



Further development of the requirements for nursing staffs: more security and transparency required!

Starting with a description of the recent legislation for strengthening nursing care in Germany several instruments are discussed in further detail. Especially the incentives for increasing the number of persons trained to become nurses, the changes in funding for nursing costs in hospitals and the lower limits for nursing staff are analyzed. Also, an initiative of several organizations to develop a new instrument for documentation of the need or demand for nursing care is very important for future studies.

Keywords

Legislation for strengthening nursing care, lower limits for nursing staff, nursing care demand, indicators for measuring the nursing care demand

Autorenerklärung

Der Autorin erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.



*„Das wäre eine armselige
Wissenschaft, die die große, tiefe,
geheiligte Unendlichkeit des
Nichtwissens vor uns verbergen
wollte, über welcher alle
Wissenschaft wie bloßer
oberflächlicher Nebel schwimmt.“*

Thomas Carlyle
schottischer Philosoph und Historiker
(1795 - 1881)

**Doch lichtet sich der
Nebel mit jeder Ausgabe**

Am besten, Sie **abonnieren gleich***:

www.m-vf.de/abonnement oder per Mail: abo@m-vf.de

* Jahres-Abo mit 6 Ausgaben zum Preis von 90 statt 120 Euro zzgl. Versand (9,99 Euro pro Jahr in Deutschland, Ausland: 54 Euro)

**VERSORGUNGS
monitor FORSCHUNG**