

Fachzeitschrift zu Versorgung,  
Management und Forschung  
in der Pflege

Nr. 01|2024  
[www.monitor-pflege.de](http://www.monitor-pflege.de)

# Monitor **Pflege**



ISSN 2364-0308

## VON FÜNF AUF VIER

Wie New Work in der Pflege funktionieren kann

## MEHR DIGITALI- SIERUNG WAGEN

Alltagserleichterung und Effizienzsteigerung

## Das Heft selbst in die Hand nehmen

Veränderungen im Gesundheitssystem und nicht weniger die ökologischen sowie geopolitischen beeinflussen auch den Einkauf und die Logistik im Klinikbereich. Adelheid Jakobs-Schäfer ist Generalbevollmächtigte der Sana Kliniken für diesen Bereich und erklärt im Titelinterview, wie wichtig es ist, den sich verändernden Rahmenbedingungen temporeich zu begegnen. Eine wertebasierte Beschaffung ist für sie obligatorisch und auch die sich durch die Krankenhausreform abzeichnende Bedeutung performanter Lieferketten stellt Jakobs-Schäfer in den Vordergrund. Ihr Verständnis für die ethisch und fachlich spezielle Tätigkeit von Pflege und Ärzten speist sich aus ihrer Ausbildung zur Krankenschwester und der folgenden Praxis. Eine prägende Zeit, in der sie gelernt hat, wie wichtig Unterstützung, ein offener Austausch und gegenseitiger Respekt sind, um ein positives Arbeitsumfeld zu schaffen.

Im Krankenhauskontext bewegt sich auch der aktuelle Barmer Pflegereport. „Insbesondere chronisch Kranke und Pflegebedürftige werden oft weder ambulant noch stationär bestmöglich versorgt. Um das zu ändern, brauchen wir dringend neue, effizientere Versorgungsstrukturen. Das können zum Beispiel wohnortnahe, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sein“, sagte Prof. Dr. med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer, bei der Vorstellung der Ergebnisse Anfang Dezember in Berlin. Im aktuellen Report geht es um vermeidbare Krankenhausaufenthalte von Pflegebedürftigen. Vermeidbar, wenn ihr individueller pflegerischer und medizinischer Bedarf stärker berücksichtigt würde.

Diesen Bedarfen stärker Rechnung zu tragen, ist allerdings nur möglich, wenn genügend Fachpersonal zur Verfügung steht. Natürlich geht es auch um Effizienz, doch die Prognosen für den steigenden Fachkräftebedarf sind hinlänglich bekannt; Effizienzsteigerung, beispielsweise durch Entbürokratisierung und Digitalisierung, wird es allein nicht richten. Es geht, wie Straub bei der Vorstellung des Pflegereportes betont, eben auch um eine nachhaltige Aufwertung des Pflegeberufs. Damit meint er nicht nur bessere Arbeitsbedingungen und mehr Geld, sondern auch die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, wo es sinnvoll und möglich ist.

Bessere Arbeitsbedingungen zu schaffen, daran versuchen sich derzeit eine Menge Akteure. Das Klinikum Bielefeld beispielsweise führt fakultativ die Vier-Tage-Woche für Pflegepersonal ein und die Kliniken Beelitz steigen aus dem Leasing-System aus, um mehr Zufriedenheit bei den Mitarbeitenden zu evozieren. Man will nicht mehr auf die Politik warten, sondern nimmt das Heft selbst in die Hand. Wie die Einrichtung dabei vorgegangen ist, legen Pflegedirektor Nico Kleine-Knefelkamp und Geschäftsführer Enrico Ukrow im Interview dar.



Kerstin Müller  
Chefredakteurin

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre!

# Inhalt

## Management & Mitarbeiter

- 5 Map**  
Kultursensible Pflege. Türkischsprachige Demenz-WGs.
- 6 Transformation braucht Tempo**  
Adelheid Jakobs-Schäfer, Generalbevollmächtigte Einkauf und Logistik, Sana Kliniken AG.
- 12 Profil**  
Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG.
- 14 Wider den Frustpegel**  
Die Kliniken Beelitz sind aus dem Leasing-System ausgestiegen. Pflegedirektor Nico Kleine-Knefelkamp und Geschäftsführer Enrico Ukrow im Interview.
- 16 Nutzen schaffen für alle**  
Elisabeth Scharfenberg, Vorständin der Korian Stiftung, berichtet über den Status quo sowie die Perspektive des Modell-Projektes „Pflege 2030“.
- 21 How to ... New Work in der Pflege**  
Das Klinikum Bielefeld hat regelhaft die 4-Tage-Woche eingeführt.

## Interviews



Adelheid Jakobs-Schäfer  
Generalbevollmächtigte Einkauf und Logistik Sana Kliniken AG. Foto: SEL



Dr. Karl Blum  
Vorstand, Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Leiter Geschäftsbereich Forschung. Foto: DKI



Elisabeth Scharfenberg  
Vorständin der Korian Stiftung  
Foto: Flo Miedel

## Politik & Wissenschaft

- 10 Belastende Versorgungsdefizite**  
Der aktuelle Barmer Pflegereport zeigt auf, dass Krankenhaus und Pflege untrennbar miteinander verbunden sind.
- 18 Mehr Weselsky wagen?**  
BDO/DKI-Studie 2023 „Personalnotstand im Krankenhaus – Quo vadis?“. Analyse und Interview mit DKI-Vorstand Dr. Karl Blum.

## Digital & KI

- 20 Weniger Stress auf der Pflege-Reise**  
Der Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V. hat eine Befragung unter Pflegebedürftigen und Angehörigen durchgeführt.
- 22 Leiharbeit ist das Symptom**  
Neun junge Akteure aus der Pflege sind die Macher hinter dem Podcast „Übergabe“ und „Übergabe Update“.

## News

4, 9, 23

## Impressum

**Monitor Pflege**  
Fachzeitschrift zu Versorgung,  
Management und Forschung in der Pflege

**Chefredaktion**  
Kerstin Müller  
+49 341 98988 325  
kerstin.mueller@gesundheitsforen.net

**Redaktion**  
Jutta Mutschler  
+49 341 98988 386  
mutschler@gesundheitsforen.net

**Verlag**  
Gesundheitsforen Leipzig GmbH  
Hainstraße 16  
04109 Leipzig  
www.gesundheitsforen.net  
redaktion@monitor-pflege.de

**Herausgeberin**  
Susanne Pollak

**Verlagsleitung**  
Vicki Richter-Worch

**Anzeigenmanagement & Abonnement**  
Chantal Lehmann  
+49 341 98988 381  
anzeigen@monitor-pflege.de

**Layout & Gestaltungskonzept**  
Christine Beschnidt

**Druck**  
Silber Druck oHG  
Otto-Hahn-Straße 25  
34253 Lohfelden  
Tel +49 561 52007-34  
Lucas.Silber@silberdruck.de  
www.silberdruck.de

**Urheber- und Verlagsrecht**  
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich 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. Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden. Die Verpackung dieser Zeitschrift ist bei www.verpackungsregister.org (LUCID) registriert unter: DE3360908810552

## „Das System wackelt“



Gernot Kiefer  
Foto: GKV-Spitzenverband

Es gebe den Trend, dass das Angebot im stationären und ambulanten Bereich zurückgeht, stellte Gernot Kiefer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes, Mitte Februar im Gespräch mit der „Neue Osnabrücker Zeitung“ (NOZ) fest. Hier müsse man frühzeitig gegensteuern, um den Bedarfen in den kommenden Jahren gerecht zu werden, so Kiefer. „Es gibt in Deutschland ein Sozialstaatsversprechen. Das heißt, wir dürfen niemanden alleine lassen, wenn er zum Pflegefall wird.“

Kiefer weiter: „Das Kernargument war Mitte der Neunziger, dass niemand mit seinem Alterseinkommen in den Zwang gerät, nur aufgrund der Pflegebedürftigkeit Sozialhilfe in Anspruch nehmen zu müssen. Das hat lange geklappt. Aber es gibt deutliche Tendenzen, dass es aktuell so

nicht mehr gewährleistet ist.“ Einerseits würden die Beiträge erhöht und andererseits müssten die Pflegebedürftigen trotzdem immer mehr Geld aus eigener Tasche bezahlen. „Die politischen Reaktionen sind immer nur kurzfristiger Art. Aber das System wackelt insgesamt. Wenn die Pflegeversicherung auch in den Jahren 2025 bis 2040 funktionieren soll, muss das System jetzt reformiert werden“, forderte Kiefer im Gespräch mit der NOZ. „Das kann die Regierung aus meiner Sicht aber alleine gar nicht machen, das muss aus der Breite der Gesellschaft heraus getragen werden. Sonst haben wir nur Flickschustereien.“

Es gebe viele Vorschläge, wie man das System reformieren könnte, und auch keinen Mangel an Ideen – von der Vollkaskoversicherung bis zu mehr privater Vorsorge. „Aber diese Ideen müssen in eine breite Diskussion. Deswegen fordere ich eine Enquete-Kommission, in der alle relevanten Gruppen vertreten sind. Denn das Problem der Pflege sehen ja alle“, so der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes.

## Von Fünf auf Vier

Statt fünf Tagen in der Woche nur vier Tage arbeiten – was lange Zeit undenkbar war, wird inzwischen von vielen Fachleuten gefordert. Das Klinikum Karlsruhe startet jetzt ein Pilotprojekt in der Pflege, bei dem Vollzeitkräfte an vier Wochentagen länger arbeiten und dafür den fünften Tag frei haben.

Auf der Pilotstation werden Patientinnen und Patienten der Klinik für Kardiologie und Neurologie behandelt. „Die Schichtstärken orientieren sich an den gesetzlichen Vorgaben, durch die längeren Schichten erhöht sich jedoch die Gesamtstundenzahl der Pflegekräfte je Tag“, erklärt Pflegedirektorin Elvira Schneider. „Die längere Überlappungszeit bedingt auch eine Umstrukturierung des Tagesablaufs.“

Tätigkeiten wie Grund- und Behandlungsversorgung, Verbandswechsel und Mobilisation, die üblicherweise morgens zwischen 8 und 12 Uhr durchgeführt werden, aber auch die Dokumentation der Versorgung, Qualitätssicherung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ergo-, Logo- und Physiotherapie werden in die Überlappungszeit verlegt, wenn die höchste Anzahl der Pflegekräfte vor Ort ist. „In dieser Zeit können wir in klei-

neren Gruppen gezielt mit den Patientinnen und Patienten arbeiten“, betont Pflegefachkraft Erik Gensert, der sich für das Pilotprojekt entschieden hat. Die Anzahl der zu versorgenden Patienten je Pflegekraft sinkt, Arbeitsabläufe sind ungestörter und die Mitarbeitenden werden entlastet.

Pflegedienstleiter Daniel Bauer hält es für möglich, dass die Pilotphase in ein festes Arbeitszeitmodell übergeht. „Neben unseren vielen etablierten Arbeitszeitmodellen schaffen wir mit der Vier-Tage-Woche eine weitere attraktive Option für unsere Mitarbeitenden. Wir freuen uns, wenn wir dadurch neue Kolleginnen und Kollegen für die Pflege im Klinikum Karlsruhe gewinnen können.“



Michelle Schmidt ist als Bereichsleitung an der Koordination der Pilotstation beteiligt. Foto: Markus Kümmerle

## Experten-Rat berät über Lösungen für die häusliche Pflege

Der Experten-Rat „Pflegefinanzen“ will nach seinen Vorschlägen zur besseren Absicherung der stationären Pflege nun ein Konzept zur Vorsorge für die ambulante häusliche Pflege erarbeiten. Unter Vorsitz des Gesundheitsökonom Prof. Dr. Jürgen Wasem (Universität Duisburg-Essen) haben die Experten am 6. Februar in Köln ihre Beratungen aufgenommen. Der auf Initiative des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV) gegründete Experten-Rat ist neben Wasem mit folgenden Mitgliedern aus Wissenschaft und Praxis besetzt:

- Prof. Dr. Christine Arentz, Technische Hochschule Köln
- Prof. Dr. Thiess Büttner, Universität Erlangen-Nürnberg
- Constantin Papaspyratos, Bund der Versicherten
- Prof. Dr. Christian Rolfs, Universität zu Köln

Im April 2023 hatte der Experten-Rat seine Vorschläge für eine obligatorische, kapitalgedeckt finanzierte „Pflege+ Versicherung“ vorgestellt. Dieses Konzept für eine schnell umsetzbare Lösung, um die hohen stationären Eigenanteile bezahlbar abzusichern, spielt seitdem eine wichtige Rolle in der politischen Debatte über die Pflegefinanzreform. Wasem: „Es liegt ein schnell umsetzbarer Vorschlag für eine verpflichtende, mit konkreten Beiträgen hinterlegte Zusatzvorsorge auf dem Tisch, die die Eigenanteile an den Pflegekosten sozial abfedert und generationengerecht finanziert.“

Allerdings werden über 80 Prozent der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld versorgt. Der Experten-Rat sieht daher seine Studie zur stationären Versorgung nur als ersten Schritt, dem nun ein Gutachten zur finanziellen Absicherung der häuslichen Pflege folgen soll. Dafür will er als ergänzenden Baustein eine „Pflege+ Versicherung ambulant“ entwickeln. Wie beim Konzept für die stationäre Pflege soll der Experten-Rat einen Vorschlag unterbreiten, wie eine zukunfts feste Finanzierung der ambulanten Pflege gelingen kann, die zugleich generationengerecht und bezahlbar ist.

# Kultursensible Pflege - Türkischsprachige Demenz-WGs

## Hamburg:

Veringeck - multi-kulti  
Pflegedienst  
Veringstraße 29  
21107 Hamburg

## Berlin:

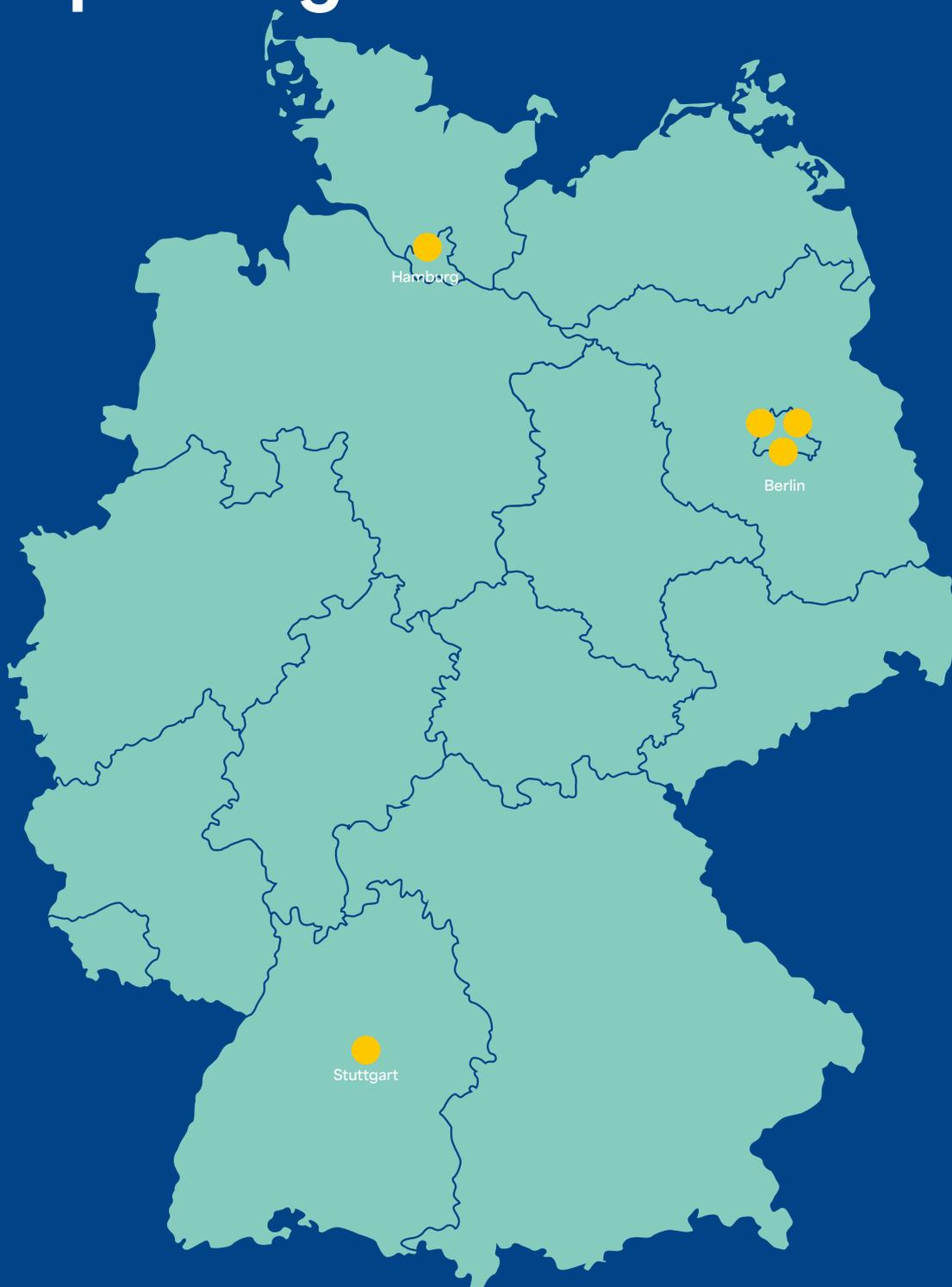
Wohngemeinschaft für  
Menschen mit Demenz  
WG „Unutma beni“  
Potsdamer Straße  
10785 Berlin  
c/o Pflegedienst Pro Cura  
GmbH

aliacare türkische Demenz-  
Wohngemeinschaft  
Osloer Str. 33  
13359 Berlin

Dosteli GmbH  
Emdener Straße 1  
10551 Berlin

## Baden-Württemberg:

Wohngemeinschaft  
Emin Eller  
Auricher Straße 27  
70437 Stuttgart



Die erste Generation der sogenannten „Gastarbeiter“ hat das Rentenalter und damit auch oftmals die Pflegebedürftigkeit erreicht. Die Situation für Migrantinnen und Migranten sowie deren Familien ist oft nicht leicht, da die soziokulturelle Prägung emotional primär eine Betreuung durch die Familie fordert. Aber was ist, wenn das beispielsweise durch eine demenzielle Erkrankung nicht mehr realisierbar ist? Mangelnde Deutschkenntnisse der Betroffenen beziehungsweise mangelnde Fremdsprachenkenntnisse des Betreuungspersonals bedeuten

gerade in dieser Phase eine gravierende Barriere und Einschränkung der Lebensqualität. Wir haben auf unserer Karte türkischsprachige Demenz-WGs in Deutschland lokalisiert. Die Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sollte Ihnen ein weiteres Angebot bekannt sein oder Sie in irgendeiner Form Erfahrung mit kultursensibler Pflege haben, melden Sie sich gerne bei uns. In der kommenden Ausgabe von *Monitor Pflege* möchten wir gerne tiefer in dieses Thema eindringen. [redaktion@monitor-pflege.de](mailto:redaktion@monitor-pflege.de)

# Transformation braucht Tempo

INTERVIEW MIT ADELHEID JAKOBS-SCHÄFER



Veränderungen im Gesundheitssystem und nicht weniger die ökologischen oder geopolitischen beeinflussen auch den Einkauf und die Logistik im Klinikbereich. Adelheid Jakobs-Schäfer ist Generalbevollmächtigte der Sana Kliniken für diesen Bereich und erklärt, wie wichtig es ist, den sich verändernden Rahmenbedingungen temporeich zu begegnen.

Eine wertebasierte Beschaffung ist für sie obligatorisch und auch die sich durch die Krankenhausreform abzeichnende Bedeutung performanter Lieferketten stellt Jakobs-Schäfer in den Vordergrund. Ihr Verständnis für die ethisch und fachlich spezielle Tätigkeit von Pflege und Ärzten speist sich aus ihrer Ausbildung zur Krankenschwester und der folgenden Praxis. Eine prägende Zeit, in der sie gelernt hat, wie wichtig Unterstützung, ein offener Austausch und gegenseitiger Respekt sind, um ein positives Arbeitsumfeld zu schaffen.

**Frau Jakobs-Schäfer, Sie sind ausgebildete Krankenschwester und heute Einkaufsmanagerin der Sana Kliniken. Das klingt nach einem sehr interessanten Weg. Was war die Motivation hinter dieser Entwicklung?** Verantwortung übernehmen, im Team arbeiten, nach Lösungen und Verbesserungen suchen – das ist sicherlich ein großer Teil meiner Motivation, meines inneren Antriebs. Einkaufsmanagerin war dabei nicht der Anfang, sondern ist das Ergebnis meiner Entwicklung im Gesundheitswesen. Auf diesem Weg haben mich besondere Führungspersönlichkeiten geprägt. Wenn ich heute darüber nachdenke, dann gaben sie nicht nur Feedback zu meinen Stärken. Sie haben mir auch – oftmals deutlicher und geradliniger als heute – Rückmeldung zu meinen Schwächen und Fehlern gegeben. Meine Eltern, die den Zweiten Weltkrieg erlebt haben, vermittelten mir eine starke Leistungs- und Werteorientierung. Mein erster Arbeitgeber, die Barmherzigen Brüder in Trier, hat mich ganz besonders gefördert. So konnte ich zur Pflegequalifikation berufsbegleitend Betriebswirtschaft in Saarbrücken studieren.

**Würden Sie diesen Weg wieder gehen?**

Ja, auf jeden Fall. Ich glaube, es ist wichtig, nicht auf einer Position zu verharren, sondern sich umzusehen: Wo kann ich das, was mir an dieser Arbeit wichtig ist, weiterverfolgen, an welcher Stelle kann ich meine Fähigkeiten noch besser einsetzen?

**An welcher Stelle profitieren Sie in Ihrer aktuellen Position von Ihrer Pflege-Ausbildung besonders?**

Ich profitiere noch heute von meiner Pflegeausbildung. Ein Ausbildungsplatz bei den Barmherzigen Brüdern, das war damals wie ein Sechser im Lotto für mich. Die Schule war sehr medizinisch ausgerichtet. Der wirkliche Pflegeanteil war geringer repräsentiert als heute. Medizinthemen

lehrten meist die Chefärzte. Die kannten ihre Schülerinnen und Schüler gut und fragten auf Station und bei der Visite am Bett bevorzugt klinisches Wissen ab.

Seit meiner Ausbildung und der folgenden Praxis kenne ich den grundsätzlichen Bedarf, den Pflege und Ärzte haben. Ich konnte ein Verständnis für ihre ethisch und fachlich spezielle Tätigkeit entwickeln und erwarb den nötigen Respekt, wenn es um kritische Lebenssituationen von Schwerstkranken und den Weg des Sterbens geht.

Spreche ich heute mit Mitarbeitenden in der Klinik, möchte ich zunächst wissen, wer sie sind und wo sie stehen, warum sie etwas tun. Und auch, warum sie etwas ablehnen. Das ist auch mein Appell an Mitarbeitende aus dem Einkauf: Geht auf das medizinisch-pflegerische Personal zu. Lernt miteinander zu sprechen!

**Blicken wir auf Ihr aktuelles Wirkungsfeld: Welche Aspekte dominieren Ihren Arbeitsalltag derzeit?**

Als Leitung eines Unternehmens für Klinikeinkauf und -logistik sind es Fragen, die sich mit der Veränderung im Gesundheitswesen und den aktuellen Anforderungen auseinandersetzen. Dafür braucht es den kontinuierlichen Blick auf die Rahmenbedingungen der Finanzierung von Krankenhausleistungen und Produkten, auf Lieferketten und natürlich auf Veränderungen in der Medizin und Pflege.

Als Generalbevollmächtigte stehe ich im Austausch mit meinen Kolleginnen und Kollegen im Konzern. Wichtig ist auch, nahe an den Kliniken zu sein, zu hören, was ihre Wahrnehmung, Bedarfe und Wünsche der Kollegen an den Standorten sind.

Wichtig ist, unseren Mitarbeitenden Orientierung zu geben und sie in einem fortlaufenden Veränderungsprozess mitzunehmen. Es erfordert viel Einsatz, Arbeitsbedingungen zu schaffen, die es allen Beschäftigten ermöglichen, ihre Stärken bestmöglich einzubringen.

**Steigende Energie- und Nebenkosten, mehr Nachhaltigkeit und Umweltschutz: Was bedeuten die veränderten Rahmenbedingungen und Anforderungen für einen effizienten Einkauf?**

In der Frage steckt schon die Antwort: Einkauf ist mehr als nur das Verhandeln von Preisen. Medizinische Evidenz wird im Klinikeinkauf und für Produktentscheidungen zum Wohle des Patienten eine immer größere Rolle spielen. Vor allem im Hinblick auf eine nachhaltige medizinische und pflegerische Entwicklung.

Für mich ist Value-based Procurement, also die wertorientierte Beschaffung, der gelebte Prozess für medizinisch relevante Produktentscheidungen. Qualität, Innovationen, Versorgungssicherheit, mehr Nachhaltigkeit und vor allem die gesamtheitliche Kostenbetrachtung sind heute wichtiger denn je. Mit dem angemessenen Abwägen dieser Werte trägt der Einkauf zur nachhaltigen Patientenversorgung und medizinischen Entwicklung bei.

Angesichts dieser Herausforderungen hat Sana Einkauf & Logistik gemeinsam mit der Einkaufskooperation EK-UNICO das Review Center gegründet. Seine Aufgabe: Klinikeinkäuferinnen und -einkäufer evidenzbasierte Nutzenbewertungen zur Verfügung zu stellen, die auf eine wertebasierte Beschaffung einzahlen. Außerdem ermöglichen die Handlungsfelder des Review Centers einen raschen Wissens- und Kompetenzaufbau, der den Klinikeinkauf methodisch und fachlich stärkt.

**Braucht es vor dem Hintergrund ganzheitlicher medizinischer Versorgungsstrukturen auch neue Ansätze in der Beschaffung?**

Aber ja, gerade hier müssen Change und Veränderung ansetzen. Der Einkauf verändert sich rasant. Doch wie sehen künftige Trends aus? Und wann treten sie ein? Das Review Center hat 2023 in Kooperation mit der Universität der Bundeswehr München eine Studie zur Zukunft des Klinikeinkaufs durchgeführt. Dabei ist vor allem eines deutlich geworden: Die Transformation braucht Tempo – sonst verpassen die Kliniken die Chance, wichtige Voraussetzungen für die Zukunftsfähigkeit des Einkaufs zu schaffen.

**Wir erleben in Deutschland wieder eine Medikamentenknappheit. Steht auch der Klinikeinkauf vor Herausforderungen und benötigt diversifizierte Lieferketten, um eine gewisse Unabhängigkeit und damit Sicherheit zu erreichen?**

Das Thema Liefersicherheit ist ein wachsendes Risiko, Hersteller und Betreiber von Logistikketten stehen unter dem Druck akuter geopolitischer Ereignisse. Das betrifft Arzneimittel wie auch Medizinprodukte, weil sie überwiegend nicht in Europa hergestellt werden können. Ursache dafür sind Preiskämpfe und regulatorische Anforderungen. Das Thema wird sich in den nächsten Jahren zuspitzen. Und dann werden wir vor allem in den Handelsabkommen und in der Zusammenarbeit mit den Produzenten ein völlig neues Verständnis von Liefersicherheit benötigen.

**Gibt es eine prioritäre Behandlung von Kliniken, etwa bei der Belieferung mit Medikamenten durch Großhändler oder bei der Belieferung mit Medizinprodukten durch die Hersteller?**

In Engpasssituationen rückt man operativ und strategisch näher zusammen. Das Bemühen in der Zusammenarbeit zielt vor allem auf die Patientenversorgung ab. Wir dürfen aber auch nicht übersehen, dass Firmen immer auch knappe Güter nach Marge allokatieren. Die Zusammenarbeit und vor allem das Verhandeln müssen entsprechend auch nicht allein einer Preisdiskussion, sondern vielmehr strategischen Prämissen unterworfen sein.

**Sprechen wir noch über die viel- und kontrovers diskutierte Krankenhausreform. Gibt es Aspekte bei der geplanten Reform, die für die Beschaffung & Logistik relevant sind?**

Ja. Es wird zukünftig andere medizinische Versorgungsstrukturen geben. Der Einkauf und die Logistik folgen diesen veränderten Strukturen. Ein Teil des Volumens verschiebt sich in den nächsten zehn Jahren vom stationären in den ambulanten Bereich. Damit verbunden wird es unterschiedliche Preisstellungen geben.

**Was ändert sich konkret für die Kliniken?**

Der reine Beschaffungsprozess wird hinsichtlich der Qualitätsanforderungen anspruchsvoller. Da sind Dienstleister gefragt, wie die Sana Einkauf & Logistik, die mit regionalen Logistikzentren die Versorgung in einer performanten Lieferkette bis zu den Anwenderinnen und Anwendern auf der Station abbilden können. Außerdem müssen wir die begrenzten Personalressourcen der Pflege schonen. Pflegekräfte müssen weitgehend von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und dem Veräumen, Auffüllen und Bestellen von Produkten entlastet werden. Zur Steuerung des Produkteinsatzes und der damit verbundenen Wirtschaftlichkeit des Klinikeinkaufs braucht es präzise Analyse-Instrumente, auch mit Benchmarks für Sachkosten.

**Schauen wir uns abschließend die Versorgungssicherheit auf anderer Ebene an: Vor dem Hintergrund Ihrer eigenen beruflichen Erfahrung: Wie bekommt man genügend Pflegekräfte in die Krankenhäuser – und hält sie auch dort?**

Wie wir neue Pflegekräfte für diesen Beruf gewinnen können, das ist natürlich in erster Linie ein Thema für das Pflegemanagement und das Personalrecruiting. Aus meiner heutigen Position versuche ich, die Pflege in den Kliniken ganz praktisch durch eine zuverlässige Dienstleistung zu entlasten und sie so bei ihrer wichtigen Arbeit zu unterstützen.

Ein entscheidender Faktor ist aus meiner persönlichen Sicht die Unternehmenskultur: das Schaffen von Arbeitsbedingungen im Miteinander, vernünftige Arbeitszeiten und vor allem eine Kultur der Akzeptanz und des Respekts der unterschiedlichen Berufsgruppen. Stimmt das Arbeitsumfeld nicht, dann macht auch die sinnstiftende Arbeit, mit der wir viele Stunden unseres Lebens verbringen, keine Freude.

**Vielen Dank für das Gespräch, Frau Jakobs-Schäfer.**

# Studie zur Zukunft des Klinikeinkaufs

Der ökonomische Druck auf Gesundheitseinrichtungen steigt weiter. Dies kann Gefahren für die medizinische Qualität und Patientenversorgung bergen. Deshalb brauchen Einkaufsentscheidungen immer die bestverfügbare aktuelle Evidenz. Diese soll das 2023 gegründete Sana-Netzwerk Review Center (siehe Interview mit A. Jakobs-Schäfer, S. 6-8) erarbeiten. Das Projekt bringt die Praktiker aus dem Klinikeinkauf und den wissenschaftlichen Nachwuchs zusammen, um unter anderem aus Use Cases und Journeys valide Handlungsempfehlungen für die Zukunft abzuleiten.

In Zusammenarbeit mit der Universität der Bundeswehr München hat das Review Center 2023 eine Studie initiiert, die mögliche Entwicklungstrends für den Einkauf untersuchte. Vom 1.1.2023 bis zum 30.06.2023 beschäftigten sich zehn Studierende der Universität der Bundeswehr München am Arbeitsgebiet Beschaffung im Rahmen ihres Projektstudiums mit der Fragestellung, wie der Klinikeinkauf der Zukunft aussehen kann. Die Studierenden setzten nach eigenen Angaben dafür unterschiedliche Werkzeuge aus dem Studium ein, unter anderem eine PESTEL-Analyse, eine SWOT-Analyse und eine Dokumentenanalyse, in der Aussagen zur Zukunft des Klinikeinkaufs von Beratungshäusern zusammengetragen wurden.

Wohlwissend, dass ChatGPT nur antrainiertes Wissen bis September 2021 bereithielt, wurde auch hier nach Ideen für den Klinikeinkauf der Zukunft gefahndet.

Insgesamt konnten die Studierenden für den Projektpartner Sana Einkauf & Logistik GmbH 189 Thesen zu künftigen Entwicklungen identifizieren. Aus diesen Thesen wurden besonders relevante Thesen ausgewählt und mittels einer Delphistudie mit Experten aus unterschiedlichen Klinikversorgungstufen überprüft und evaluiert.

Als Top-3-Zukunftstrends im Einkauf wurden identifiziert: 1. Fähigkeiten (Kompetenzen) der Mitarbeitenden im Einkauf auf- und ausbauen, 2. Einkaufskooperationen in Struktur und Prozessen verbessern, 3. Veränderungen in Beschaffungsmärkten vorausschauend identifizieren.

Die daraus entstehenden Aufgaben seien gewaltig und betreffen nicht nur den Klinikeinkauf. Der Ausbau der Digitalisierung, verlässlichere Systempartnerschaften sowie die weitere Untersuchung möglicher Trends seien ein Schritt in die richtige Richtung, so das Unternehmen.

## MEDCARE

3. – 4. September 2024  
Congress Center Leipzig

MEDCARE – ein Kongress der Gesundheitsforen 



Seien Sie dabei!

Kongress mit Fachmesse für  
klinische und außerklinische  
Patientenversorgung

[www.medcare-leipzig.de/ausstellen](http://www.medcare-leipzig.de/ausstellen)



# Belastende Versorgungsdefizite

„Insbesondere chronisch Kranke und Pflegebedürftige werden oft weder ambulant noch stationär bestmöglich versorgt. Um das zu ändern, brauchen wir dringend neue, effizientere Versorgungsstrukturen. Das können zum Beispiel wohnortnahe, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sein“, sagte Prof. Dr. med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer, bei der Vorstellung des Pflegereports 2023 Anfang Dezember in Berlin. Der aktuelle Report macht deutlich, dass bis zu 1,3 Millionen Krankenhausaufenthalte bei Pflegebedürftigen jährlich potenziell vermeidbar wären, wenn Patientinnen und Patienten besser versorgt würden. Dafür müsste allerdings ihr individueller pflegerischer und medizinischer Bedarf stärker berücksichtigt werden.



Dem Pflegereport zufolge waren zwischen den Jahren 2017 und 2022 monatlich im Schnitt rund 280.000 pflegebedürftige und kurz vor der Pflegebedürftigkeit stehende Patienten in einer Krankenhausbehandlung. Dabei handelte es sich häufig um ambulant-sensitive oder Pflegeheim-sensitive Fälle, die unter besseren medizinischen Bedingungen von der Hausarztpraxis oder im Pflegeheim behandelt werden können. Dazu zählen Herzinsuffizienz mit monatlich rund 15.900 Krankenhausaufenthalten und Diabetes mellitus Typ 2 mit etwa 4.000 Fällen. Die Betroffenen benötigten frühzeitig eine individuelle und damit passgenaue Behandlung. Doch die Daten des Pflegereports zeigen, dass Millionen von Patientinnen und Patienten unter Versorgungsdefiziten leiden. Sektorenübergreifende Einrichtungen könnten verschiedene Gesundheitsberufe, Arztpraxen und Pflegedienste vereinen. Vor allem die Menschen in dünn besiedelten Gebieten könnten wohnortnah effizienter versorgt werden.

Je besser dies gelinge, desto eher könnten stationäre Aufenthalte vermieden werden. Hier bestehe dringender Handlungsbedarf, so der Barmer-Chef und verwies in seinen weiteren Ausführungen darauf,

dass diese vorgeschlagene Lösung der sektorenübergreifenden Einrichtungen zwar eine wichtige Stellschraube sei, um die Versorgung zu verbessern, aber auch nicht die einzige. Entsprechend lautete seine Forderung: „Zunächst einmal sollten Bund, Länder und Kommunen die Angehörigen Pflegebedürftiger noch stärker unterstützen.“ Denn sie seien die wichtigste Stütze der Langzeitpflege. Zudem fühlten sich die Betroffenen im häuslichen Umfeld am wohlsten. „Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, pflegende Angehörige weiter zu unterstützen, zu qualifizieren und anzuleiten“, hob Straub hervor.

Doch auch an dieser Stelle schränkte der Barmer-Chef seine Aussage wieder ein, denn klar sei auch, dass Angehörige die Pflege nicht immer in Gänze übernehmen könnten – was aufgrund der hohen Anzahl Pflegebedürftiger nicht möglich sei, wie die Ergebnisse des aktuellen Pflegereports verdeutlichten. „Knapp ein Viertel der Krankenhauspatienten war demnach im vergangenen Jahr vor der Aufnahme in die Klinik pflegebedürftig“, berichtete Straub. „Rund 275.000 Menschen beziehungsweise 1,9 Prozent der Krankenhausaufenthalte wurden dies unmittelbar im Anschluss an



die stationäre Behandlung.“ Eine Lösung, um eine bessere Versorgung zu gewährleisten, könnte darin liegen, dass die Kliniken die Kranken- und Pflegekassen regelhaft über die Entlassung eines Patienten informieren, schlug Straub vor. „Möglich wäre dies im Rahmen des digitalen Datenaustauschs.“

Auch das Thema Kurzzeitpflege spiele gerade auch bei neu Pflegebedürftigen eine wichtige Rolle. Sie helfe nicht nur dabei, die Zeit bis zum Wechsel in eine stationäre Pflege zu überbrücken, sondern könne darüber hinaus den Angehörigen die nötige Zeit verschaffen, die dauerhafte Pflege zu Hause entsprechend vorzubereiten und zu organisieren. Auch in dem Kontext appellierte der Barmer-Chef an die Verantwortung der Bundesländer, den Ausbau der Kurzzeitpflege stärker zu fördern.

#### **Effizienterer Einsatz der vorhandenen Ressourcen**

Zum Schluss seiner Ausführungen betonte Straub, dass auch die besten Strukturen das grundsätzliche Problem der Pflege nicht lösen könnten, nämlich den Fachkräftemangel, der sich in Deutschland seit vielen Jah-

ren auch in der Pflege bemerkbar mache. „Bessere Arbeitsbedingungen und mehr Geld allein werden diesen Mangel nicht beheben“, so Straubs Überzeugung. Der Pflegeberuf müsse vielmehr nachhaltig aufgewertet werden. Gut ausgebildete Pflegekräfte könnten ärztliche Leistungen übernehmen, wo es sinnvoll und möglich sei. Und Straub weiter: „Angesichts des Personalmangels müssen vorhandene Ressourcen effizienter eingesetzt werden.“

Weitere Ergebnisse des Reports mit dem Schwerpunktkapitel „Krankenhausversorgung von Pflegebedürftigen und deren Folgen für den weiteren Pflegeverlauf“ präsentierte Studienautor Prof. Dr. Heinz Rothgang von der Universität Bremen. Nach den Hochrechnungen der Barmer-Daten sind im Jahr 2022 rund 276.000 Personen im Monat einer Krankenhausaufnahme pflegebedürftig geworden. Die Zahl der Krankenhaufälle prävalent Pflegebedürftiger lag bei 3,45 Millionen im Jahr 2022. Zusammengefasst sei jeder vierte Krankenhausfall im Jahr 2022 durch eine inzident oder prävalent pflegebedürftige Person verursacht. Im Jahr 2022 sind laut Report insgesamt 1,11 Millionen Menschen pflegebedürftig geworden. „Somit ist im Jahr 2022 jede vierte Pflegeinzidenz mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden“, stellte Rothgang fest.

Dabei sei ein Teil der Krankenhausbehandlungen durchaus vermeidbar. Zwei Gruppen von Experten haben sich nach den Ausführungen von Rothgang damit beschäftigt und im Konsens anhand von Entlassungsdiagnosen ambulant-sensitive (ASK) bzw. Pflegeheim-sensitive (PSK) Krankenhausfälle definiert, bei denen unterstellt werden könne, dass sie bei entsprechender Versorgung hätten vermieden werden können. „Werden diese Definitionen zugrunde gelegt und die entsprechenden Diagnosen ausgezählt, zeigt sich, dass die Zahl der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle von Pflegebedürftigen von 0,89 Millionen im Jahr 2017 auf 1,07 Millionen im Jahr 2022 gestiegen ist, und die Zahl der Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfälle sogar von 1,14 Millionen auf 1,31 Millionen angewachsen ist“, fasste Rothgang die Ergebnisse zusammen. „Somit ist inzwischen jeder vierte Krankenhausfall von pflegebedürftigen Personen ein potenziell vermeidbarer Krankenhausfall.“ Besonders häufige Diagnosen, die sowohl zu den ASK als auch zur den PSK gezählt würden und zudem überproportional häufig bei Pflegebedürftigen Anlass des Krankenhausaufenthalts waren, seien Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-Code E11), Volumenmangel (ICD-Code E86), Herzinsuffizienz (ICD-Code I50), sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung (ICD-Code J44) und sonstige Krankheiten des Harnsystems (ICD-Code N39).

„Wer nach einem Krankenhausaufenthalt pflegebedürftig wird, liegt zuvor länger in der Klinik. Im Vergleich zu nicht pflegebedürftigen Patienten sind das durchschnittlich 3,4 Tage mehr. Das liegt insbesondere an der Schwere der Grunderkrankung“, sagte Rothgang. Auch wer bereits pflegebedürftig ins Krankenhaus komme, müsse dort mit bis 2,7 Tagen mehr rechnen. Ein weiterer Faktor für eine verzögerte Entlassung aus der Klinik sei, dass die Pflege zuhause oft erst organisiert werden müsse. Der stationäre Aufenthalt verlängere sich sogar um mehr als sechs Tage, wenn ihm eine Kurzzeitpflege folge. Rothgang resümierte: „Krankenhausaufenthalte verlängern sich deutlich, wenn die Pflege danach erst organisiert werden muss. Deshalb ist die Kurzzeitpflege so wichtig. Sie hilft insbesondere dabei, die Zeit bis zum Wechsel in ein Arrangement mit einem höheren Anteil formeller Pflege zu überbrücken.“

# PROFIL



Dr. h. c. Helmut Hildebrandt Foto OptiMedis AG

Man muss nicht im Schwarzwald gewesen sein, um das Kinzigtal zu kennen. Wer im Gesundheitswesen unterwegs ist, dem ist das Tal schon mal begegnet – genauso wie der Initiator des Projektes „Gesundes Kinzigtal“, das 2006 als Integriertes Versorgungsmodell an den Start ging. Innovative Projekte und Netzwerke, bei denen eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung im Fokus steht, hat er schon einige auf den Weg gebracht. Seine Passion ist der Einsatz für eine di-

versifizierte regionale Versorgung: Als Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG ist Dr. h. c. Helmut Hildebrandt Vordenker für das Gesundheitssystem der Zukunft. Dabei lautet das Motto „Gesundheit für Jeden“. Ziel ist die Entwicklung evidenzbasierter, interprofessioneller Versorgungsstrukturen und Interventionen, damit alle Menschen einer Region so gesund wie möglich leben können und die Versorgenden entlastet werden.

**Herr Hildebrandt, Sie arbeiten im Gesundheitswesen: Wie sind Sie da „hineingeraten“ und was fasziniert Sie an diesem Bereich?**

Als Jugendlicher habe ich in der Apotheke meines Vaters mitgearbeitet und erlebt, mit welchen gesundheitlichen Alltagsproblemen die Menschen im Werra-Meißner-Kreis zu kämpfen hatten. Dieser unmittelbare Kontakt hat mich nicht wieder losgelassen. Gleichzeitig hat die 68er-Bewegung der Studenten meinen Blick auf die gesellschaftlichen Ursachen von Erkrankungen gelenkt.

**Wo haben Sie sich gesehen, als Sie die Schule beendet haben?**

Letztendlich habe ich mich für ein Studium der Pharmazie entschieden, aber meine Neigungen gingen auch in Richtung Soziologie (was ich auch ein paar Semester nebenher mitstudiert habe), Politik, Psychologie sowie Chemie, Physik und Mathematik. Für mich wäre eigentlich ein Studium Generale spannend gewesen. Das gab es aber nicht. Deshalb habe ich dann die naturwissenschaftlichen Bereiche in der Pharmazie als Basis genommen und alles andere in meiner Freizeit gemacht. Ich wusste, damit kann ich später meinen Lebensunterhalt im Zweifel absichern und parallel machen, was mir gefällt.

**Welche Station Ihres bisherigen Berufslebens hat Sie am meisten geprägt?**

Ich hatte das Glück, nach meinem Studium mit dem Zivildienst Gesundheitsprojekte mit Kindern und ihren Eltern im Frankfurter Ostend starten zu können und damit den erweiterten bio-psychozialen Gesundheitsbegriff auch in der konkreten Arbeit mit Kindern und Eltern aller sozialen Schichten wirklich erfahren zu können. „Wenn ich traurig bin, dann bin ich auch krank“, so lautete der Ausspruch eines marokkanischen Jungen, den ich auch zum Titel eines Buches gemacht habe. Dadurch kam ich dann in Verbindung mit der WHO-Euro, für die ich über mehrere Jahre immer wieder tätig war, so dass ich in viele Gesundheitssysteme weltweit hineinschauen konnte. Diese Mischung aus praktischer Arbeit „ganz unten“ in der Versorgung und der Blick auf die Gesundheitssysteme „ganz oben“ hat mich eigentlich immer begleitet, ob in der Geschäftsführung von Krankenhäusern, in der Entwicklung von „Gesundes Kinzigtal“ und dem Gesundheitskiosk in Billstedt/Horn, in der Beratung von Krankenhäusern, Arztpraxen, Krankenkassen und Ministerien/Politik oder in unseren neuen (Forschungs-) Projekten, national und international. Auch die Erfahrung, zwei Jahre in einem Parlament gewesen zu sein – in diesem Fall in der Hamburger Bürgerschaft –, möchte ich nicht missen. Das kann ich jedem nur empfehlen, denn das erdet sehr gut.

**Wann haben Sie Ihre aktuelle Position angetreten und was war Ihre Motivation dazu?**

Mit der Beratung der damaligen Gesundheitsministerin Andrea Fischer bei der Entwicklung der Gesundheitsreform 2000 hatten wir schon die Startmöglichkeiten für regionale Versorgungslösungen angeschoben. Schnell merkte ich aber, dass sich wirklich ambitionierte Lösungen nicht aus der Position als Berater heraus aufbauen ließen. Dafür musste man schon selber „skin in the game“ geben, also auch eigenes unternehmerisches Risiko eingehen. Deshalb gründete ich 2003 neben der bereits bestehenden Beratungsfirma die OptiMedis AG mit dem Ziel, mich mit eigenem Investment

und als Partner an neuen Lösungen zu beteiligen und nicht nur als Berater.

**Welches Projekt, das momentan auf Ihrem Schreibtisch liegt, ist Ihnen besonders wichtig?**

Eine ganz entscheidende Schwachstelle unseres Gesundheitssystems ist die auf die einzelnen Sektoren ausgerichtete bürokratische Überregulierung, die Motivation und Eigeninitiative behindert und die Akteure an den Rand der Verzweiflung und Resignation bringt. Jegliche Veränderung wird damit so schwer gemacht. Deshalb engagiere ich mich im Moment vermehrt auf der Politik- und Verbands-Ebene. Ich möchte mit den Gesundheitskiosken und den Gesundheitsregionen mehr Freiräume schaffen, damit die vielen Menschen aus den unterschiedlichsten Berufsgruppen in einer Region ihre eigenen Kooperationen entwickeln können. Deutschland ist nun mal nicht überall gleich – die Bevölkerung und die Morbidität in Nordhessen ist ganz anders als in einer Großstadt und auch dort gibt es von Stadtteil zu Stadtteil andere Bedingungen. Zusätzlich zu dem Blick auf den einzelnen Patienten müssen wir die Ausrichtung auf die jeweilige regionale Bevölkerung und die dazu gehörenden unterschiedlichen Gruppen lenken. Wenn wir für sie geeignete Organisationsformen entwickeln, können wir die lokale Gesundheit wirklich fördern und die Gesundheitsversorgung in ihrer Breite sichern. Dazu brauchen wir aber alle Berufe in ihren jeweiligen Kompetenzen gleichberechtigt nebeneinander.

**Welche Frage im Bereich Pflege treibt Sie schon lange um und konnte noch nicht zu Ihrer Zufriedenheit beantwortet werden?**

Ein Freund aus den USA sagte mir einmal, dass er unter anderem deshalb ausgewandert sei, weil er das deutsche Gesundheitssystem als zu sehr militärisch geprägt empfunden hatte. In den USA hätte er die Kooperation zwischen den Berufsgruppen genauso wie zwischen „Anfängern“ und „Fortgeschrittenen“ als sehr viel offener und zugewandter erlebt. Ich glaube, das ist ein ganz entscheidender Faktor für die Erhaltung von Arbeitsfreude und damit für die Gewinnung der Fachkräfte, die wir für die Zukunft brauchen. Aktuell werten wir gerade für den nächsten DAK-Pflegebericht Daten zur Gesundheit von Pflegenden aus. Ich bin sehr gespannt, was dabei herauskommt.

**Sie sind Bundesgesundheitsminister. Welchen Gesetzentwurf bringen Sie morgen in den Bundestag ein?**

Der (vorher im breiten Dialog vorbereitete) Gesetzentwurf lautet „So sichern wir unsere Gesundheit für die Zukunft“ und enthält eine Zielsetzung, bis wann 25 Prozent und bis wann 75 Prozent der deutschen Bevölkerung durch Verträge für Innovative Gesundheitsregionen in ihrer Gesundheit besser unterstützt und in ihrer Versorgung gesichert werden. Mit einem „Nationalen Aktionsplan“ werden Anreize für alle Akteure in den Regionen, in den Landesgremien und in den Krankenkassen geschaffen, um sich für eine bessere Kooperation und Integration auf den Weg zu machen. Die Bürger werden regional nicht mehr als Objekte der Planung, sondern als Mitakteure einbezogen und die Lust auf die Tätigkeit in den Gesundheitsberufen gestärkt. In eine erfolgreiche Primär- wie Sekundärprävention und adäquate Versorgungseinrichtungen wird investiert werden können, weil klar ist, dass die daraus entstehenden Einsparungen gegenüber der althergebrachten „normalen“ Versorgung auch wieder denen zugutekommen, die die Veränderungen initiiert und finanziert haben.

# Wider den Frustpegel

Am 2. Februar hat der Bundesrat eine EntschlieÙung gefasst, um die Leiharbeit in der Pflege zu reduzieren. In zehn Punkten wird der Verbesserungsbedarf aufgezeigt und Maßnahmen zur Abhilfe vorgeschlagen; diese wurden der Bundesregierung übersandt. Während die Politik seit mehreren Jahren Lösungen diskutiert, haben die Kliniken Beelitz das Heft selbst in die Hand genommen und sind aus dem Leasing-System ausgestiegen. „Mit der Entscheidung haben wir ein kleines Erdbeben hier in der Region ausgelöst“, erklärt Enrico Ukrow, Geschäftsführer der Kliniken Beelitz, die Teil des Recura Klinik Verbundes sind. Wie das Unternehmen dabei vorgegangen ist und welche Herausforderungen zu bewältigen sind, erklären Pflegedirektor Nico Kleine-Knefelkamp und Enrico Ukrow.

**Wie sind die Kliniken Beelitz zu dem Entschluss gekommen aus dem Leasing-Modell auszusteigen?**

**Enrico Ukrow:** Für diese Entscheidung muss man zwei Ebenen betrachten: Zum einen die finanzielle beziehungsweise kaufmännische Seite. Diese war allerdings nicht das hauptausschlaggebende Argument, sondern im Vordergrund stand die Sorge um die Akzeptanz und Mitnahme der Mitarbeitenden bei diesem Projekt.

**Nico Kleine-Knefelkamp:** Tatsächlich kam der Anstoß dazu, aktiv mit dieser Idee auf die Geschäftsführung zuzugehen, von den Stationsleitungen. Die Stationen der Neurologischen Fachkliniken hier am Standort Beelitz-Heilstätten trugen an uns heran, dass deren Mitarbeitende beim Thema permanente Einarbeitung neuer Leasing-Kollegen zunehmend unzufrieden wurden.

Denn dort wurde sehr viel Zeit investiert, die nicht im Verhältnis zur praktischen Einsatzdauer der Leasing-Kräfte stand. Hinzu kam, dass vorhandene Leasing-Kräfte auch aktiv für ihren Arbeitgeber geworben haben und uns – zum Teil sehr erfolgreich – unsere Mitarbeiter abgeworben haben. Am Ende mussten wir zudem teilweise das nehmen, was wir von den Leasing-Firmen an Personal bekamen. Da wurden seitens der Arbeitnehmerüberlassung manchmal Qualifikationen und berufliche Erfahrungen suggeriert, die nicht den Tatsachen entsprachen.

**Wie meinen Sie das?**

**Kleine-Knefelkamp:** Ein Beispiel: Vermittelt wurde uns eine Pflegefachkraft mit „ausgezeichneter Erfahrung im Umgang mit intensivpflichtigen Patienten und versierten Fähigkeiten in der Pflege beatmungspflichtiger Patienten“. Im tagesaktuellen Pflegegeschehen auf der Station stellte sich jedoch die Frage, wie lange die Pflegefachkraft denn bereits ihren Abschluss habe. Die Antwort war: „Seit zwei Monaten.“ Das passt nicht! Nur weil jemand ein Praktikum auf der Intensivstation gemacht hat zu sagen, diese sei „versierte Pflegefachkraft“ in dem Sektor, ist ungeheuerlich.

**Hat man da eine Handhabe gegen die Leasing-Firma?**

**Kleine-Knefelkamp:** Nein, wir haben einmal

versucht aus dem Vertrag auszusteigen, das war aber erfolglos. Auch wenn die Kolleginnen oder Kollegen, die per Arbeitnehmerüberlassung gebucht wurden, krank sind, oder gekündigt haben, ist die Firma nicht verpflichtet, einen Ersatz zu schicken. Dann mussten unsere Leute wieder einspringen, deren Motivation nachvollziehbarerweise sehr gering war.

2011 hatte ich das erste Mal Berührung mit der Buchung von Leasing-Kräften, da war es noch so, dass der Bedarf abgefragt wurde und dieser von der Leasingfirma personell bedient wurde. In den letzten zwei Jahren ist die Entwicklung dahin gegangen, dass wir die Kapazitäten der Firma gemeldet bekamen, sprich die Wünsche der Leasing-Kräfte, und entweder wir haben sie ihrem Wunsch gemäß eingesetzt oder sie sind woanders hingegangen. Wir mussten unsere Kolleginnen und Kollegen drumherum bauen, was natürlich dazu geführt hat, dass unsere Belegschaft sich mit den unbeliebten Diensten abfinden musste. Das schürt Unmut.

**Ukrow:** Der zweite gewichtige Punkt ist die fehlende Identifikation mit dem Unternehmen. Wir sind selbstverständlich nicht deren Arbeitgeber, aber so nach zwei, fünf oder acht Monaten kann man ein gewisses Zugehörigkeitsgefühl doch erwarten. Im Gegenzug muss man sagen, dass wir auch wirklich tolle, individuelle Leasing-Kräfte hatten, die wir gerne dauerhaft an uns binden würden, aber das Problem ist eben das Leasingmodell im Krankenhaus an sich.

**Und wie war die Bewertung auf der kaufmännischen Ebene?**

**Ukrow:** Auf der kaufmännischen Ebene hatten wir schon lange die explodierenden Leasingkosten im Blick. Zum Teil mussten wir für Leasing-Kräfte – manchmal ohne entsprechende Qualifikation – 80 Euro pro Stunde bezahlen. Das waren zwar Spitzen; im Durchschnitt lagen wir in den letzten Wochen bei 60 bis 65 Euro pro Stunde pro Fachkraft, was so nicht tragbar ist. Hinzu kommt die Umsatzsteuer und wir standen vor der Herausforderung, dass wir die vollen Leasingkosten nicht mehr zu 100 % von der Krankenkasse im Rahmen des Pflegebudgets refinanziert bekommen. Der Deckel liegt ja in der Regel bei normalen Tarifabschlüssen im Krankenhaus. Und mit den Spitzen Richtung 80 Euro standen wir vor dem Problem,



Geschäftsführer der Kliniken Beelitz, Enrico Ukrow. Foto: Karoline Wolf



Pflegedirektor der Kliniken Beelitz, Nico Kleine-Knefelkamp. Foto: Kliniken Beelitz

dass wir das mit den Kassen so nicht mehr verhandelt bekommen.

#### Gibt es weitere Gründe?

**Ukrow:** Ein weiterer Aspekt ist, dass die Leasing-Kräfte sofort bezahlt werden müssen. Das heißt, wenn die zuständige Arbeitnehmerüberlassungsfirma die Rechnung stellt, müssen Sie innerhalb von 14 Tagen ausgleichen. Und zwar wie gesagt einen Betrag, von dem man nicht weiß, wie viel man refinanziert bekommt. Die Verhandlungen mit den Krankenkassen haben dahingehend noch nicht stattgefunden. Aber von einer 100-Prozent-Deckung ist nicht auszugehen.

**Kleine-Knefelkamp:** Ich möchte ergänzen, welcher gigantischer administrativer Aufwand das Leasing mit sich bringt: Rechnungsprüfung, Rechnungsfreigabe, 4-Augen-Prinzip, Personaleinsatzplanung, Umshiften und die Kommunikation aus der Pflegedirektion heraus mit den Leasing-Kräften und Firmen. Teilweise mussten wir auch Wohnraum für die Kräfte vorhalten. Das bindet unglaubliche Ressourcen.

#### Von welcher Größenordnung reden wir denn in Sachen Personalkosten für Leasing-Kräfte?

**Ukrow:** In den Planungen für 2023 mussten wir in den Hochrechnungen unterjährig eine Größenordnung zwischen 3,5 und 4 Millionen Euro für Leasing-Aufwendungen einplanen. Das war der Stein des Anstoßes über das Modell an sich nachzudenken – und zeitgleich kam der Hinweis von der Pflegedirektion über die Systemwechselfähigkeit der Mitarbeitenden, was wir zum Anlass genommen haben im Rahmen der Wirtschaftsplanung für 2024 unterschiedliche Szenarien zu rechnen.

Ergebnis war: Wenn wir den Schritt wagen, Leasing-Kräfte aus unserem System herauszunehmen, bedeutet das unterm Strich zwar Umsatzeinbußen, sprich Erlöseinbußen, weil wir die Bettensituation in der Form nicht mehr aufrecht erhalten können, aber mit kleineren Umsteuerungen innerhalb des Prozesses im Krankenhaus kann es uns gelingen, den Umsatzverlust nicht ganz aufzufangen, aber die Ergebnissituation einigermaßen aufrecht zu erhalten.

#### Wie war das weitere Vorgehen nach dieser betriebswirtschaftlichen Sondierung?

**Ukrow:** Mit diesen Szenarien sind wir in die Diskussion gegangen – wir müssen den Wirtschaftsplan vor unserem Konzern, der Recura Holding, letztlich verteidigen – sind dort jedoch auf offene Ohren gestoßen. Danach war es für uns nur noch ein kleiner Schritt in die Umsetzung zu gehen und so sind wir zum 1. Januar dieses Jahres damit gestartet. Mit der Anpassung der Belegungssituation mussten wir natürlich einige Monate vorher beginnen, denn 15 bis 20 Betten lassen sich nicht von jetzt auf gleich abbauen. Unsere Klientel hat eine längere Verweildauer, als man das von normalen Akut-Häusern kennt. Wir reden hier von 40 bis 60 Tagen, insofern muss das entsprechend vorbereitet sein. Und die ersten Tage in 2024 sehen gut aus. Die Belegungskapazitäten, die wir vorgegeben haben, können wir halten.

### Die intrinsische Motivation der Mitarbeitenden ist viel höher, wenn man die eigenen Leute vertritt.

**Also ist auch die Bereitschaft der Mitarbeitenden hoch beziehungsweise nun höher, im Krankheitsfall einzuspringen?**

**Kleine-Knefelkamp:** Genauso ist es. Die intrinsische Motivation der Mitarbeitenden ist viel höher, wenn man die eigenen Leute vertritt. Wenn wir jemanden ersetzen mussten, der bei uns keinen Arbeitsvertrag hat, ist die Motivation einfach geringer.

#### Wo sehen Sie denn jetzt herausfordernde Aspekte?

**Kleine-Knefelkamp:** Einige Mitarbeitende haben daran gezweifelt, dass wir das neue Konzept auch wirklich umsetzen. Diesen Vorbehalt konnten wir aber entkräften und sind damit letzten November live gegangen. Wir haben eine Dienstvereinbarung darüber, den Dienstplan 12 Wochen im Voraus zu schreiben und die Personaleinsatzplanung muss aus dem Team heraus – ohne Leasing-Kräfte – an die reduzierte Bettensituation angepasst werden.

Ich habe zwischen den Feiertagen von den Sta-

tionen die Rückmeldung bekommen, dass die Kolleginnen und Kollegen sehr kooperativ und wohlwollend dem System gegenüberstehen und die Dienstpläne im kollegialen Austausch ändern, damit die Patientenversorgung gesichert ist. Das spricht für diese Entscheidung. Aber die nächsten Monate werden spannend: Wir müssen das System etablieren und wir stehen mit dem Projekt unter Beobachtung – intern wie extern.

#### Sehen Sie die Gefahr, dass das System kippt?

**Kleine-Knefelkamp:** Corona zum Jahreswechsel war die erste Nagelprobe. Da hatten wir in der Belegschaft viele Ausfälle, die jedoch alle kompensiert werden konnten. Der Wunsch, ohne Leasing-Kräfte arbeiten zu können, ist groß. Das ist die beste Voraussetzung. Und die möglichen negativen Aspekte betrachte ich erst einmal aus der Ferne.

**Ukrow:** Wir haben im Herbst bereits damit begonnen, unsere Dienstvergütung anzuheben, um den Prozess zu initiieren und die Kollegen zu motivieren, auch ausgefallene Dienste innerhalb des Springerpools zu übernehmen. Das hatte den gewünschten positiven Effekt; und das Geld bleibt im System Kliniken Beelitz. Auch andere Angebote wie zum Beispiel Schichturlaub sind jetzt möglich, da wir externe Leasing-Kräfte nicht an solchen Maßnahmen beteiligen müssen.

#### Sie blicken also positiv gestimmt in die Zukunft.

**Ukrow:** Unbedingt. Es gab eine intensive thematische Auseinandersetzung mit dem Betriebsrat, bei der wir letztlich zu einem guten Ergebnis kamen. Das Modell eröffnet natürlich auch die Möglichkeit, dass sich Leasing-Kräfte aus der Region unter diesen Bedingungen für eine dauerhafte Anstellung bei uns bewerben. Die sparen sich nämlich mitunter eine lange Fahrtzeit nach Berlin. Wir konnten erst kürzlich zwei ehemalige Leasing-Kräfte einstellen und die haben bestätigt, dass uns deren Kolleginnen und Kollegen im Blick haben.

Auch wenn das Wort „Wertschätzung“ im Pflegekontext manchmal überstrapaziert wird, ist das für uns ein ganz wichtiger Aspekt für diesen Systemwechsel, der uns hoffentlich auch ein weiter wachsendes Vertrauen der Belegschaft entgegenbringt.



Elisabeth Scharfenberg. Foto: Flo Miedl

Das vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention geförderte Projekt „Pflege 2030“ startete im Oktober 2022.

Erforscht werden soll dabei, wie die Pflegequalität langfristig gesteigert und zugleich die Zufriedenheit des Personals erhöht werden kann. Partner des Projekts ist die Korian Deutschland GmbH mit ihrer Pflegeeinrichtung „Haus Curanum Karlsfeld“, in der in Echtzeit geforscht wird. Nun wurde ein Zwischenbericht des Modellprojekts veröffentlicht. „Monitor Pflege“ sprach mit Elisabeth Scharfenberg, Vorständin der Korian Stiftung, über die zentralen Ergebnisse sowie die langfristigen Ziele der „Pflege 2030“.

# Nutzen schaffen für alle

**Frau Scharfenberg, die Korian Stiftung für Pflege und würdevolles Altern hat vor einem Jahr das Modell-Projekt „Pflege 2030“ gestartet. Was war Ihre Motivation für dieses Projekt?**

Die Motivation für das Projekt „Pflege 2030“ liegt darin, ein zukunftsweisendes Beispiel für Pflegeeinrichtungen zu entwickeln. Insbesondere richtet sich unser Fokus auf die stationäre Langzeitpflege, wo ein erheblicher Handlungsbedarf besteht. Das Projekt nimmt die Pflegeeinrichtung Haus Curanum Karlsfeld im Landkreis Dachau als Modell, um eine Pflege zu gestalten, die sowohl quantitativ als auch qualitativ den Bedürfnissen entspricht. Durch die Integration digitaler Pflegetechnik und die Erforschung sowie Optimierung der Personalbemessung strebt das Projekt an, das Älterwerden in der stationären Pflege würdevoll zu gestalten und die Arbeitssituation für die Mitarbeitenden zu entlasten und zu verbessern.

**Welche Ziele stehen im Fokus?**

Das übergeordnete Ziel besteht darin, das gesamte Projekt im Hinblick auf die Pflegequalität umfassend zu evaluieren. Als Ergebnis sollen modulare Handreichungen erstellt werden, die anderen Pflegeeinrichtungen als Blaupause dienen können, um selbst eine entsprechende Umsetzung zu ermöglichen.

**Was ist an Ihrem Modellprojekt besonders und unterscheidet sich von anderen Herangehensweisen und Projekten beim Thema Pflege?**

Derzeit gibt viele Projekte, die sich mit der neuen Personalbemessung oder der Digitalisierung beschäftigen. Wir sind jedoch die ersten und einzigen, die über so einen

langen Zeitraum in einer Modelleinrichtung digitale Innovationen erproben und dazu mit einem neuen Personalkonzept arbeiten, begleitet von der Wissenschaft – und das alles in Echtzeit. Das macht „Pflege 2030“ einzigartig. Wir sind sehr dankbar, dass das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention unser Projekt fördert und damit überhaupt erst möglich gemacht hat.

**Im Dezember des vergangenen Jahres haben Sie ein erstes Zwischenfazit veröffentlicht. Was sind Ihrer Einschätzung nach die zentralen Ergebnisse?**

Das erste Zwischenfazit des Projekts „Pflege 2030“ offenbart entscheidende Erkenntnisse aus der initialen Analyse- und Konzeptphase. In dieser ersten Etappe, die ein Jahr dauerte, stand die intensive Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen und Meinungen der Belegschaft im Vordergrund. Interviews wurden mit Mitarbeitenden aus verschiedenen Bereichen, darunter Pflege, Betreuung, Verwaltung, Technik und Küche, geführt. Das Ziel war es, subjektive Einschätzungen und Wünsche hinsichtlich der Integration neuer digitaler Technologien zu erfahren und die Ängste vor einer Veränderung des Personalschlüssels zu nehmen.

**Was ist ebenfalls wichtig?**

Für uns ist die Einbindung der Belegschaft und die offene Kommunikation ein zentraler Punkt und von immenser Bedeutung. Das heißt, es wird viel mit den Mitarbeitenden gesprochen, sie sollen teilhaben an dem Projekt – schließlich geht es um sie und ihre Arbeit. Das ist ein partizipativer Ansatz, mit einer überwältigend positiven Resonanz. Dadurch, dass die Mitarbeitenden in den Prozess

eingebunden werden, konnten zum Beispiel auch Bedenken bezüglich des neuen Personalschlüssels ausgeräumt werden.

Außerdem wurden im Dialog während dieser Phase zwölf Technologien identifiziert, die in diesem Jahr prototypisch in der Projekteinrichtung eingesetzt und erprobt werden sollen. Dies markiert den Übergang zur zweiten Projektphase, der „Implementierung“, die gleichzeitig mit dem Ende des ersten Projektjahrs begann. Dafür wurden technische Voraussetzungen geschaffen, darunter die Anbindung an das Glasfasernetz und die Anpassung der WLAN-Ausleuchtung im gesamten Haus an die Vielzahl der Technologien, die eine Internetanbindung benötigen.

#### **Wo liegt der Fokus der beiden kommenden Förderjahre?**

Mit dem Aufbau der technischen Grundlagen geht die Rekrutierung und Ausbildung zusätzlicher Pflege- und Pflegeassistenten einher. Die kommenden beiden Förderjahre konzentrieren sich nun auf die Integration neuer Organisationsstrukturen und -prozesse, die Einführung und Integration verschiedener Technologien in die Arbeitsabläufe sowie eine abschließende Bewertung anhand von Erhebungsdaten, die im Projektverlauf zu verschiedenen Zeitpunkten gesammelt wurden.

Und natürlich werden alle Ergebnisse genutzt, um an einzelnen Stellschrauben zu drehen und Methoden zu optimieren. Unser Ziel ist es, ein Exempel zu statuieren und zu zeigen: So kann es gehen, so ist Pflege zukunftsfähig. In diesem Prozess ist uns übrigens jeder Stolperstein willkommen. Das gibt uns die Möglichkeit, diese aus dem Weg

zu räumen. Jedes Problem, das wir identifizieren und lösen, muss von anderen Pflegeeinrichtungen nicht mehr angepackt werden.

#### **Welchen Stellenwert nehmen digitale Pflege-Unterstützungsprogramme oder Pflege-Apps in Ihrem Projekt ein? Sind sie ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Pflege der Zukunft?**

Auf jeden Fall spielen digitale Hilfsmittel eine wichtige Rolle in der Pflegearbeit. Das wissen alle in der Branche, doch was tut sich da wirklich? Oft hapert es schon am WLAN. Und wenn es kein Internet gibt, kann man nicht mit Apps arbeiten, die zum Beispiel die Pflegedokumentation erleichtern. Die Pflege muss sich digital aufstellen. Schon allein, weil es bis 2030 eine Versorgungslücke von über 14.000 Vollzeitkräften in der ambulanten und in der stationären Altenpflege sogar von fast 50.000 Fachkräften geben wird. Die Babyboomer sind auf dem Weg in die Rente.

Die Pflegearbeit kann also auch durch digitale Hilfsmittel attraktiver und dazu erleichtert werden. Es müssen die Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden – und das machen wir gerade im Haus Curanum Karlsfeld.

#### **Das Modellprojekt wird von Professor Heinz Rothgang von der Universität Bremen mit seinem Team sowie dem Fraunhofer Institut für Integrierte Schaltungen IIS in Erlangen wissenschaftlich begleitet. Findet am Projektende eine wissenschaftliche Evaluation statt, die dann auch veröffentlicht wird?**

Genau das ist das Ziel: Nicht nur am Ende zu evaluieren, sondern auch zwischendrin. Das ist wichtig, damit wir an den Stellschrauben nachjustieren können. Und es wird am Ende von „Pflege 2030“ eine

modulare Handreichung geben, die für alle zugänglich gemacht wird und ermöglicht, dass andere Pflegeeinrichtungen dem Projekt „Pflege 2030“ folgen können.

#### **Vom Modell in die reale Versorgung: Was versprechen Sie sich konkret von Ihrem Projekt für die reale Versorgungssituation? Wie kann man es schaffen, dass wichtige Erkenntnisse, die Sie mit „Pflege 2030“ gewinnen, auch großflächig in der Versorgung ankommen und andere Institutionen sowie Pflegeheime von Ihren Erfahrungen profitieren können?**

Im Grunde ist es doch ganz klar: Wir bieten mit all den Dingen, die wir im Haus Curanum Karlsfeld umsetzen, das beste Beispiel dafür, wie ein Change-Prozess innerhalb einer stationären Pflegeeinrichtung umgesetzt werden kann.

Wir leben vor und dokumentieren, was alles gemacht wurde, sowohl auf technischer wie auch personeller Ebene.

Natürlich ist so ein Change-Prozess nicht einfach, aber wenn man eine neue Organisationsstruktur aufbauen will, kann man unsere Handreichung nutzen und sehen, wie es gehen kann. Und selbstverständlich sind wir auch während der Projektlaufzeit und auch nach „Pflege 2030“ für Gespräche offen. Kommunikation und Transparenz sind uns hier sehr wichtig, denn unser Ziel ist, dass alle profitieren können.

#### **Frau Scharfenberg, vielen Dank für das Gespräch.**

## BDO/DKI-Studie

# Mehr Weselsky wagen?

Die größte Herausforderung in der stationären Krankenhausversorgung bleibt der Fachkräftemangel in der Pflege, wie aus der Studie „Personalnotstand im Krankenhaus – Quo vadis?“ der BDO Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) hervorgeht. Fast 94 % der deutschen Krankenhäuser haben Schwierigkeiten, offene Stellen auf den Allgemeinstationen zu besetzen. Auf drei Vierteln der Intensivstationen fehlen qualifizierte Pflegekräfte, und in zwei Dritteln der Krankenhäuser mit Pädiatrie sind Stellen in der Kinderkrankenpflege unbesetzt.

Die BDO/DKI-Studie 2023 zur Krankenhausversorgung in Deutschland betont den Fachkräftemangel als zentrale Herausforderung. In der Studie wurden 111 Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten befragt. Krankenhäuser unter 50 Betten wurden nicht einbezogen. Die Befragung wurde von Juli bis September 2023 durchgeführt und von den Geschäftsführungen der Krankenhäuser ausgefüllt. Die Ergebnisse sind repräsentativ und zeigen, dass der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen dringend bewältigt werden muss.

In den von Stellenbesetzungsproblemen betroffenen Krankenhäusern sind 8 % der Vollzeitstellen auf den Allgemeinstationen unbesetzt, während jeweils 12 % der Stellen in der

Intensivpflege und der Kinderkrankenpflege vakant sind. Dies sind alarmierende Zahlen, die die Dringlichkeit des Problems verdeutlichen.

Der Fachkräftemangel in der Pflege hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Im Jahr 2016 hatten beispielsweise nur etwa die Hälfte der Kliniken Probleme bei der Besetzung von Stellen in der Pflege auf Allgemeinstationen und in der Intensivpflege.

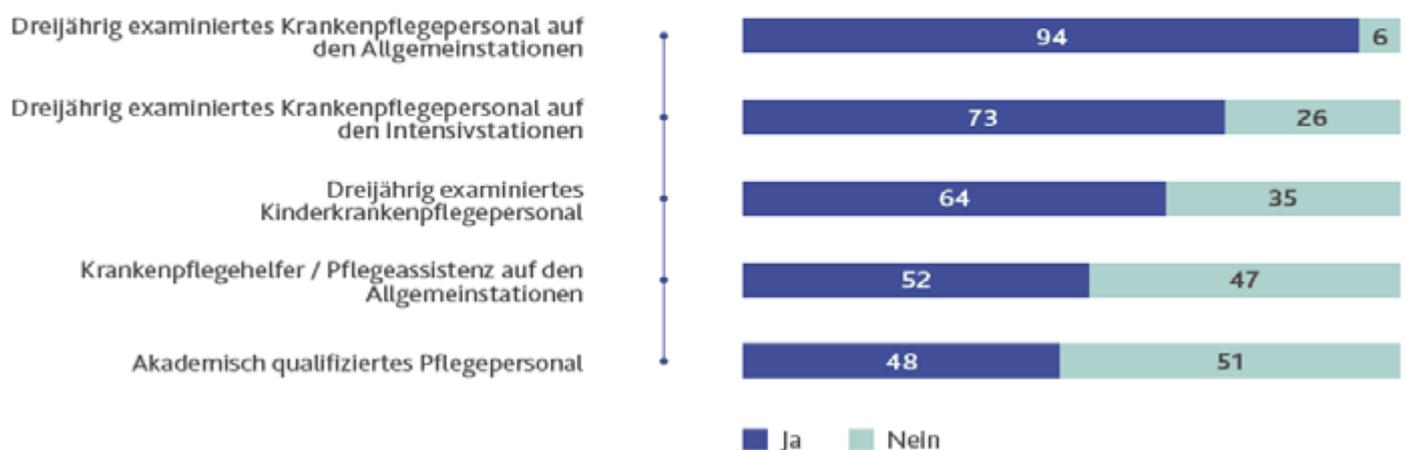
Für die nahe Zukunft sehen die Krankenhäuser keine positive Entwicklung. Wenn sie drei Jahre vorausblicken, erwarten 75 % der Häuser eine Verschlechterung der Stellensituation in der Intensivpflege und sogar 86 % eine Verschlechterung der Stellensituation auf den Allgemein-

stationen. Die Gründe dafür sind vielfältig und umfassen fehlende geeignete Bewerber, die Überlastung des Pflegepersonals, die Zunahme von Teilzeitarbeit und der Renteneintritt von Pflegenden.

Um dieser negativen Entwicklung entgegenzuwirken, ergreifen die Krankenhäuser verschiedene Maßnahmen zur Mitarbeitendenakquise. Dazu gehören die Zusicherung der Übernahme von Auszubildenden nach Abschluss ihrer Ausbildung, der Ausbau der Ausbildungskapazitäten, die Anwerbung von Pflegefachpersonal aus dem Ausland und die verstärkte Einstellungen von Altenpflegekräften.

Die geplanten Reformen im Krankenhausbe-

Haben Sie in Ihrem Krankenhaus derzeit Probleme, offene Stellen in den folgenden Berufsgruppen zu besetzen? (Krankenhäuser in %)



Grafik: BDO/DKI-Studie 2023

reich, wie die Fortschreibung der Pflegepersonaluntergrenzen, die Konzentration von Krankenhausstandorten und die generalistische Pflegeausbildung, werden von den Krankenhäusern nicht als Lösung für die Personalsituation in der Pflege angesehen.

Auch im Bereich der Krankenhaus-IT herrscht Fachkräftemangel. Etwa drei Viertel der Krankenhäuser haben Schwierigkeiten, offene Stellen für IT-Fachkräfte zu besetzen. Im Durchschnitt können 14 % der IT-Stellen nicht besetzt werden. Dies liegt vor allem an finanziellen Gründen, wie den unflexiblen Tarifstrukturen im Krankenhaussektor und der niedrigeren Bezahlung im Vergleich zur privaten Wirtschaft.



Dr. Karl Blum  
Vorstand Deutsches Krankenhausinstitut e.V.  
Leiter Geschäftsbereich Forschung. Foto: DKI

**Herr Dr. Blum, im Rahmen der BDO/DKI-Studie 2023 „Personalnotstand im Krankenhaus – Quo vadis?“ wird gefordert, die Aus- und Weiterbildungskapazitäten in der Pflege deutlich auszubauen. In welcher Form sollte dies erfolgen?**

Die Ausbildungskapazitäten in der Pflege sind in den letzten Jahren kontinuierlich ausgebaut worden. In Zukunft wird es darum gehen, diesen Prozess zu verstetigen und die Ausbildungsplätze noch stärker auszubauen als bisher. Dies setzt ein entsprechendes Engagement der staatlichen und privaten Schulträger sowie der praktisch ausbildenden Gesundheitseinrichtungen voraus.

Die zusätzlichen Ausbildungskapazitäten müssen aber auch ausreichend gegenfinanziert sein. Hier sind Politik und Selbstverwaltung gefragt. Wenn der Pflegeberuf attraktiver werden soll, müssen auch die Weiterbildungen ausgebaut und diversifiziert und die akademische Pflege gestärkt werden. Die Pflege braucht klare Qualifizierungs- und Aufstiegs Optionen.

**Die Ergebnisse zeigen, dass die Krankenhäuser von den Neuregelungen und geplanten Reformen überwiegend keine nennenswerten Effekte auf die Personalsituation in der Pflege erwarten. Als Beispiele werden hier die Fortschreibung der Pflegepersonaluntergrenzen, die stärkere Konzentration von Krankenhausstandorten oder die generalistische Pflegeausbildung genannt; es gibt jedoch auch gegenteilige Meinungen, wie die des Bundesgesundheitsministers. Sehen Sie hier Potenzial für die Bewältigung des Fachkräftemangels?**

Die Skepsis der Krankenhäuser ist ernst zu nehmen. Sie haben festgestellt, dass die Untergrenzen ihre Personalsituation nicht verbessert haben. Es muss zudem offenbleiben, inwieweit Pflegekräfte bei Schließungen kleinerer Standorte in größere und weiter entfernte Standorte wechseln. Die Einführung der PPR 2.0 bietet sicherlich gute Voraussetzungen, die Stellensituation in der Pflege längerfristig zu verbessern.

Allerdings sind auch die Krankenhäuser gefragt, durch attraktive Arbeitsbedingungen den Pflegeberuf attraktiver zu machen, etwa durch Angebote familienorientierten und alter(n)sgerechten Arbeitens, durch Personal- und Führungskräfteentwicklung oder ein betriebliches Gesundheitsmanagement. Politik und Selbstverwaltung können ihren Teil beisteuern, indem sie die Pflege über einen gezielten und nachhaltigen Bürokratieabbau von überbordender Dokumentation entlasten. Damit bleibt mehr Zeit für die pflegerischen Kernaufgaben am Patienten.

**Auch bezüglich der IT-Fachkräfte im Krankenhaus fordern Sie von der Politik und den Krankenhäusern gänzlich neue Wege bei der Gewinnung. Was sind hier Ihre Vorschläge für die jeweiligen Stakeholder?**

Das spezifische Anforderungsprofil für die Krankenhaus-IT ist am Markt wenig verfügbar. Daneben können unter anderem eine schlechtere Bezahlung als außerhalb des Krankenhauses, ein wenig attraktives Image des Krankenhauses als Arbeitgeber für IT-Fachkräfte oder geringe Möglichkeiten zur eigenen Softwareentwicklung die Besetzung offener IT-Stellen zumindest teilweise beeinträchtigen.

Die Defizitanalyse zeigt deutlich mögliche Handlungsoptionen auf. Aus-, Fort und Weiterbildung müssen ausgebaut und das Qualifikationsprofil geschärft und diversifiziert werden. Die Digitalisierung im Krankenhaus im Allgemeinen und der Ausbau von Telemedizin und Telematik im Besonderen bieten hier neue und anspruchsvolle Aufgaben für die Krankenhaus-IT. Am Ende des Tages muss sie natürlich auch bei der Bezahlung wettbewerbsfähig sein.



Markus C. Müller

CEO und Mitgründer von Nui Care sowie Vorstandsmitglied des SVDGV. Foto: Nui Care

Die Umfrage im Auftrag des SVDGV (Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V.) befasst sich mit der Pflege-Reise von pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen. Dabei wurden verschiedene Merkmale wie Alter, berufliche Stellung, Bildung, Beschäftigungsstatus, Familienstand, Geschlecht, Kinder im Haushalt, Wohnort, Religion, Schulbildung und Wahlabsicht-Bund berücksichtigt. Die Ergebnisse zeigen deutliche Belastungssituationen für die Betroffenen, besonders in Sachen Bürokratie, auf.

SVDGV: Digitale Pflege kann Stress reduzieren

# Weniger Stress auf der Pflege-Reise

Zwischen dem 1. August und dem 8. August 2023 wurde die Umfrage von Civey mit 2.500 Personen durchgeführt, die entweder selbst pflegebedürftig waren oder ein Familienmitglied in den letzten 24 Monaten gepflegt haben. Die Ergebnisse der Umfrage sind statistisch repräsentativ.

## Krankenkassen liefern nicht

Die Ergebnisse zeigen, dass bürokratische Hürden und Intransparenz bei Krankenkassen für Pflegebedürftige und Angehörige belastend sind, wobei etwa 60 % der Befragten den bürokratischen Aufwand als besonders belastend empfinden. Viele Betroffene geben an, dass es an Informationen und Beratung seitens der Krankenkassen zur Pflege fehlt, und etwa ein Drittel versteht den Prozess zur Erlangung des Pflegegrades nicht.

Die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) wird von rund 47 % der Befragten als stressig empfunden, und für fast 40 % ist die Beurteilung und Pflegegrad-Einstufung nicht nachvollziehbar. Die Wartezeiten werden von ca. 35 % der Befragten als zu lang empfunden.

## Digitaler Dokumentenaustausch als Must have

Die Umfrage ergab auch, dass die Befragten digitale Tools erwarten, um den Pflegegrad schneller und objektiver zu beurteilen. Die meisten sehen Potenzial in digitalen Lösungen, um die Pflege zu Hause zu verbessern, insbesondere durch digitalen Dokumentenaustausch, digitale Hilfestellungen und verfügbare Informationen.

Die Betroffenen erkennen die Vorteile von digitalen Formaten sowohl für die Beurteilung des Pflegegrades als auch für die Beratung. Sie fordern gleichwertige Vergütung für digitale sowie persönliche Beratung und betonen die Bedeutung von Aufklärung, Schulun-

gen und einer vereinfachten Zugänglichkeit zu digitalen Pflegeberatungen.

## Informationen besser zugänglich machen

Großen Bedarf gibt es, Rahmenbedingungen zu schaffen, um digitale Pflegeanwendungen besser bekannt und leichter zugänglich zu machen. Die Aufklärung Pflegebedürftiger und Angehöriger, Online-Pflegeberatungen und telepflegerische Dienste müssen leichter verfügbar und anwendbar sein. Dies könne jedoch nur gelingen, wenn die Vergütung für digitale Beratung gleichwertig der persönlichen ist. Diese organisatorischen Veränderungen würden Pflegefachkräfte entlasten und zu kürzeren Wartezeiten und mehr Transparenz führen. Um die Situation nachhaltig zu verbessern, sei die Einbeziehung aller am Prozess Beteiligten bei dieser Transformation notwendig.

Menia Ettrich, Business Development Managerin DiPA bei Lindera und Leiterin des Arbeitskreises DiPA/Digitale Pflege im SVDGV, erklärt: „Die Umfrageergebnisse verdeutlichen, wie stark Unzufriedenheit und Verunsicherung den Kontakt von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen mit den Krankenkassen prägen. Digitale Anwendungen können Prozesse transparenter gestalten und ein realistisches Erwartungsmanagement fördern. Diese Chancen sollten wir endlich nutzen.“ Auch Markus C. Müller, Gründer von Nui Care und Vorstandsmitglied des SVDGV (siehe auch Interview zu DiPA in *Monitor Pflege* 01/2023), nimmt zu den Ergebnissen Stellung: „Digitale Pflegeunterstützung kann die Situation vieler zu Pflegenden und ihrer Angehörigen deutlich verbessern. Jetzt müssen die Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit bestehende Lösungsansätze zügig in die Versorgung kommen, beispielsweise durch konkrete Vergütungsregelungen. Nur dann kann digitale Pflege zeitnah den Alltag Betroffener und ihrer Angehörigen erleichtern.“

VIER-Tage-Woche in der Pflege am Klinikum Bielefeld

# How to ... New Work in der Pflege?

**Vier-Tage-Woche in der Pflege – geht das überhaupt? Medial nimmt die Begegnung mit dieser Entwicklung tatsächlich zu. Das Klinikum Bielefeld hat im Juli 2023 ein Pilotprojekt zur Einführung einer Vier-Tage-Woche für Pflegekräfte gestartet, das ursprünglich bis Ende Dezember 2023 geplant war. Allerdings wurde vor Ablauf der Pilotphase entschieden, die Vier-Tage-Woche auf anderen Stationen des Krankenhauses zu etablieren.**

Das Projekt wurde auf den Stationen für Geriatrie und Unfallchirurgie durchgeführt. Vollzeitkräfte hatten die Möglichkeit, ihre Schichtarbeitszeit von 7,33 Stunden auf 9 Stunden (9,5 Stunden mit Pause) zu erhöhen, was eine Reduzierung der Arbeitstage auf vier pro Woche ermöglichte. Die Arbeitszeiten wurden so gestaltet, dass die Präsenz der Pflegekräfte auf den Stationen während der Übergabezeiten erhöht wurde.

## Mit attraktivem Dienstmodell neue Mitarbeitende gewinnen

Während der Pilotphase wurden verschiedene Evaluierungsmaßnahmen durchgeführt, um die Vor- und Nachteile des neuen Arbeitszeitmodells zu analysieren. Es wurde festgestellt, dass längere Überlappungszeiten zwischen den Schichten die Patientenversorgung verbesserten und die zeitintensive Dokumentation erleichterten. Die längeren Arbeitstage wurden von den Mitarbeitenden positiv aufgenommen, da sie dadurch mehr freie Tage erhielten und es zu weniger Überstunden kam. Es wurden jedoch auch Herausforderungen identifiziert, wie die längere Schichtdauer und die Umstellung von einem klassischen Arbeitsmodell.

„Das Klinikum Bielefeld geht als eines der ersten Krankenhäuser diesen neuen Weg in der Arbeitszeitgestaltung. Eines unserer Ziele ist es, mit innovativen, flexiblen Dienstmodellen neue Mitarbeitende zu gewinnen, um die Belegschaft der Stationen weiter zu stärken“, so Michael Ackermann, Geschäftsführer des Klinikums Bielefeld. „Das Pilotprojekt hat uns gelehrt, mit unseren Mitarbeitenden gemeinsam Ideen für bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege zu entwickeln und anpassungsfähig zu sein. So möchten wir als selbstlernende Institution den Beruf als Pflegekraft wieder attraktiv machen – sowohl für die junge Generation, für Bewerberinnen und Bewerber, als auch für unsere #alltagsheld\*innen auf den Stationen unserer drei Standorte“, ergänzt Maik Toremans, Direktor für Pflege und klinisches Prozessmanagement.

## Über die Pilotphase hinaus bestehen

Das Klinikum Bielefeld plant, das innovative Arbeitszeitmodell der Vier-

Tage-Woche über die Pilotphase hinaus anzubieten, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Patientenversorgung zu optimieren. Mitarbeiter, die sich für das Modell entscheiden, können in diesem arbeiten, während andere weiterhin im herkömmlichen Arbeitszeitmodell tätig sind. Die Intensivstation am Standort Rosenhöhe plant ebenfalls, in Kürze zur Vier-Tage-Woche überzugehen.

„Es ist allen Beteiligten klar, dass eine Vier-Tage-Arbeitswoche nicht für jede Pflegekraft in Frage kommt“, so Ackermann, „dennoch möchten wir das innovative Arbeitszeitmodell über die Pilotphase hinaus zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen anbieten. Wir sind überzeugt, dass wir mit dem Pilotprojekt der Vier-Tage-Arbeitswoche einen Schritt in Richtung einer mitarbeiterorientierten Arbeitsplatzgestaltung und dadurch verbesserten Patientenversorgung erfolgreich gegangen sind.“

„Der Markt beobachtet das vorsichtig beziehungsweise abwartend“, erklärt Michael Ackermann, aber die Nachfrage aus der brancheneigenen Managementebene heraus sei groß.



Michael Ackermann  
Geschäftsführer Klinikum Bielefeld  
Foto: Klinikum Bielefeld



Quelle: Übergabe

Seit Dezember 2018 sind die Podcaster mit der „Übergabe“ am Start, im Juni 2021 ging zudem das Format „Übergabe Update“ online. Wir haben in die 67. und damit neueste Folge des „Updates“ mit dem Titel „Bundesrat: Leiharbeitsverbot?!/Reform der VdPB“ reingehört, in der es unter anderem um die Entschließung des Bundesrates zur Eindämmung der Leiharbeit in der Pflege geht. Der Bundesrat fordert in seiner nicht bindenden Entschließung die Bundesregierung auf, den Einsatz von Leiharbeit in der Pflege sowohl im Krankenhaus als auch in stationären und ambulanten Einrichtungen wirksam zu begrenzen und gleichzeitig die Arbeitsbedingungen der Stammebelegschaften zu verbessern. Am 2. Februar 2024 fasste er auf Initiative von Bayern eine entsprechende Entschließung und übersandte sie der Bundesregierung, wo sie beraten werden soll.

### Springerpools über das Pflegebudget finanzieren

In zehn Punkten zeigt der Bundesrat darin Verbesserungsbedarf in der Pflegebranche auf und schlägt Maßnahmen zur Abhilfe vor. Beispielhaft nennt er die Etablierung von Springerpools oder vergleichbarer Ausfallkonzepte – diese sollten gezielt unterstützt werden. Entstehende Mehrkosten dürften aber nicht den Pflegebedürftigen obliegen. Für Krankenhäuser sollte die Vergütung in Springerpools gesichert refinanziert werden, beispielsweise über das Pflegebudget. Kleinen Pflegeeinrichtungen sollten trägerübergreifende Springerkonzepte ermöglicht werden.

Die Bundesregierung müsse darüber hinaus die Gleichbehandlung zwischen Stammpersonal und Leiharbeitskräften stärker als bisher gewährleisten, entgegenstehende Abreden für unzulässig erklären und Verstöße sanktionieren. Sie solle zudem prüfen, ob bundesrechtlich eine Deckelung des Anteils an Leiharbeitskräften bzw. eine Mindestquote qualifizierter dauerhaft Beschäftigter möglich wäre. Zu prüfen sei auch, ob und auf welche Weise Leiharbeitsfirmen in die Finanzierung der Pflegeausbildung und Fortbildung des Personals einbezogen werden können.

### Gleichstellungsmaßnahmen

Ein maßvoller Einsatz von Leiharbeit könne dazu beitragen, die Patientenversorgung zu sichern. Es zeige sich jedoch immer deutlicher, dass der

# Leiharbeit ist das Symptom

Neun Akteure stehen hinter der „Übergabe“, dem Podcast, der über Themen aus den Bereichen Pflegewissenschaft, Pflegepolitik, Pflegepädagogik und Pflegemanagement berichtet. Junge Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler sowie Alten- und Krankenpflegerinnen und -pfleger berichten und diskutieren Versorgungsstrukturen und wie die Pflege in der Gesellschaft besser gelingen kann.

zunehmende Einsatz von Leiharbeit unerwünschte Folgen habe – sowohl für die Versorgungsqualität als auch die Arbeit der Stammebelegschaft, begründet der Bundesrat seine Entschließung. Derzeit machten Zeitarbeitsfirmen große Zugeständnisse bei Bezahlung und Einsatzzeiten der Leiharbeitskräfte. Dies führe zu Ungleichbehandlung und Schlechterstellung der Stammebelegschaft.

Die Entschließung wird von den beiden Moderatoren im Podcast kritisch kommentiert und deren Realisierbarkeit hinterfragt. Es wird gemutmaßt, dass sich Leiharbeiter bei einer Deckelung ihrer Löhne gänzlich aus dem System verabschieden und in andere Branchen abwandern. Leiharbeit über schlechtere Rahmenbedingungen unattraktiver zu machen, wird als Einfallstor für das Evozieren eines Jetzt-erst-recht-Gefühls identifiziert. Leiharbeit sei vielmehr nur das Symptom für viele andere Probleme in der Pflege. Diese müssten primär bekämpft werden.

### VdPB anschlussfähig für Pflegekammern machen

Als zweites Thema kam die Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) auf den Tisch. Bayerns Gesundheits- und Pflegeministerin Judith Gerlach will die bayerische Interessenvertretung der Pflegekräfte stärken. Gerlach betonte am 24. Januar 2024 in München anlässlich der für den Nachmittag angesetzten Ersten Lesung des entsprechenden Gesetzentwurfs im Landtag: „Mein Ziel ist es, den Pflegeberuf in Bayern attraktiver zu machen. Ein wichtiger Baustein dafür ist auch eine starke Interessenvertretung der Pflegekräfte. Mit unserem Vorschlag wird die Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) weiterentwickelt.“

Neu ist, dass ein verpflichtendes Berufsregister für Pflegefachpersonen in Bayern eingeführt werden soll, dieses soll nach dem Willen Gerlachs die VdPB führen. Aus den Daten könne weiterhin der Bedarf an Aus-, Fort- und Weiterbildungen abgeleitet werden. Der freiwillige Beitrittscharakter zum VdPB soll allerdings weiterhin bestehen bleiben, die Vereinigung aber „anschlussfähig“ an die Pflegekammern gemacht werden. Derzeit sind laut Gerlach rund 3.000 von rund 150.000 Fachkräften Mitglied im VdPB. Da will die Ministerin mehr sehen. Die Podcast-Moderatoren erwarten eine mittelfristig eintretende Pflichtmitgliedschaft für die bayerischen Pflegekräfte.

## Digitalisierung in der Pflege stockt

Die DAK-Gesundheit Pflegekasse beklagt einen mangelnden Abruf der Fördergelder zur Digitalisierung von Einrichtungen und Diensten der Langzeitpflege. Nur 32 Prozent der Gelder seien abgerufen worden, von denen 95 Prozent bewilligt wurden. Aus Sicht des Bündnisses Digitalisierung in der Pflege zeigen die Zahlen in aller Deutlichkeit mehrere und teilweise strukturelle Hemmnisse, die eine Digitalisierung der Pflege bislang ausbremsen. Die Zurückhaltung, mit der Einrichtungen und Dienste dem Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI) begegnen, begründet das Bündnis u.a. mit der derzeit fehlenden TI-Vergütungsvereinbarung. Warum sollte sich eine Pflegeeinrichtung an die Telematikinfrastruktur anschließen, wenn sie nicht weiß, welche der damit verbundenen Maßnahmen refinanziert werden?

### Unzureichende Refinanzierung

Auch die technische Entwicklung ist noch mitten im Prozess. Eine Einrichtung oder ein Pflegedienst hat keine Sicherheit, dass die heute angeschaffte Technik auch morgen noch eingesetzt werden kann. In Bezug auf den mangelnden Abruf der Fördergelder zur Digitalisierung macht das Bündnis deutlich, dass Einrichtungen und Dienste 18.000 Euro selbst aufbringen müssen, um die volle Fördersumme von 12.000 Euro zu erreichen. Dieses Geld hätten insbesondere kleinere Träger in der aktuellen Lage nicht übrig. Und mit insgesamt 30.000 Euro sei eine nachhaltige Digitalisierung ohnehin nicht zu finanzieren. Es reicht aus Sicht des Bündnisses bei weitem nicht aus, die Einrichtungen und Dienste besser über Fördermöglichkeiten zu informieren, wie das die DAK vorschlägt. Stattdessen seien die strukturellen Digitalisierungshemmnisse zu beseitigen, insbesondere bei der regelhaften



Refinanzierung „digitaler“ Betriebskosten. Im Bündnis ist man sich einig, dass die Hürden zur Digitalisierung in der Pflege gesenkt werden müssen. Die unzureichende Refinanzierung sei eines der größten Hemmnisse für den Rückstand der Pflege bei der Digitalisierung.

### Lösungsansätze

Als Lösung schlägt das Bündnis eine Digitalisierungspauschale vor, die entweder pro Platz, pro Tag oder pro Einsatz anfiele. Dafür müsste eine Ergänzung des Sozialgesetzbuches XI erfolgen. Außerdem ist nach Ansicht des Bündnisses eine Ergänzung der Kostenanteile (Investitions-, Betriebs- und Personalkosten) auf eine angemessene digitale Ausstattung und Infrastruktur im Sozialgesetzbuch V (häusliche Krankenpflege) erforderlich.

## Bayern startet Digital-Offensive

Bayerns Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention, Judith Gerlach, hat im Februar ihr Schwerpunkte-Programm für dieses Jahr vorgelegt. „Wir starten 2024 eine Reihe von Projekten, die technisch wegweisend sind und gleichzeitig zeigen, welche Vorteile Digitalisierung und Künstliche Intelligenz bieten. So schaffen wir – ausgehend vom bereits Ende 2023 begonnenen Projekt ‚Health Care BYYour Side‘ – ein digitales Ökosystem, das Patienten und Pflegebedürftige sowie Ärzte und Pflegekräfte bestmöglich bei den Veränderungen durch Digitalisierung und Innovation begleitet“, so Gerlach.



Bayerische Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention Judith Gerlach. Foto: Susie Knoll © Stimmkreisbüro Judith Gerlach

Das gelte insbesondere bei wichtigen Fortschritten wie dem E-Rezept, der elektronischen Patientenakte für alle und anderen Anwendungen der Telematikinfrastruktur. „Bayern setzt sich auch energisch dafür ein, dass bei der Pflege spürbare Fortschritte erzielt werden – für das Personal ebenso wie für die Betroffenen und ihre Angehörigen.“

So müsse die Bundesregierung möglichst rasch eine umfassende Pflegereform vorgehen und die Pflegebedürftigen finanziell entlasten. Bayern will 2024 unter anderem seinen Einsatz gegen den Fachkräftemangel verstärken – zum Beispiel mit dem Ausbau der bayerischen ‚Fast Lane‘ für schnellere Anerkennungsverfahren für Pflegefachkräfte aus dem Ausland.“

Gerlach unterstrich: „Die Förderung von Pflegeplätzen haben wir mit unserem Programm PflegesoNah bereits ausgebaut. Wir möchten auch niedrigschwellige und teilstationäre pflegerische Angebote stärken und innerhalb der kommenden fünf Jahre insgesamt 8.000 weitere Pflegeplätze fördern.“ Die Ministerin erläuterte: „Wichtiger Ansatzpunkt der bayerischen Pflegepolitik ist die Stärkung der häuslichen Pflege. Wesentlich ist dabei auch die Etablierung von GutePflege-Lotsen. Ziel ist, diese so regional wie möglich zu verorten, um den sozialen Nahraum für Pflegebedürftige zu stärken.“

# Starten Sie jetzt Ihre Anzeigenplanung mit uns

Entdecken Sie unsere neuen Mediadaten 2024.  
Wir beraten Sie gern.



Chantal Lehmann  
Leiterin Anzeigenmanagement  
+ 49 341 98988 381  
anzeigen@monitor-pflege.de