

monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zu Versorgung, Management und Forschung in der Pflege

Sandra Postel, Vorsitzende des Errichtungsausschusses der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen:
„Um diese Interessen optimal vertreten zu können, braucht man einen guten Überblick über die Berufsgruppe. Die gibt es ohne Pflegekammer nicht.“



Foto: Jochen Rolfes

ISSN 23 64-0308

Grenzen überschreiten

Die Pflegekammer ist für Sandra Postel das zentrale Konstrukt, mit dem die Pflege eine größere politische Kraft gewinnen kann. Kammererfahrung bringt sie bereits mit.

Eine Ideologiefrage?

Der Tarifvertrag Altenpflege kann aufgrund des ablehnenden Entscheids der Caritas nicht für allgemeinverbindlich erklärt werden. Es lohnt sich ein differenzierter Blick.

Finanzierungsmix

Die AOK-Gemeinschaft hat ein eigenes Positionspapier zur Reform der Pflegeversicherung vorgelegt. Eine Dynamisierung der Pflegeleistungen steht hier im Vordergrund.



Prof. Dr. Reinhold Roski

Gesundheitskommunikation und Wirtschaftskommunikation

Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“ und „Monitor Pflege“

Die Kraft der größten Berufsgruppe

>> Titelinterview mit Sandra Postel, Vorsitzende des Errichtungsausschusses der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen

„Selbstverständlich muss die Pflege auch diese Aufgabe annehmen wollen, hoheitliche Aufgaben zu übernehmen, ...“. So **Sandra Postel**, Vorsitzende des Errichtungsausschusses der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen, im MoPf-Titelinterview. Viele professionell Pflegende sind durchaus skeptisch, ob sie das wollen. Darum muss das komplexe Konstrukt Pflegekammer erstmal Fragen klären wie: „Warum gibt es Kammern? Was bringt uns eine Kammer? Was muss ich als Pflegefachkraft einbringen?“ Und auch in der aktuellen Corona-Situation muss die Pflege, z.B. in der Impfdebatte, deutlich stärker mitsprechen und mitentscheiden. Von der Politik in Nordrhein-Westfalen, anders als z.B. in Niedersachsen, haben die Pflegenden bei der Einrichtung einer Pflegekammer sogar eher Rückenwind. Aber insgesamt ist das sicherlich eine große Aufgabe für Jahre. „Wenn wir die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen mitnehmen können, dann wird man sehen, welche Macht sie entfalten kann.“ S. 6 ff.

Kommentar von Dr. Ilona Köster-Steinebach, Geschäftsführerin des Aktionsbündnisses Patientensicherheit

Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach mahnt in ihrem Kommentar die zwingend notwendige Verbesserung der Pflegepersonalausstattung an. Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz hat keine Trendwende gebracht, weil der Pflegepersonalquotient keine Beziehung zum tatsächlichen Pflegebedarf der versorgten Patientinnen und Patienten hat. Hier braucht es endlich ein besseres Transparenzinstrumentarium. Corona ist dazu der ultimative Weckruf. Denn, wie sieht es in der großen aktuellen Krisensituation mit der Pflegequalität aus? S. 14 f.

Covid-19-Pandemie

Etlche Beiträge beschäftigen sich natürlich mit der andauernden Covid-19-Pandemie. So die Beiträge zum Positionspapier der AOK zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zum Schutz der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen vor wirtschaftlicher Überforderung und der Gewährleistung von Beitragssatzstabilität, zum Scheitern des ausgehandelten Tarifvertrags für die Altenpflege, zur Studie der Bertelsmann-Stiftung über zukunftsweisende Praxisbeispiele von technologischen Innovationen in der Pflege. S. 11
S. 12
S. 13

Wissenschaftliche Beiträge

Schilling, Stein, Kuhlmei und **Blüher** präsentieren Text-Mining-Verfahren zur quantitativen Analyse von Freitexten in Begutachtungen zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit des MDK. Sie wollen damit Einflussfaktoren für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit identifizieren und plädieren für eine stärkere Nutzung solcher Verfahren zur Ausschöpfung des Informationsgehalts von Routinedaten. So können z.B. Zusammenhänge von sozialer und familiärer Unterstützung und der Einstufung in einen Pflegegrad vollständiger und genauer analysiert werden. S. 16 ff

Wollny und **Kuhmann** analysieren die Häufigkeiten der Nutzung perkutaner Herzunterstützungssysteme von 2006 bis 2018 in Deutschland. Sie fanden eine starke Steigerung der Interventionszahlen in den ersten zwei Jahren, vor allem aufgrund der Steigerung stationärer Fallzahlen in den Indikationsbereichen. Im Laufe der Zeit verschob sich der Einsatz von Intraaortalen Ballonpumpen (IABP) hin zur Extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO). Die Anzahl der durchführenden Zentren wuchs anfangs stark und hat sich 2018 auf bundesweit ca. 350 Kliniken stabilisiert. << S. 24 ff.

Auch in der weiter andauernden und aktuell besonders schwierigen Covid-19-Situation wünsche ich interessante Lektüre mit vielen Informationen, die Sie für Ihre tägliche Arbeit nutzen können.

Vor allem auch im zweiten Jahr der Pandemie: Bleiben Sie gesund!

Mit herzlichen Grüßen
Ihr Professor Dr. Reinhold Roski

Reinhold Roski

www.monitor-pflege.de

INHALT

Die Kraft der größten Berufsgruppe

Editorial MoPf-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Pflege ist kein Experimentierfeld

Editorial der MoPf-Redakteurin Kerstin Müller

Grenzen überschreiten

Sandra Postel, Vorsitzende des Errichtungsausschusses der Pflegekammer NRW

AOK: Dynamisierung der Pflegeleistung

AOK-Gemeinschaft legt Positionspapier zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vor

„Ideologie schlägt Humanität?“

Der ausgehandelte Tarifvertrag für die Altenpflege kann derzeit nicht umgesetzt werden

Möglichst individuell und passgenau

Soziale und Technologische Innovationen: Bertelsmann Stiftung stellt zukunftsweisende Praxisbeispiele vor

Wann, wenn nicht jetzt?!

Kommentar von Dr. Ilona Köster-Steinebach, Geschäftsführerin im Aktionsbündnis Patientensicherheit

News

WISSENSCHAFT

Dipl.-Soz. Ralph Schilling MPH

Dr. Thomas Stein

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmeier

Dr. rer. pol. Stefan Blüher

Anwendung von Text Mining zur Auswertung von Begutachtungsdaten des MDK am Beispiel sozialer Einflussfaktoren von Pflegebedürftigkeit

Dipl. Pflegewirt (FH) Mathias Wollny MA MSc

Dipl. Pflegewirt (FH) Harald Kuhlmann BHealtScN

Anwendungshäufigkeit perkutaner Herzunterstützungssysteme in Deutschland

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 Szepan

AOK-Bundesverband



Universitäten/Hochschulen/Institute

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

IGV Research



24 *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

7. Jahrgang/ISSN 2364-0308

Verlags-/Erscheinungsort
Bonn, Bundesrepublik Deutschland

Verlag
eRelation AG - Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
Kölstr. 119, 53111 Bonn
www.erelation.org
mail@erelation.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 6 vom
1.1.2020

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

SAXOPRINT GmbH
Enderstr. 92 c
01277 Dresden
E-Mail: service@saxoprint.de
Tel.: 0351 20 44 444
Fax: 0351 20 56 747

Urheber- und Verlagsrecht

Die Zeitschrift und alle in ihr ent-
haltenen einzelnen Beiträge und
Abbildungen sind urheberrechtlich
geschützt. Mit Annahme des Manu-
skripts gehen das Recht zur Veröf-

entlichung sowie die Rechte zur
Übersetzung, zur Vergabe von Nach-
druckrechten, zur elektronischen
Speicherung in Datenbanken, zur
Herstellung von Sonderdrucken,
Fotokopien und Mikrokopien an den
Verlag über. Jede Verwertung außer-
halb 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
zugewandten Beiträge bzw. Informa-
tionen in Datenbanken einzustellen,
die vom Verlag oder Dritten geführt
werden.



Kerstin Müller
Redakteurin von
„Monitor Pflege“.

Pflege ist kein Experimentierfeld

>> „Ich bitte alle Bürgerinnen und Bürger um Verzeihung“, sagte Angela Merkel nur wenige Stunden nach der verkündeten „Osterruhe“. Entscheidungen zu treffen ist derzeit für die Politik nicht leicht – aber es ist ihr Job.

So hat auch Manfred Lucha, Minister für Soziales und Integration des Landes Baden-Württemberg, im September 2020 die Entscheidung getroffen, die Gründung einer Pflegekammer in die nächste Legislaturperiode zu verschieben – trotz eines vorausgegangenen Votums der Pflegekräfte pro Pflegekammer. „Ich halte das Vorhaben nach wie vor für sinnvoll, aber nur, wenn es eine angemessene Phase der Einführung gibt, die eine breite Unterstützung aus Regierung und Parlament erfährt“, hieß es in einem Schreiben von Lucha an die Fraktionschefs von CDU und Grünen im Baden-Württembergischen Landtag, das die „Ärzte Zeitung“ zitiert. „Meiner Meinung nach war das ein klassisches Beispiel der Fremdbestimmung“, kommentiert Sandra Postel, Vorsitzende des Errichtungsausschusses der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen, in unserem Titelinterview. Sie konstatiert, wie wichtig die Einstellung der Landespolitiker für die Entwicklung von Pflegekammern in Deutschland ist. Randnotiz: Lucha ist selbst ausgebildeter Krankenpfleger. Mit Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann sitzt in Düsseldorf allerdings ein Unterstützer der Institution Pflegekammer, was die Arbeit dort wohl deutlich erleichtern dürfte.


S.6 ff.

Doch natürlich müssen auch die Pflegekräfte mitziehen. In Sachen Pflegekammer fällt das jedoch augenscheinlich nicht immer leicht, betrachtet man das jüngste Abstimmungsergebnis in Schleswig-Holstein. 91,77 Prozent der Teilnehmenden für die Auflösung der Standesvertretung. Und die Beteiligung war hoch: Insgesamt nahmen 17.747 der 23.579 Kammermitglieder an der Befragung teil. Als Hürde erweist sich immer wieder der Pflichtbeitrag. Doch wenn man sich nicht in größere Abhängigkeiten begeben möchte, ist dieser wohl ein notwendiges Übel. Hier ist dann Kommunikation alles. Das weiß Postel ganz genau und legt ihren Fokus auf die Erarbeitung einer Kommunikationsstrategie, mit denen die Pflegekräfte in NRW erreicht werden können.

Von der Politik sollte es uneingeschränkte Unterstützung für das Engagement der Pflege geben, denn gerade das letzte Jahr hat doch gezeigt, wie essenziell eine starke und leistungsfähige Pflege ist. Und die gibt es nur, wenn sich der Berufsstand wertgeschätzt fühlt, wenn die Rahmenbedingungen – Entlohnung, Qualität und Entwicklungsperspektiven – stimmen. Wie könnte der Pflegeberuf besser entwickelt und gestärkt werden, als mit dem Know-how aus der Profession selbst heraus? Verantwortliche Mitbestimmung in Form einer starken Selbstverwaltung sollte im ureigensten Interesse der Politik liegen – dann sind an dieser Stelle auch keine späteren Entschuldigungen notwendig ... <<

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

Sandra Postel, Vorsitzende des Errichtungsausschusses der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen

Grenzen überschreiten

Rheinland-Pfalz, Niedersachsen, Schleswig-Holstein – und jetzt das bevölkerungsreichste Bundesland. Auch wenn die Pflegeberufekammern in Niedersachsen und Schleswig-Holstein schon fast wieder der Vergangenheit angehören, mehren sich die Zeichen, dass die Geschichte der Pflegeberufekammern in Deutschland erfolgreich fortgeschrieben wird. Am 21. September 2020 hat Sandra Postel, Leiterin Marienhaus Bildung der Marienhaus Unternehmensgruppe, sowie ehemalige Vizepräsidentin der Pflegekammer Rheinland-Pfalz, ihren Hut in den Ring geworfen und ist zur Vorsitzenden des Errichtungsausschusses der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen gewählt worden. Im Interview mit „Monitor Pflege“ erklärt sie, welche Aufgaben nun auf das Gremium warten, wie man sich konstruktiv mit Kritikern auseinandersetzt und wie Pflege mit strukturellen Maßnahmen dem „Klatschen vom Balkon“ entkommt.

>> Frau Postel, Sie sind Grenzgängerin: In Rheinland-Pfalz an der Gründung und Installation der Pflegekammer mitgewirkt, sind Sie als Vorsitzende des Errichtungsausschusses nun maßgeblich an der Einrichtung der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen beteiligt. Worin unterscheiden sich die Rahmenbedingungen in den beiden Bundesländern?

Ja, richtig, ich wohne in NRW und leite die Marienhaus Bildung der Marienhaus Unernehmensgruppe, einem Träger mit Häusern in Rheinland-Pfalz, dem Saarland und Nordrhein-Westfalen. Ich bin dort für die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsfachberufe zuständig. Das heißt, in Rheinland-Pfalz bin ich qua meiner ersten Berufsausübung als Gesundheits- und Krankenpflegerin Pflichtmitglied der Heilberufskammer; wenn sich die Pflegekammer in NRW konstituiert, dann durch meinen Wohnsitz auch dort. Im Heilberufsgesetz in NRW ist bereits hinterlegt, dass, sobald man eine Berufserlaubnis besitzt und hier seinen Wohnsitz hat, Pflichtmitglied einer Kammer ist.

Der Landespflegerat NRW hat mich gefragt, ob ich mir vorstellen könne, meinen Hut für den Vorsitz des Errichtungsausschusses in den Ring zu werfen. Diese Herausforderung, die größte Heilberufskammer aufzubauen, habe ich gerne angenommen und bin dann schließlich auch ins Amt gewählt worden. Vielleicht können wir aus Fehlern, die andernorts beim Kammeraufbau begangen wurden, lernen.

Hinter einer Kammergründung muss ein politischer Wille stehen. Wie sah und sieht die Unterstützung in Rheinland-Pfalz und NRW aus?

Das ist unglaublich wichtig, ja. Aber grundsätzlich ist der politische Wille einer Kammergründung kein Geschenk an die Pflegenden, sondern damit ist ein Mandat verbunden, ein Übertrag hoheitlicher Aufga-

ben. Dahinter muss die Haltung stehen, dass es wichtig ist, Pflege diese berufliche Autonomie zu geben, um die pflegerische Versorgung in einem Land zu sichern und zu verbessern. Ich habe aber sehr oft auch erlebt, dass die Haltung bei Politikern eher die ist, zu sagen „Wenn die Pflege das will, darf sie das machen“. Selbstverständlich muss die Pflege auch diese Aufgabe annehmen wollen, hoheitliche Aufgaben zu übernehmen, jedoch ist das politische Interesse und der Wunsch der Übertragung unabdingbar.



Welche Erfahrungen machen Sie dahingehend in NRW?

Es ist bemerkenswert, dass bei dem Thema parteiübergreifend gedacht wird. In NRW wurde die Novellierung des Heilberufsgesetzes für die Pflegekammer von den Regierenden, aber darüber hinaus ebenfalls von den Grünen befürwortet. In Rheinland-Pfalz hatten wir im Jahr 2016 sogar einen einstimmigen Landtagsbeschluss dazu. Durch ein solches Signal wird man sehr getragen.

Wirft man einen Blick nach Niedersachsen, wo die Mehrheit für die Kammer politisch hauchdünn war – was bis heute mit Sicherheit einer der Hauptscheiterungsgründe der Kammer dort ist – erkennt man die Bedeutung dieser Dimension.

Die Haltung der Niedersächsischen Gesundheitsministerin Cornelia Reimann zur Pflegekammer scheint nicht besonders positiv zu sein.

Ich glaube, man kann sagen, dass sie der Kammer kritisch gegenüber stand. Das führt in der Folge bei vielen Prozessen im Zuge des Aufbaus zu Schwierigkeiten. Es führt jedoch auch, und das finde ich aktuell so schwierig gerade in Niedersachsen, politisch gesehen zu Schwierigkeiten in der ja offensichtlich gewünschten Abwicklung der Kammer. Diese geht nur äußerst schleppend voran. Die übertragenen hoheitlichen Aufgaben muss das Ministerium nun wieder zurücknehmen – was wohl

nicht ganz unproblematisch ist. Das Thema Weiterbildungsordnung wird dort gerade intensiv diskutiert.

Was sind nun Ihre nächsten Schritte?

Eine Heilberufskammer ist ein recht komplexes Konstrukt, das wir den Pflegefachkräften nun näher bringen müssen. Es stellen sich Fragen wie: Warum gibt es Kammern? Was bringt uns eine Kammer? Was muss ich als Pflegefachkraft einbringen? Wir müssen erklären, was genau eine Berufsaufsicht, oder eine berufsfachliche Unterstützung ist. Das ist eine kommunikative Leistung. Essenziell wird zudem sein, dass wir nicht nur die Theorie vermitteln, sondern das Konstrukt erfahrbar machen. Wenn wir die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen mitnehmen können, dann wird man sehen, welche Macht sie entfalten kann. Das wird jedoch einige Jahre dauern.

Zuerst ist ein reibungsloser Start wichtig, indem wir erste Verwaltungsprozesse sauber auf den Weg bringen, die Kammerversammlung, diese demokratische Konstituierung der Pflege, nun umsetzen.

Wie rekrutieren Sie potenzielle Mitglieder für eine Kammerversammlung?

Derzeit beschäftigen wir uns mit dem Thema der Meldeordnung. Die Aufgabe des Errichtungsausschusses, der aus 38 berufenen Personen besteht, ist es jetzt, demokratische Strukturen so aufzubauen, dass es nachher keiner Berufung mehr bedarf, sondern die Mitglieder gewählt und damit demokratisch legitimiert sind. Und das ist die Herausforderung der nächsten zwölf Monate. Das Heilberufsgesetz sieht vor, dass wir zum 1. April 2022 die Kammer gegründet haben und sich die Kammerversammlung aus hundert Kammermitgliedern konstituiert. Dafür müssen wir binnengesetzliche Grundlagen schaffen. Als Grundlage dient da einerseits das Heilberufsgesetz, wir brauchen jedoch auch eine Hauptsatzung. Die haben wir erstellt. Darüber hinaus haben wir eine Entschädigungsordnung geschrieben, damit die Ehrenamtler überhaupt ihre Tätigkeit aufnehmen können. Die Meldeordnung haben wir gerade verabschiedet. Sie befindet sich derzeit in der Normenprüfung des Ministeriums, das unsere Rechtsaufsicht darstellt.

Und wenn das Ministerium die Meldeordnung überprüft und veröffentlicht hat?

Dann dürfen wir die Arbeitgeber anschreiben. Das ist im Heilberufsgesetz hinterlegt und selbstverständlich datenschutzrechtlich geprüft. Wir sind dazu legitimiert, die ca. 13.000 Arbeitgeber in Nordrhein-Westfalen zu kontaktieren und sie zu bitten, uns die Daten ihrer Arbeitnehmer, die eine pflegerische Berufserlaubnis haben, zu melden. Diese dürfen wir als zukünftige Mitglieder anschreiben, damit die Registrierung abgeschlossen werden kann. Diese findet nicht über die Arbeitgeber statt; das Heilberufsgesetz ist hier sehr strikt. Es ist ein Individualgesetz. Wir müssen und wollen auf unsere Mitglieder direkt zugehen, und vor diesem Schritt stehen wir nun. Mit der Registrierung werden die Kolleginnen und Kollegen ebenso ins Wählerverzeichnis aufgenommen, das wir voraussichtlich im Herbst aufbauen können.

Die Erstellung der Wahlordnung wiederum ist Aufgabe des Ministeriums. Und über all dem schwebt die ganze Zeit die Herausforderung einer gelingenden Kommunikation, mit der wir informieren, aber auch dazu auffordern möchten, sich mit dem großen Thema Kammer auseinanderzusetzen. In erster Linie wollen wir unseren Mitgliedern, den Pflegefachpersonen in Nordrhein-Westfalen, aber auch mit Arbeitgebern, mit politischen Stakeholdern und mit den Personen, die sich im weiteren Umfeld dafür interessieren, ins Gespräch kommen.

<< Aber in erster Linie geht es uns darum, in einen offenen Dialog zu treten, uns auch kritischen Fragen zu stellen und mit politischem Engagement Zeichen zu setzen. >>

Haben Sie sich eine Strategie überlegt, wie Sie Ihre Klientel am besten erreichen? Denn nach dem bisherigen Eindruck der Pflegekammerentwicklung scheint hier

der Schlüssel zum Erfolg zu liegen.

Absolut. Und wir sind mittendrin in der Entwicklung der Kommunikationsstrategie. In Rheinland-Pfalz hat ein gutes Konzept dazu geführt, dass die Kammer von den Mitgliedern und der Politik sehr gut akzeptiert ist. Wir haben hier in Nordrhein-Westfalen natürlich aktuell nochmal zwei andere Herausforderungen, die wir 2016 in Rheinland-Pfalz nicht hatten. Zum einen ist die Kammer fünfmal größer, sodass die Durchdringung besonders bedacht werden muss. Und das zweite ist natürlich, dass wir uns in Zeiten von Corona befinden. Der übliche und unglaublich effektive direkte Kontakt auf Veranstaltungen, auf Stationsleitersitzungen, vor Ort in den Altenheimen, in den ambulanten Diensten ansprechbar zu sein, das ist momentan nicht möglich. Deswegen müssen wir hier sehr stark auf andere Kanäle setzen. Aber in erster Linie geht es uns darum, in einen offenen Dialog zu treten, uns auch kritischen Fragen zu stellen und mit politischem Engagement Zeichen zu setzen.

An was denken Sie da konkret?

Wir können jetzt zum Beispiel in die Impfdebatte miteinsteigen. Ich habe beispielsweise kürzlich an den Impfdialogen mit dem Gesundheitsminister teilgenommen und war auch bei entsprechenden Pressebriefings anwesend. Darüber hinaus haben wir eine Stellungnahme an das Ministerium zum Thema Teststrategien in Altenheimen gesendet. Ebenso befinden wir uns gerade auch im Austausch zu dem Thema Öffnungsstrategien. Das ist ein starkes Spannungsfeld zwischen dem Wunsch, schnell zu öffnen, weil diese Menschen in ihrer letzten Lebensphase Kontakt brauchen, aber gleichzeitig geht davon eine Gefährdung aus. Ich finde, dieses Spannungsfeld zwischen Schutz und sozialer Teilhabe müssen wir von Seiten der Pflege gestalten, was wir dem Ministerium in der Form mitgeteilt haben. Pflege muss an die Krisensituation, Pflege muss in die Gespräche miteingebunden werden und ganz gewiss diese Mitbestimmungsoption auch selbstbewusst einfordern. Das findet aktuell bereits statt.

Wie gehen Sie mit kritischen Stimmen um?

Ein Format, das in dieser Hinsicht gut angenommen wird, ist der Kammerdialog. Es ist auf Facebook durch den Austausch mit Kammer-skeptikern, -gegnern und -kritikern entstanden, die mit uns Kontakt aufgenommen und dann kontinuierlich über Social Media mit uns kom-

muniziert haben. Daraus ist die Idee erwachsen, gemeinsam eine Diskussionsplattform in Form eines wiederkehrenden Veranstaltungsformats zu initiieren. Wir haben ein gemeinsames Organisationsteam mit dem wir die Kammerdialoge alle fünf Wochen vorbereiten und die Themen schärfen, beziehungsweise die Konfliktlinien herausarbeiten. Und diese Themen, die werden dann einfach viel spitzer, als wenn wir nur sagen, wir organisieren eine Informationsveranstaltung und wir laden dazu auch mal einen Gegner ein. Im ersten Kammerdialog ging es um die Herausforderungen im Gesundheitswesen, im zweiten um Kammer und Transparenz, und bei der dritten Veranstaltung sind wir der Frage „Was kostet mich die Kammer?“ nachgegangen.

Das klingt nach einem authentischen Format...

... welches auch wirklich großen Spaß macht. Wir waren zu Beginn durchaus skeptisch, aber es ist wichtig, sich von der eigenen Erwartung frei zu machen, jegliche Fragen bis in Detail beantworten zu können. Wir befinden uns im Aufbau. Das ist ein demokratischer Prozess, an dessen Entwicklung die Fachkräfte optimalerweise partizipieren. Viele Dinge, wie zum Beispiel der Kammerbeitrag, werden von der Kammerversammlung demokratisch entschieden. Selbst wenn ich wollte, könnte ich heute nicht sagen, wie hoch der Kammerbeitrag ist, weil ich nicht mandatiert bin, das festzulegen.

Die Diskussionen finden in einem disziplinierten Setting statt, das der Maxime „erst mal zuhören und akzeptieren“ folgt. Es geht nicht darum, sich gegenseitig zu überzeugen, sondern erst mal zu hören, was ist es denn, was gerade stört oder was der andere will. Die Gesprächsrunden sind immer mit der gleichen Zahl an Gegnern und Befürwortern ausgestattet, die sich mit einem klaren Zeitrahmen zu Wort melden dürfen. Also zwei Sieben-Minuten-Statements sowie zwei zusätzliche Diskutanten. Zudem gibt es eine externe und neutrale Moderation, die von beiden Seiten beauftragt ist. Ich kann sagen, dass es ein unheimlich respektvoller Umgang ist und ich habe das Gefühl, das wirkt sich sofort aus. Wir haben parallel einen Chat laufen, an dem sich alle angemeldeten Kolleginnen und Kollegen beteiligen können.

User können also auch Fragen stellen?

Ja, sicher. Beim letzten Mal kam zum Beispiel diese Frage: „Seid Ihr eher für einen Staffelbeitrag oder für einen Einheitsbeitrag?“ Und ich habe in der Tat da viel gelernt, zum Beispiel, dass doch der Gerechtigkeitssinn, dass nicht alle das Gleiche bezahlen, sehr ausgeprägt ist. Also lieber ein Staffelbeitrag, das wurde durch den Chat sehr deutlich. Diese Diskussionen zu führen heißt für uns auch Wertvolles lernen. Das halte ich für unglaublich wichtig. Kommunikation ist keine Einbahnstraße.

Das klingt, als fänden die Stimmen der Pflegekräfte Gehör. Das ist anscheinend ja nicht überall so. Blickt man nach Baden-Württemberg, wo Sozialminister Manfred Lucha – trotz eines Votums der Pflegekräfte für die Installation einer Pflegekammer – das bereits angelaufene Gesetzgebungsverfahren für eine Landespflegekammer gestoppt hatte. Er argumentierte, dass die Konzentration der fachlichen und gesellschaftlichen Kräfte seit März 2020 bei der Bewältigung der Corona-Pandemie liege und die Fachkräfte durch das hohe Arbeitsaufkommen keine Zeit hätten, sich adäquat mit dem Thema auseinanderzusetzen.

Wissen Sie, eigentlich ist ja nie der richtige Zeitpunkt für diesen Change. Ich habe die Diskussion in Baden-Württemberg natürlich sehr genau verfolgt und obwohl Herr Lucha selbst Krankenpfleger ist, scheint er einer Pflegekammer kritisch gegenüber zu stehen. Es ist schwierig, die Situation aus der Ferne zu bewerten, und vielleicht haben sowohl das Pandemiegeschehen als auch der Wahlkampf viele Ressourcen gebunden. Die Stimmen, die sich nach der Aussetzungsentscheidung zu Wort gemeldet haben, waren allerdings eher aus der Politik, dem Unternehmerlager und aus der Gewerkschaft Verdi zu vernehmen. Ich habe wenige Pflegende gehört, die sich positiv darüber geäußert haben. Meiner Meinung nach war das ein klassisches Beispiel der Fremdbestimmung: Pflege schafft das nicht, deswegen treffen wir die Entscheidung, dass das Kammerthema jetzt nicht konkret wird.

Ich verstehe, dass jetzt erst mal die Regierungsbildung ansteht, aber ich finde dann ist es wirklich an der Zeit, dem positiven Befragungsergebnis Rechnung zu tragen und in die Umsetzung zu gehen. Ich möchte da keineswegs uns Pflegende aus der Verantwortung nehmen. Wenn es irgendwo hakt, müssen wir uns gleichermaßen fragen, ob wir nicht hätten vehementer agieren müssen. Das gilt ja für uns in NRW schon dreimal, das ist mir durchaus bewusst.

Da steht man im bevölkerungsreichsten Bundesland sehr wahrscheinlich im Fokus. Aber schauen wir einmal nach Bayern, wo sich eine Interessenvertretung für Pflegende gebildet hat, die eine andere Struktur aufweist. Die Freiwilligkeit der Mitgliedschaft, keine zu entrichtenden Pflichtbeiträge sowie beispielsweise auch die Tatsache, dass nicht nur Examinierte Mitglied werden können, werden hier als Vorteile hervorgehoben. Ist das nicht grundsätzlich ein guter Gedanke, alle Pflegenden mitzunehmen?

Da möchte ich eine Gegenfrage stellen: Haben Sie denn Kenntnis darüber, wie viele Kolleginnen und Kollegen aus der Pflege und auch aus der Pflegehilfe sich bei der Vereinigung der Pflegenden Bayern schon haben registrieren lassen? Ich erhalte dazu nämlich keine offiziellen Informationen. Auch eine Entschädigungsordnung kann ich im Netz nicht finden. Ich glaube, da muss man genau hingucken, ob das mit einer Heilberufskammer vergleichbar ist.

Inwiefern?

Nach meinem Kenntnisstand ist – wenn es darum geht Entscheidungen zu treffen, zum Beispiel über Fortbildungsangebote oder politische Stellungnahmen zu veröffentlichen – die Vereinigung nicht autonom, d.h. das Ministerium kann durch sein Vetorecht eingreifen. Und ich weiß nicht, ob es Ihnen aufgefallen ist, aber die von der bayerischen Gesundheitsministerin a.D., Melanie Huml, eingeführte sogenannte Körperschaft des öffentlichen Rechts hat keine hoheitlichen Aufgaben übertragen bekommen, was jedoch ein konstitutives Merkmal dieser Rechtsform ist. Die Vereinigung darf also nicht entscheiden, wie Pflege definiert wird. Eine Berufsordnung wird in Bayern nicht durch die Pflege bestimmt, eine Weiterbildungsordnung ebenso nicht. Sie darf informieren, ist in Gremien vertreten und darf Fortbildungen anbieten. Das ist schön. Und die dürfen auch Fortbildungen anbieten. Aber sie darf nicht entscheiden, was Pflege genau ist und welche Anforderungen zu erfüllen sind. Damit können sie natürlich auch pflegerische Leistungen zu guter Letzt nicht mit einem Normenrecht festlegen. Das

ist der Unterschied zwischen einer Kammer und der Vereinigung der Pflegenden in Bayern. Ich finde jede Form der Organisation gut. Es erinnert mich ein bisschen an den Dachverband der Pflegeorganisationen früher in Rheinland-Pfalz. Die wurden auch vom Land gefördert. Das war auch sehr, sehr wichtig. Und aus diesem Dachverband ist dann zu guter Letzt die Kammer entstanden. Vielleicht braucht es so eine Art von Vorform.

Um noch einmal auf die Mitglieder zu sprechen zu kommen. Halten Sie die Aufnahme von Nicht-Examinierten in die Pflegeberufekammer für sinnvoll?

Absolut. Der Errichtungsausschuss hat bereits den Wunsch geäußert, dass wir die Pflegeassistenten und Pflegehilfskräfte, das heißt, alle die mit einer Berufserlaubnis im ein- oder zweijährigen Kompetenzbereich, als freiwillige Mitglieder mit in die Kammer integrieren. Das befürworte ich auch, denn ich glaube, dass sie ebenfalls ein Sprachrohr und wir auch einen guten Austausch brauchen. In der Tat muss man aber hierbei sehen, dass ein Heilberufsgesetz nun mal Heilberufler verpflichtet, in eine Kammer einzutreten. Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2003 ist die Pflegehilfe nicht als Heilberuf deklariert. Das gilt bei den Ärzten ja in gleicher Form: Arzthelferinnen und Arzthelfer oder operationstechnische Assistenten sind in der Ärztekammer keine Mitglieder.

Was heißt das für die Kammerpraxis?

Das heißt, rein rechtlich können Sie in einer Kammer nicht die Pflegehilfskräfte mit der gleichen Art verpflichten, in eine Kammer einzutreten, wie die Pflegefachkräfte. Das ist juristisch einfach nicht gegeben und ich halte es auch nicht für sinnvoll. Was wir aber brauchen, ist eben ein Beirat der Pflegehilfskräfte. Ich finde es gut, wenn genau wie in Rheinland-Pfalz die Möglichkeit besteht, dass über die Ausbildung der Pflegehilfskräfte innerhalb der Pflegekammer mitbestimmt wird und dass die sich natürlich jederzeit melden können und freiwilliges Mitglied werden dürfen.

Wenn jetzt eine Pflegefachkraft an Sie herantritt und wissen will: „Was kann die Kammer für mich tun?“, was entgegenen Sie da?

Der erste große Benefit der Kammer liegt darin, gut zu informieren und zu vernetzen. Da haben wir in unserem Berufsstand außerordentlichen Nachholbedarf. Nur wenn Pflegefachpersonen Informationen zur Verfügung gestellt bekommen, ist es überhaupt möglich, sich in seinem Beruf auch zu optimieren. Ein Kammermitglied kann berufsfachliche und berufsrechtliche Beratung abrufen, was in Rheinland-Pfalz unheimlich intensiv genutzt wurde. Wir hatten in der Spitze bis zu dreieinhalbtausend Anrufe am Tag.

Daneben ist es für einen Berufsstand außerordentlich von Vorteil, wenn er gut organisiert ist und seine Interessen politisch vertreten werden. Um diese Interessen optimal vertreten zu können, braucht man einen guten Überblick über die Berufsgruppe. Die gibt es ohne Pflegekammer nicht.

Ohne Register können wir Zahl und Altersstruktur des Fachkräfte nicht übersehen, was in der Folge bedeutet, dass wir nie richtig in die gesundheitspolitische Steuerung und Fachkräftesteuerung reingehen, Missstände aufdecken und beheben können. Eine politische Interessenvertretung ist essenziell, um den Berufsstand nach vorne zu bringen; genauso wie die Selbstbestimmung in Sachen Weiterbildungs- und Berufsordnung. Das sind Themen, die sich solidarisch für alle Pflegefachkräfte nachher auch auszahlen werden, mittelfristig, aber die natürlich nicht eins zu eins sofort spürbar sind. Doch darin liegt die eigentliche Stärke einer Kammer – damit wir hier wirklich mal den Berufsstand vom Kopf auf die Füße stellen.

Denken Sie, dass die pandemische Situation und die Offensichtlichkeit des Bedarfs und der Bedeutung der Pflege ein Trigger sein kann, um sich als Berufsstand stärker zu positionieren und die eigenen Bedarfe besser durchzusetzen?

Ja, allerdings nicht ohne die Kammer. Das Klatschen vom Balkon, oder wenn wir uns diese unsägliche politische Aktion der Lavendelpflanzen vor Krankenhäusern ansehen, dann macht das ja deutlich, dass Wertschätzung kein Selbstläufer und man sich diese noch so sehr wünschen kann – das Gegenüber wird das aber nicht umsetzen. Wir müssen klare Forderungen formulieren und auch die Operationalisierung herstellen. Ich bin gerade sehr erfreut darüber, dass der Ruf nach viertausend Euro Bruttoeinstiegsgehalt für Pflegefachpersonen von Verbänden und Organisationen so gut aufgenommen wurde. Ich finde es hervorragend, dass wir da auch Petitionen haben, die diese Thematik aufgreifen. Wenn wir das nicht operationalisieren, wenn wir nicht als Pflegekräfte sagen, das brauchen wir, um diese Leistung gut erbringen zu können, dann werden wir stattdessen wieder Lavendeltöpfe kriegen.

Frau Postel, vielen Dank für das Gespräch. <<

Sandra Postel

absolvierte von 1994 bis 1997 die Krankenpflegeausbildung in Bad Honnef und Königswinter. War von 1997 bis 1999 im Städt. Klinikum Holweide. Dann von 1999 bis 2002 im CURA Krankenhaus später im Altenheim Haus Katharina. Von Okt. 2004 bis Jan. 2009 war sie Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung, Köln, und übernahm im März 2008 die Leitung der Stabsstelle Pflege bei der Marienhaus Holding GmbH Waldbreitbach. Von Jan. 2015 bis Dez. 2015 war sie Stellvertretende Vorsitzende der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (Gründungsausschuss), bei der sie im März 2016 zur Vizepräsidentin gewählt wurde. Seit April 2016 ist Postel Leiterin Marienhaus Bildung der Marienhaus Unernehmensgruppe. Im September 2020 wurde sie zur Vorsitzenden des Errichtungsausschusses der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen gewählt.

DGG veröffentlicht „COVID-19 im Alter – Die geriatrische Perspektive“

>> Warum erkranken besonders ältere Menschen? Welche Besonderheiten weisen Symptomatik und Verlauf im Alter auf? Welche Folgen können infektionsprophylaktische Maßnahmen in der älteren Bevölkerung haben? Ein achtseitiges Paper will Antworten geben und der Geriatrie vor allem in der Fachöffentlichkeit mehr Gehör verschaffen. Erstautor Professor Rainer Wirth, President-elect der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und Direktor der Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation im Marien Hospital Herne: „„Ein Blick auf diese Erkrankung aus geriatrischer Perspektive ist damit zwingend erforderlich.“ Denn schließlich betreffen schwer verlaufende COVID-19-Erkrankungen vorwiegend die ältere Bevölkerung. So habe die Mortalität der hospitalisierten über 80-Jährigen international in der ersten Welle der Pandemie

bei bis zu 54 Prozent gelegen. Heute stürben im Vergleich zu den ersten Daten zwar nur noch 13,4 Prozent der erkrankten über 80-Jährigen, doch die Sterblichkeit in dieser Bevölkerungsgruppe sei noch immer sehr hoch. „Die neun Teilbereiche beinhalten viele wichtige Informationen für unsere Kollegen“, so Wirth. „Ein Jahr nach Beginn der Pandemie konnten wir auf eine umfangreiche Literatur zurückgreifen und vermitteln so den aktuellen Kenntnisstand.“

Die relevanten wissenschaftlichen Erkenntnisse und Empfehlungen sind in der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (ZGG) frei zugänglich im Open Access erschienen. Beteiligt waren alle sechs Vorstandsmitglieder der DGG sowie fünf weitere Autoren, um fachlich alle relevanten Aspekte einer COVID-19-Erkrankung im Alter beleuchten zu können.

„Die frühzeitige Einbindung von uns Geriatern ist von Bedeutung, um den weiteren Behandlungsverlauf der zahlreichen hochaltrigen COVID-19-Patienten adäquat zu steuern“, konstatiert DGG-Past-President Professor Jürgen M. Bauer, Leiter des Zentrums für Geriatrie am Universitätsklinikum Heidelberg, der diese Position mit seinen Erfahrungen für die DGG auch im Pandemierat der Bundesärztekammer vertritt.

Die Pandemie beeinflusse bereits die gesellschaftliche Diskussion zum Thema Alter und Geriatrie nachhaltig. DGG-Präsident Professor Hans Jürgen Heppner, Chefarzt der Klinik für Geriatrie am HELIOS Klinikum Schwelm und Lehrstuhlinhaber für Geriatrie an der Universität Witten/Herdecke: „Es liegt jetzt an uns allen, die Versorgung der geriatrischen COVID-19-Patienten zukünftig zu verbessern!“ <<

Impfen: Pflege einbinden

>> Die nationale Impfstrategie soll in ihrer Umsetzung beschleunigt werden. „Pflegefachpersonen stellen hierfür eine wertvolle und bisher ungenutzte Ressource dar. Sie nicht zu nutzen, ist verantwortungslos!“, so Prof. Dr. Katja Boguth, Vorstandsmitglied im DBFK Nordost und Pflegeprofessorin an der Alice Salomon Hochschule in Berlin. „Sie sind aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung qualifiziert, in enger Zusammenarbeit mit den regional ansässigen hausärztlichen Praxen die Impfungen für die Bevölkerung durchzuführen“. Gerade in ländlichen Regionen könne eine Überforderung der Hochaltrigen durch die Vermeidung der Fahrt ins Impfzentrum durch den gezielten Einsatz von Pflegefachkräften in Zusammenarbeit mit den Hausärzten umgangen und schnelle flächendeckende Impfung ist gemacht werden. <<

DGF und DIVI: Intensivpflege in Deutschland muss gestärkt werden

>> Die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste (DGF) und die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) haben dem Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Andreas Westerfellhaus, ihre „Stellungnahme zur Stärkung und Zukunft der Intensivpflege in Deutschland“ überreicht, in der sie bessere Rahmenbedingungen für Pflegefachpersonen fordern. Aufgrund der Arbeitsbedingungen spielten zahlreiche Pflegenden mit dem Gedanken, aus ihrem Beruf auszusteigen. Das hätte



Andreas Westerfellhaus, Bild: Holger Gross

katastrophale Folgen für die Gesundheitsversorgung, warnt Westerfellhaus. Um an diesem Befund etwas zu ändern, müssten sich die Bedingungen für Pflegekkräfte jetzt ändern. „Ich freue mich, dass Pflegekkräfte und Ärzte sich zusammengetan haben und gemeinsam für bessere Arbeitsbedingungen in der Intensivpflege eintreten. Ich selbst habe bereits vor dem Beginn der Konzentrierten Aktion Pflege viele Ideen für gerechtere Entlohnung und attraktive Arbeitsmodelle eingebracht und setze mich stark für bessere Arbeitsbedingungen

in der Pflege ein.“

Lothar Ullrich, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste erklärt: „Die Arbeitsbedingungen in der Intensivpflege müssen dringend verbessert werden. Bei dieser Forderung geht es um die Qualität der Versorgung und letztlich auch um die Patientensicherheit. Denn Intensivpatienten benötigen die Unterstützung durch hochqualifizierte Pflegenden und sie profitieren unmittelbar davon. Auch brauchen wir ein deutliches Signal an die Pflegenden auf den Intensivstationen: dass sich eine Weiter-Qualifizierung lohnt, dass sie anerkannt wird und dass es dafür dann natürlich auch ein höheres Gehalt gibt.“ Auch Prof. Gernot Marx, Präsident der DIVI und Klinikdirektor der Klinik für Operative

Intensivmedizin und Intermediate Care am Universitätsklinikum Aachen zeigt sich besorgt: „Wir wollen und müssen die Arbeitsbedingungen der Pflegenden verbessern und die Attraktivität des Arbeitsfeldes erhöhen. In der laufenden zweiten Welle oder auch beginnenden dritten Welle der Covid-19-Pandemie halten die Pflegenden derzeit aus Pflichtgefühl noch durch – aber was kommt danach? Einer aktuellen Umfrage zufolge tragen sich 32 Prozent der Pflegenden derzeit mit dem Gedanken, aus dem Beruf auszusteigen. Das darf auf keinen Fall passieren. Die jetzt aber sehr positiven Signale aus der Politik, jetzt unmittelbar gemeinsam mit uns in die Umsetzung der konkret skizzierten Maßnahmen zu gehen, stimmen uns sehr hoffnungsvoll.“ <<

AOK-Gemeinschaft legt Positionspapier zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vor

AOK: Dynamisierung der Pflegeleistung

In der anhaltenden Diskussion rund um eine Reform der sozialen Pflegeversicherung hat die AOK-Gemeinschaft ein eigenes Positionspapier vorgelegt. Auf Basis des derzeitigen Teilleistungssystems werden Vorschläge zur strukturellen Weiterentwicklung sowie zur finanziellen Konsolidierung bis zum Jahr 2030 gemacht. „Wir stehen vor der großen Herausforderung, die Zukunft der sozialen Pflegeversicherung mittelfristig abzusichern. Dabei geht es im Kern um eine verbesserte Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, den Schutz vor deren wirtschaftlicher Überforderung sowie die Gewährleistung von Beitragssatzstabilität“, sagt Dr. Volker Hansen, Vorsitzender des AOK-Aufsichtsrates für die Arbeitgeberseite.

>> Um diese Ziele zu erreichen, spricht sich die AOK-Gemeinschaft in ihrem Konzept für einen breiten Finanzierungsmix aus. Zum einen beinhaltet das die Einführung eines zweckgebundenen, regelmäßig dynamisierten Bundesbeitrags in Höhe von jährlich 3,2 Milliarden Euro. Dieser soll die Beitragszahler entlasten, indem er gesamtgesellschaftliche Aufgaben der Pflegeversicherung wie etwa die soziale Absicherung von pflegenden Angehörigen gegenfinanziert. Wichtig sei, dass der Bundesbeitrag eine verlässliche Einnahmenquelle für die soziale Pflegeversicherung darstelle. Er dürfe sich nicht nach der Haushaltslage des Bundes richten und keinen Schwankungen nach unten unterliegen.

Regelgebundene Dynamisierung der Leistungen

Zum anderen sieht das Konzept vor, die Bundesländer zur Senkung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen in die Pflicht zu nehmen,



v.l.: Dr. Volker Hansen, Knut Lambertin, Vorsitzende des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes, Quelle: AOK Bundesverband.

indem sie die Verantwortung für die Finanzierung der Investitionskosten übernehmen, die mit rund 5,5 Milliarden Euro pro Jahr beziffert werden. Die Einrichtungen seien elementarer Bestandteil der Daseinsvorsorge, für deren Finanzierung der Staat Sorge zu tragen habe.

„Um die tendenziell steigenden Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen zu verringern, schlagen wir außerdem die jährliche Dynamisierung der Pflegeleistungen vor. Diese orientiert sich an den Brutto Lohnzuwächsen und ist angelehnt an den Automatismus der Rentenversicherung“, erklärt Knut Lambertin, Vorsitzender des AOK-Aufsichtsrates für die Versicherungseite. „Die Verknüpfung mit dem Anstieg der Beitragseinnahmen sichert dabei die Beitragssatzstabilität“, ergänzt Volker Hansen.

Zur weiteren Entlastung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sollen zudem bei ausgewählten, besonders förderungswürdigen Leistungen die pflegebedingten Aufwendungen vollständig finanziert werden. Das gelte beispielsweise für eine ressourcenorientierte Kurzzeitpflege. Auch sieht das Konzept die Zu-

sammenführung der häuslichen Krankenpflege und der medizinischen Behandlungspflege unter dem Dach der Gesetzlichen Krankenversicherung vor. „Durch die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege unabhängig vom Ort der Leistungserbringung werden die Rahmenbedingungen für die ambulante und die vollstationäre Pflege gezielt angeglichen und bestehende Fehlanreize beseitigt“, so Knut Lambertin.

Strukturreform durch flexibilisiertes Leistungsrecht

Damit pflegebedürftige Menschen Leistungen künftig noch einfacher und bedarfsgerechter erhalten können, plädiert die AOK zudem für eine ausgabenneutrale Aufhebung der Trennung von ambulanter und stationärer Pflege. Hier sieht sie den Schlüssel in der Flexibilisierung des Leistungsrechts, indem etwa Geldleistungs- sowie Sachleistungsbudgets unabhängig vom Ort der Leistungserbringung zusammengefasst werden. Darüber hinaus sollen die bisherigen Beratungsansprüche gegenüber der Kranken- und Pflegekasse aus einer Hand gewährt werden. Flankierend werden für die Kranken- und Pflegekassen auch deutlich mehr Gestaltungsspielräume für erweiterte Vertragsformen gefordert, um die Primär- und Langzeitversorgung sektoren-

übergreifend weiterzuentwickeln. Dadurch könne ein wesentlicher Beitrag zur Beseitigung von Unwirtschaftlichkeit und wachsender Unterversorgung in der professionellen und informellen Pflege geleistet werden. Zudem könne die Leistungsanspruchnahme gezielter gesteuert werden. Das Positionspapier sieht außerdem die Abschaffung des Kontrahierungszwangs der Pflegekassen zum Abschluss von Verträgen mit Leistungsanbietern vor. Die AOK bezweckt damit eine höhere Versorgungsqualität und bessere Wirtschaftlichkeit.

Die AOK ist davon überzeugt, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen geeignet seien, die Pflegeversicherung innerhalb dieses Jahrzehnts strukturell nachhaltig zu verbessern. Das Teilleistungsprinzip der Pflegeversicherung werde durch die Leistungsergänzungen gesichert und weiterentwickelt. Zusammen mit der Übernahme der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen durch die Länder sänken die durchschnittlichen Eigenbeteiligungen in der stationären Pflege demnach um 25 % bis 30 %. Die vorgesehene Dynamisierungsregelung bremse weitere Preissteigerungen für pflegebedürftige Menschen ab und gewährleiste zusammen mit einem gesicherten Bundeszuschuss den Grundsatz der Beitragssatzstabilität für die Beitragszahlenden in der sozialen Pflegeversicherung. <<

Der ausgehandelte Tarifvertrag für die Altenpflege kann derzeit nicht umgesetzt werden

„Ideologie schlägt Humanität“?

„Scheinheilig statt heilig“, kommentierte die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di die Absage der Arbeitsrechtlichen Kommission (ARK) des Caritasverbands Deutschland an die Erklärung der Allgemeinverbindlichkeit des Tarifvertrages für die Altenpflege Ende Februar. Von allen Seite hagelte es Kritik, doch der Verband vertritt seine Position selbstbewusst und nachhaltig. Die Zustimmung beider kirchlichen Sozialverbände, Caritas und Diakonie, ist laut Arbeitnehmer-Sendegesetz die Voraussetzung für das Verfahren. Die Diakonie bezog nach dem Veto der ARK keine Stellung mehr zum Thema und setzte den Beschluss aus.

>> „Wir zahlen seit Jahren bereits die höchsten Löhne in der Altenhilfe und seit 2009 kümmern wir uns in der Pflegekommission darum, dass alle Beschäftigten in der Altenpflege höhere Löhne bekommen“, erklärt Norbert Altmann, Vorsitzender des Ausschusses, Dienstgeberseite Arbeitsrechtliche Kommission der Caritas. Nicht umsonst liege der Mindestlohn einer ungelerten Pflegehilfskraft ab September bei 12 Euro. „Nur zum Vergleich: Der allgemeine gesetzliche Mindestlohn auch für gelernte Kräfte liegt dann bei 9,60 Euro. Wir haben zudem dafür gesorgt, dass es einen Mindestlohn für einjährig ausgebildete Pflegehelfer und für Pflegefachkräfte gibt. Von Verhinderung kann also keine Rede sein“, so Altmann weiter.

Sylvia Bühler, ver.di-Bundesvorstandsmitglied, bewertet das Votum der Caritas indes ganz anders: „Die Caritas handelt mit dieser Entscheidung in krassem Widerspruch zu ihren eigenen sonstigen Aussagen und Werten, wenn es um gesellschaftlichen Zusammenhalt und die Bedeutung sozialer Dienste geht. Das ist mehr als scheinheilig. Die Arbeitgeberseite in der Arbeitsrechtlichen Kommission kommt ihrer gesellschaftlichen Verantwortung, für bundesweit bessere Arbeitsbedingungen in der Altenpflege zu sorgen, nicht nach.“ Das sei ein schlimmes Si-

gnal für die Beschäftigten in der Altenpflege, so sagte Bühler. Die Ideologen unter den kirchlichen Arbeitgebern würden auftrumpfen, Verlierer seien aber die rund 1,2 Millionen Beschäftigten in der Altenpflege. „Ideologie schlägt Humanität, das ist ein trauriger Tag für die Altenpflege. Die Beschäftigten leisten gerade auch in der Corona-Krise Außerordentliches. Jetzt müssen sie konstatieren: Nach dem Klatschen kommt die Klatsche.“

„Große Chance vertan“

Auch der deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) kritisiert die Entscheidung. „Damit ist heute die große Chance vertan worden, die Arbeit in der Pflege nachhaltig aufzuwerten“, erklärt DGB-Vorstandsmitglied Anja Piel. Insbesondere in Zeiten der Corona-Pandemie, in denen Pflegekräfte unter extremsten Bedingungen nicht zuletzt ihre eigene Gesundheit und die ihrer Familien riskieren, sei das ein schlechtes Signal für all diejenigen, die man im Beruf halten will und künftig für diesen Beruf begeistern möchte, sagte Piel.

Caritas-Präsident Peter Neher nahm zu den Vorwürfen im Rahmen eines auf der Website des Caritasverbandes veröffentlichten Interviews Stellung zu der Entscheidung der ARK. „Hintergrund ist die Befürchtung einer

größeren Zahl von Mitgliedern der Arbeitsrechtlichen Kommission, dass bei einer Allgemeinverbindlichkeitserklärung des Tarifvertrags Pflege die Arbeitsbedingungen nicht besser für Pflegenden werden, sondern schlechter.“ Die allermeisten Pflegekräfte verdienen bei der Caritas um einiges mehr, als der Tarifvertrag festgelegt hätte. „Unsere Einrichtungen und Träger befürchten, dass die Kostenträger sich künftig am Tarifvertrag Altenpflege als Norm orientieren und die Mehrkosten der Einrichtungen nicht mehr refinanzieren, die höhere Entgelte zahlen. Wir wollen aber weiterhin gute Löhne zahlen“, erläuterte Neher weiter.

Ein zweischneidiges Schwert

Eine Befürchtung, die Christine Vogler, Vize-Präsidentin des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR) indes nicht ganz von der Hand weisen kann. Das Scheitern des Vorhabens, den von ver.di und der Bundesvereinigung der Arbeitgeber in der Pflegebranche (BVAP) abgeschlossenen Tarifvertrag Altenpflege als allgemeinverbindlich erklären zu lassen, sei bedauerlich und zugleich zwiespältig. „Einerseits ist es ein wichtiges Anliegen der Konzentrierten Aktion Pflege, die Gehälter der Profession Pflege zu verbessern. Zumindest für Pflegefachpersonen in pre-

kären Arbeitsverhältnissen wäre dies eine Verbesserung gewesen. Andererseits kann zum derzeitigen Stand nicht garantiert werden, dass derzeit bessere Gehälter nicht doch auf die im Tarifvertrag Altenpflege ausgehandelten Mindestlöhne angepasst worden wären.“ Das sei ganz bestimmt nicht das, was der Deutsche Pflegerat und die Profession Pflege wollten. Ob Mindestlöhne und Mindestarbeitsbedingungen, wie sie der Tarifvertrag Altenpflege vorgesehen habe, angemessen seien, müsse diskutiert werden. „Ziel muss ein Einstiegsgehalt für Pflegefachpersonen in Höhe von 4.000 Euro sein. Davon war das Vertragswerk weit entfernt“, kritisierte Vogler. Sie forderte schnellstmöglich eine Pflegereform, die zum einen die vollständige Refinanzierung höherer Gehälter gesamtgesellschaftlich akzeptabel absichere und dabei die finanzielle Belastung der Menschen mit Pflegebedarf vermeide. „Und zum anderen die Auszahlung der Leistungen der Pflegeversicherung daran koppelt, ob Pflegeheime und Pflegedienste ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tarifgerecht bezahlen. Jetzt muss noch vor der Bundestagswahl gehandelt werden.“

Bundesarbeitsminister Hubertus Heil zeigte sich enttäuscht von der Entscheidung der Caritas. Er beabsichtige nun, die Pflege-mindestlohnkommission einzuberufen. <<

Soziale und Technologische Innovationen: Bertelsmann Stiftung stellt zukunftsweisende Praxisbeispiele vor

Möglichst individuell und passgenau

Es ist kein Geheimnis: Das Pflegesystem in Deutschland steht vor fundamentalen Herausforderungen. Demografische Trends, aber auch strukturelle Probleme im System sowie sich wandelnde Familienverhältnisse fordern die Pflege bereits heute heraus. Soziale Innovationen können hier eine Chance sein – wie eine Studie der Bertelsmann Stiftung zeigt. In einer zweiten Studie untersucht die Stiftung hingegen Technologische Innovationen und wie diese eingesetzt werden müssen, damit sie ihre Wirksamkeit zum Wohl der Pflegenden und Pflegeempfangenden entfalten können.

>> Um eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung in Deutschland auch in Zukunft zu sichern, brauche es mehr Innovation, halten die Autoren der Studie „Potenziale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege“ fest, die gemeinsam mit dem mit IGES Institut durchgeführt wurde. Dabei stehen in dieser Studie nicht – wie man beim Stichwort „Innovation“ erwarten würde – moderne Technologien im Fokus, sondern der Schwerpunkt liegt auf sozialen Innovationen. Der Begriff bezeichnet laut Autoren die neuartige Gestaltung sozialer Praktiken mit dem Ziel, dadurch Probleme besser bewältigen zu können und Bedürfnisse gesellschaftlicher Gruppen angemessener zu befriedigen, als dies durch bestehende Praktiken möglich ist.

Die Studie bringt das Konzept der sozialen Innovation mit der ambulanten Langzeitpflege und adressiert darin verortete soziale Innovationen insbesondere in den folgenden drei Handlungsfeldern:

- der Arbeitsorganisation,
- der Gestaltung des Pflegeprozesses sowie
- der lokalen Infrastruktur im sozialen Umfeld der Pflege.

Neben den Abläufen in der professionellen Pflege werden aber auch Praxisbeispiele etwa zur Vereinbarkeit von (informeller) Pflege und Beruf oder zur Beratung bezüglich des Umgangs mit

Demenz thematisiert.

Mit Blick auf die Arbeitsorganisation kann die Studie zeigen, dass kleine, sich selbstorganisierende Pflgeteams mit flachen Hierarchien, partizipativen Entscheidungsstrukturen und eigenen Handlungsspielräumen bei der Aufgabengestaltung die Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften steigern können. Im Pflegeprozess beruhen innovative Vorgehensweisen den Ergebnissen zufolge auf ressourcenorientierten Praktiken sowie einer stärkeren Bezugspflege und zielen darauf, Pflege möglichst individuell und passgenau auf den konkreten Fall des Pflegeempfängers abzustimmen (Case Management). Dadurch soll der Erhalt gesundheitlicher Ressourcen sowie ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben in der eigenen Häuslichkeit bewirkt werden. Und schließlich zeigt die Studie auf, dass Quartiersansätze, die auf eine intensive Vernetzung der Pflege mit dem Wohn- und Lebensumfeld der Pflegeempfangenden, informellen Hilfen und anderen relevanten Professionen zielen, die soziale Teilhabe der Pflegebedürftigen und die Entlastung professionell und informell Pflegenden fördern können. Damit soziale Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege ihre Potenziale entfalten, brauche es innovationsfreundliche Rahmenbedingungen, die die Entwick-

lung und Verstetigung innovativer Praktiken in der Pflege erleichtern. Innovationsförderung, zum Beispiel in Form eines Pflege-Innovationsfonds auf Bundesebene mit niedrighschwelligem Antragsverfahren oder mittels gezielter Förderprogramme auf Landesebene stehen bei den Studienautoren hier ganz oben auf der Liste. Zweitens seien Konzepte für eine nachhaltige und stabile Finanzierung innovativer Versorgungsansätze in den bestehenden Regelstrukturen notwendig, damit innovative Strukturen nach Ende einer Modellphase auch aufrechterhalten werden können. Und drittens sollte die gestaltende Rolle der Kommunen in der Pflege gestärkt werden, denn diese könnten bei der Verzahnung von pflegerischer Versorgung, Wohnsituation und sozialer Teilhabe eine koordinierende Schlüsselfunktion einnehmen. Als Basis hierfür habe die Bertelsmann Stiftung bereits vor einigen Jahren ein Konzept entwickelt: Das Regionale Pflegebudget.

Arbeitszufriedenheit, Qualität und Patientensicherheit erhöhen

Doch auch die Technischen Innovationen kommen zum Zug. Für die Studie „Potenziale einer Pflege 4.0 – Wie innovative Technologien Entlastung schaffen und die Arbeitszufriedenheit von

Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege verändern“ hat das Institut für Innovation und Technik (iit) im Auftrag der Bertelsmann Stiftung anhand von sieben Fallstudien im In- und Ausland ermittelt, welche Be- und Entlastungseffekte für Pflegefachpersonen durch den Einsatz einer Vielzahl an Pflgetechnologien entstehen können, was daraus für die Pflegequalität folgt und welche Effekte sich dadurch für Deutschland insgesamt ergeben könnten. Fazit: Wirkungsvoll eingesetzte Pflgetechnologien erhöhen die Arbeitszufriedenheit Pflegenden, die Qualität der pflegerischen Versorgung und die Patientensicherheit. Die mobile digitale Dokumentation beispielsweise integriere das Dokumentieren stärker in den Pflegeprozess, reduziert dadurch Workflow-Unterbrechungen und spare Zeit. Sensorsysteme oder Kommunikationsroboter wirkten ebenfalls gewinnbringend.

Die Autoren arbeiten explizit heraus, dass wirkungsvoll eingesetzte Pflgetechnologien die Resilienz von Pflgeteams stärken können. Die Steigerung des Sicherheitsempfindens wirke sich positiv auf deren Arbeitszufriedenheit aus. Durch Fehlervermeidung, wirksame Präventionsmaßnahmen, verringerte Laufwege, schnelleres Dokumentieren und die einfachere Kommunikation ergäben sich zudem Effektivitäts- und Effizienzgewinne. <<



Dr. Ilona Köster-Steinebach,
Geschäftsführerin im Aktionsbündnis Patientensicherheit

Wann, wenn nicht jetzt?!

Pflegepersonalausstattung, Patientensicherheit und die Notwendigkeit des Umdenkens in der Gesundheitspolitik

>> Eine Rückschau: Im Jahr 2018 wurde das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) verabschiedet. Die Dokumentation dieses Gesetzgebungsprozesses findet sich noch immer auf der Internetseite des BMG, darunter auch ein Zitat des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn: „Wir halten Wort. Mit der Verabschiedung des Pflege-Sofortprogramms heute im Deutschen Bundestag lösen wir das Versprechen an alle Pflegekräfte in Deutschland ein, ihren Berufsalltag konkret zu verbessern. Ab dem 01.01.2019 können Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen neues Pflegepersonal einstellen. Denn wir stellen sicher, dass die Krankenkassen 13.000 Pflegestellen in der Altenpflege und jede zusätzliche Pflegestelle im Krankenhaus finanzieren.“¹

Die Äußerungen von damals, gerade einmal drei Jahre her, wirken heute, angesichts von COVID-19, wie aus der Zeit gefallen. Mittlerweile haben zwei Wellen der Corona-Pandemie das Land, ja die Welt überzogen und wir stecken mitten in einer dritten Welle, mühsam hinsichtlich der Fallzahlen, der Morbidität und Mortalität von den schleppend anlaufenden Impfungen in Schach gehalten.

Die Pandemie hat uns vieles gelehrt. Sie hat den Schleier, der über vielen Problemlagen im Gesundheitswesen lag, gelüftet. Eine Erkenntnis steht dabei ganz vorne: Ohne ausreichendes, motiviertes und geschütztes Pflegepersonal geht keine Gesundheitsversorgung! Alle Bemühungen, angesichts der Pandemie Intensivbetten aus dem Boden zu stampfen, wurden von den Insidern kopfschüttelnd bestaunt. Natürlich ist es möglich, binnen kürzester Zeit Flächen anzumieten und Betten aufzustellen. In einem Mutterland der Medizintechnikindustrie sind sogar Beatmungsgeräte unter dem Strich relativ rasch zu beschaffen. Aber Menschen kann man nicht klonen und Pflege, insbesondere Intensivpflege unter den besonderen Rahmenbedingungen der verschärften Infektionsprävention, kann eben nicht Jede/r! Und bei weitem nicht Jede/r ist bereit, sich persönlich dem Risiko der pflegerischen Betreuung hochansteckender Patient*innen auszusetzen. Eigentlich sollte jetzt endgültig klar sein: Der größte Schatz, über den unser Land, unsere Gesellschaft verfügt, sind die Menschen, die tagtäglich die pflegerische und medizinische Betreuung gewährleisten.

Strukturelle Mängel – vor und während der Pandemie

Der Umgang mit Schätzen ist allerdings ganz unterschiedlich. Da gibt es die hochgeschätzten Objekte, die teuer gehandelt, gehegt und gepflegt werden. Andere, z.B. Bodenschätze, werden ausgebeutet. Tatsächlich hat man den Eindruck, dass der Umgang mit

¹ Internetseite des BMG, abgerufen am 12.03.2021, verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html>

Pflegekräften eher nicht in die erstere Kategorie fällt. Einmalzahlungen, wenn sie denn ankommen, sind keine dauerhafte Aufwertung des Berufs. Gerade ist der neue Tarifvertrag für die Pflege am Widerstand einiger Arbeitgeber gescheitert. Und auch die aktuelle Impfpriorisierung wirft Fragen auf. Was aber am schwersten wiegt, sind die Arbeitsbedingungen.

Schon vor der Pandemie war die Situation, das belegen (ältere) internationale Vergleichsdaten und viele, viele Praxisberichte, sehr ernst. Daran haben auch die Maßnahmen des PpSG und die Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG), die sich an der Mangelsituation orientierten, nichts geändert. Die PPUG sind darauf ausgerichtet, auf einigen Stationen eine Mindest-Personalausstattung zu gewährleisten, unterhalb derer man von akuter und unmittelbarer Patientengefährdung ausgehen muss. Sie sind bestenfalls die letzte, rote Linie, die im Interesse der Patient*innen, aber auch der Mitarbeitenden, auf keinen Fall unterschritten werden darf.

Dass es im Zuge der Pandemiegesetzgebung nicht nur zur Aussetzung der Qualitätssicherung, sondern auch zur Aufhebung der PPUG kam, spricht Bände darüber, dass die Gesetzgebung 2018 mitnichten zu einem so schnellen und substanziellen Personalaufbau geführt hat, wie die Verlautbarungen der Regierung nahegelegt hatten. Es spricht vor allem auch Bände darüber, was sich gerade in der täglichen Wirklichkeit vieler Pflegekräfte und der von ihnen betreuten Patient*innen zwangsläufig abspielen muss.

Zur Beruhigung der Öffentlichkeit in einer absoluten Ausnahme-situation mag verlockend sein, die Botschaft zu senden, dass alles im Griff ist. Es ist auch leicht, aus der Entfernung und auf der Basis des Selbstlobs großer Akteure im Gesundheitswesen zu übersehen, was bei Personalmangel und persönlicher Überlastung unvermeidlich ist, dass nämlich längst nicht nur beim Impfstoff, sondern auch in der Versorgung „priorisiert“ wird. Der Vorteil für die Politik ist, dass diese „Priorisierung“ leise passiert: die Pflegekraft, die eben nur bei einem Patienten sein kann, während nebenan eine andere Patientin allein verstirbt, nicht umgelagert wird, keine Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme bekommt, es kein Entlassmanagement mehr gibt. Einzelschicksale eben.

Pflegekatastrophen sind still

Dass die Politik bezüglich der pflegerischen Versorgung in den Krankenhäusern den Anschein aufrechterhalten kann, liegt an Entscheidungen, die rund um die Verabschiedung des PpSG (und auch schon davor!) bewusst gefällt wurden. Damals wurde in § 137j SGB V mit dem Pflegepersonalquotienten eine Form des Nachweises der Pflegepersonalausstattung gewählt, die keine Relation zum tatsächlichen Pflegebedarf der versorgten Patient*innen beinhaltet.

Das Ergebnis der Erfassung bis heute ist mitnichten eine Übersicht, wo welche Pflegepersonalausstattung vorhanden ist bzw. fehlt, sondern ein Katalog zur Risikoadjustierung von DRGs. Folglich gibt es keine Kennzahlen und erst recht keine Ampel, die das Ausmaß der Überlastung der Pflegenden und der Unterversorgung der Patient*innen anzeigt – was wir jetzt in der Krise unmittelbar spüren: Die Pflegekatastrophe bleibt still. Sie spielt sich ab in vielen vermeidbaren Patientenschädigungen und in um sich greifenden Traumatisierungen des medizinischen Personals, allen voran die Pflegekräfte, vor Ort. Zahlen dazu werden aber weder erhoben noch berichtet, so dass die Situation ignoriert werden kann, trotz der Warnungen, die es durchaus gibt.

Wir alle müssen derzeit mit der Realität der Pandemie leben. Die Frage ist aber, was passiert, wenn diese (hoffentlich) irgendwann abklingt. Klopft man sich öffentlichkeitswirksam auf die Schulter und geht zum Alltag über? Bleibt es beim Blindflug in Bezug auf die Deckung des Pflegebedarfs der Patient*innen und die Überlastung des Personals? Und was passiert dann mit der Gesundheitsversorgung? Was ist mit den Menschen, die bereit waren und noch sind, zur Bewältigung der Krise eigene Gefährdungen und Belastungen hintan zu stellen und ihr Bestes zu geben? Wer von uns kennt das nicht: In der Ausnahmesituation wächst man über sich hinaus, aber wenn die Ausnahmesituation zum unabsehbaren Alltag wird?

Real- statt Symbolpolitik gefordert

In der Rückschau ist klar, dass das PpSG nicht die Trendwende in der Pflege gebracht hat. Umso wichtiger ist es, jetzt so schnell wie möglich die Weichen in eine Zukunft zu stellen, in der nicht nur eine deutliche finanzielle Aufwertung des Pflegeberufs erfolgt, sondern auch ehrlich auf die Arbeitssituation geschaut wird. Wir brauchen ein Instrumentarium, um aktuell und zutreffend Transparenz darüber herzustellen, ob der Pflegebedarf auf den Stationen tatsächlich gedeckt ist bzw. in welchem Umfang das nicht der Fall ist.

Die Zeit für Schönfärberei mittels komplizierter Berechnungen ohne Konsequenzen ist vorbei, wenn man Vertrauen in die Änderung der Zustände vor Ort herbeiführen will. Eine glaubwürdige Perspektive ist tatsächlich alternativlos, will man nicht das erschöpfte und desillusionierte Pflegepersonal verlieren und nach der Krise unabsehbare Versorgungslücken und Patientengefährdungen in Kauf nehmen. Wann wenn nicht jetzt ist der Zeitpunkt für echte Reformen im Gesundheitswesen? Wenn uns die Pandemie eines gezeigt hat, dann, dass Fehler und Versäumnisse der Vergangenheit, die in Zeiten des Überflusses irgendwie toleriert werden, sich nicht nur bitter, sondern auch finanziell sehr teuer rächen.

Echte Reformoptionen für die Gesundheitspolitik – nicht Kostendämpfung!

Schon mehren sich die Stimmen, die warnen, dass die exorbitanten Ausgaben der Pandemie die nächsten Kostendämpfungsgesetze zwingend erforderlich machen werden. Das beunruhigt, denn Kostendämpfung kann allzu leicht auf Kosten derjenigen gehen,

die sich im System am wenigsten wehren können: Patient*innen und Pflegekräfte. Simples Sparen wird leicht zur Milchmädchenrechnung, denn gespart wird oft an vermeintlich Überflüssigem: den Ressourcen für die Vorbereitung auf Krisenfälle, der Lagerhaltung, der Qualität und Patientensicherheit und natürlich am Personal. Sowohl mit Blick auf die Patientensicherheit als auch auf die Resilienz des Gesundheitswesens ist derartiges Sparen fatal: Jeder Patient und jede Patientin, die durch vermeidbare Vorkommnisse im Zuge der Gesundheitsversorgung geschädigt wird, bindet Personal und kostet Geld – vom Leid der Betroffenen ganz abgesehen. Jede Person, die mit sekundärer Traumatisierung als „second victim“ abgestumpft mehr Patientengefährdungen zulässt, verschärft die Probleme. Ohne Vorbereitung wird auch die nächste Pandemie wieder zur volkswirtschaftlichen wie medizinischen Katastrophe. Und wenn das Pflegepersonal erst einmal tatsächlich oder innerlich dem Beruf den Rücken gekehrt hat, ist die gewohnte Gesundheitsversorgung nicht aufrecht zu erhalten.

Zusammengefasst ist Corona der ultimative Weckruf, um in die Funktionsfähigkeit und Widerstandskraft des Gesundheitswesens zu investieren und seine konsequente Modernisierung zu betreiben. Zu den zentralen Prinzipien gehört, dass überkommene Besitzstände auf den Prüfstand gestellt werden müssen und dass Probleme nicht vom Weg-, sondern vom Hinschauen gelöst werden.

Das gilt auch für die Pflegepersonalausstattung: Es muss endlich ein Transparenzinstrumentarium her, das möglichst nah an der Echtzeit Aufschluss über die Relation von Pflegezeit und Pflegebedarf gibt und auf dessen Grundlage echte Versorgungssteuerung passieren kann. Patientensicherheit muss zur Maxime des Handelns werden, denn jede verhinderte Patientenschädigung entlastet in jeder Hinsicht. Das Empowerment der Patient*innen, für ihre eigene Gesundheit Sorge zu tragen, darf nicht als Kostendämpfungsbeispiel, sondern muss als reale Chance verstanden werden, Menschen zu befähigen, sich selbst widerstandsfähig in der Krise erweisen zu können.

Es sind die vermeintlich weichen Faktoren, bessere Aufklärung, bessere Entlassungsvorbereitung, bessere Unterstützung im Versorgungsprozess, bessere Kommunikation, die letztlich das Potenzial haben, Kosten zu senken und gleichzeitig das Versorgungsergebnis für die Menschen zu verbessern. Auch die viel beschworene Digitalisierung darf nicht als Spielfeld von IT-Experten, Datenschützern, Kostendämpfern und windigen Profiteuren verkommen, sondern muss konsequent unter das Ziel der Optimierung der Versorgungsprozesse aus dem Blick der Nutzer*innen – Patient*innen wie Leistungserbringende aus allen Berufsgruppen – gestellt werden. Das erfordert harte Detailarbeit auf allen Ebenen und bringt wenig unmittelbaren Glanz für den oder die zukünftige Bundesgesundheitsminister*in.

Aber wann, wenn nicht jetzt, ist die Chance gegeben, echte Veränderungen statt nur Kosmetik zu betreiben. Gerade haben wir erfahren, wie teuer, gemessen an Menschenleben, psychischen Belastungen und verlorener Wirtschaftsleistung, eine verschleppte Reform und mangelnde Resilienz des Gesundheitswesens sind. Dieser Anstoß darf nicht verloren gehen, sondern muss in echte Veränderungen umgemünzt werden! <<

Dipl.-Soz. Ralph Schilling MPH
 Dr. Thomas Stein
 Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei
 Dr. rer. pol. Stefan Blüher

Anwendung von Text Mining zur Auswertung von Begutachtungsdaten des MDK am Beispiel sozialer Einflussfaktoren von Pflegebedürftigkeit

1. Hintergrund: quantitative Analysen und Text Mining

>> Die Analyse von umfangreichen Routinedatensätzen, wie sie etwa durch Sozialversicherungsträger erhoben werden, liefert zu gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen häufig nur begrenzte Erkenntnisse. Dies liegt zum einen daran, dass die Daten meistens nicht – oder nur zu einem geringen Teil – für einen wissenschaftlichen Erkenntniszweck erhoben werden, zum anderen aber auch daran, dass die angewendeten quantitativen Analysemethoden Informationen nicht in dem Maße zugänglich machen, wie sie eigentlich im Datenmaterial enthalten sind. Ein Beispiel hierfür sind Freitextpassagen, die in sehr großen Datensätzen in entsprechend hoher Zahl zu finden sind, die aber mit den üblichen quantitativen Auswertungsmethoden nicht erfasst werden können und damit häufig als Datenquellen verloren gehen. So wächst der Bedarf an Verfahren, mit denen die in digitalen Datenquellen, wie Texten, Literaturdatenbanken, Webseiten oder E-Mails enthaltenen Informationen gewonnen und verarbeitet werden können. In Analogie zum Begriff des „Schürfens“ von Bodenschätzen werden solche Verfahren als Data Mining oder Text Mining bezeichnet.

Während sich der allgemeinere Begriff des *Data Mining* oder der *Knowledge Discovery in Databases* (KDD) dabei eher auf algorithmus-basierte Verfahren zur Identifikation von Bedeutungsmustern (patterns) aus stark strukturierten Daten bezieht, wie sie bspw. im Zuge von routinemäßigen Abfragen in wirtschaftlichen Unternehmen oder staatlichen Verwaltungen anfallen, umfasst der Begriff des *Text Mining* eine Vielzahl von Verfahren zur Gewinnung und Verarbeitung von Informationen aus eher schwach- oder unstrukturierten textbasierten Datenbanken (Feldman/Dagan 1995). Text Mining oder *Knowledge Discovery in Textual Databases* (KDT), das als Begriff erstmals im Jahr 1995 von (Feldman/Dagan 1995) in die Forschungsterminologie eingeführt wurde, ist ein weitgehend auto-

Zusammenfassung

Die quantitative Analyse gesundheitsbezogener Routinedaten liefert oft nur begrenzte Erkenntnisse, wenn wichtige Informationen in Form von Freitexten vorliegen. Sogenannte Text Mining-Verfahren bieten hier – häufig ungenutzte – Möglichkeiten für zusätzlichen Erkenntnisgewinn. Im vorliegenden Beitrag soll dies am Beispiel von Freitextangaben aus Routinedaten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK Berlin-Brandenburg) gezeigt werden. Es wurden Erstbegutachtungsdaten des MDK zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit aus dem Jahre 2017 (72.680 Antragstellende im Alter von 50-99 Jahren, etwa 80% dieser Personen erhielten eine Einstufungsempfehlung in einen Pflegegrad) mit dem Ziel ausgewertet, bedeutsame Einflussfaktoren für die Entstehung einer Pflegebedürftigkeit zu identifizieren. Hierbei spielen neben krankheitsbezogenen Ursachen auch soziale Faktoren, wie enge (familiäre) Beziehungen mit hohem Unterstützungspotenzial, eine wichtige Rolle. Der Beitrag beschreibt zum einen das methodische Vorgehen beim Text Mining-Verfahren und präsentiert zum anderen Zusammenhänge von sozialer Unterstützung und der Einstufung in einen Pflegegrad, die ohne die Anwendung des Text Mining nicht analysierbar gewesen wären. Text Mining-Verfahren sollten daher zur Ausschöpfung des Informationsgehalts, gerade von Routinedaten, viel stärker genutzt und methodisch fortentwickelt werden.

Schlüsselwörter

Text Mining, Freitextanalyse, Routinedaten, Pflegebedürftigkeit, Soziale Unterstützung

matisierter Prozess der Wissensentdeckung in textuellen Daten, der eine effektive und effiziente Nutzung verfügbarer Textarchive ermöglichen soll (Mehler/Wolff 2005). Joachims und Leopold (2002: 4) bezeichnen das Text Mining als „eine Menge von Methoden zur (halb-)automatischen Auswertung großer Mengen natürlichsprachlicher Texte“.

Die Ziele der Anwendung von Text Mining-Verfahren sind nach Tiedemann (2019):

- Die Auswertung von Textdaten, die so umfangreich sind, dass sie nicht im Einzelnen von Menschen verarbeitet werden können,
- die Identifikation von Mustern und Beziehungen von Informationen, die in Texten repräsentiert sind, sowie
- die Extraktion von Wissen, das in großen Mengen von Textdaten implizit enthalten ist.

Abhängig von der Perspektive für die Anwendung von Text Mining können an die o.g. Definition anschließend verschiedene und zum Teil auch kombinierte Techniken verstanden werden, mittels derer „nützliches Wissen“ (Fayyad et al. 1996; Fayyad et al. 1996; Kodratoff 2005) aus textbasierten Datenbanken extrahiert werden soll, um es mit linguistischen und statistischen Methoden zu erschließen (Hotho et al. 2005). Insgesamt ist die Entwicklung von Techniken innerhalb der interdisziplinären und noch recht jungen Disziplin der Wissensgenese aus großen Datenmengen weiter stark im Fluss und eine eindeutige methodische Abgrenzung deshalb schwierig. Eine detaillierte Darstellung verschiedener anwendungsorientierter Techniken des Text Mining findet sich aber bei (Hotho et al. 2005).

Die Anwendung des Text Mining im Rahmen der vorliegenden Arbeit lehnt sich an die *Technik der Informationsextraktion* (IE) an. Nach Grishman (2004: 545) kann IE als das automatisierte Erkennen von bestimmten Informationen bezeichnet werden: „The automatic

identification of selected types of entities, relations, or events in free text", bei dem es u.a. darum geht, diese Informationen bspw. einer Häufigkeitsanalyse zuzuführen.

Der Informationsgewinn, der durch die Anwendung des Text Mining erzielt werden kann, soll im Folgenden auf Basis der Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Berlin-Brandenburg demonstriert werden. Dabei soll anhand von extrahierten Informationen aus textbasierten Angaben zu sozialer Unterstützung gezeigt werden, dass nicht nur routinemäßig erhobene Daten wie pflegebegründende Diagnosen oder soziodemographische Merkmale wie das Alter, sondern auch soziale Beziehungen und Netzwerke einen bedeutenden Einfluss auf den Eintritt von Pflegebedürftigkeit haben. Diese Zusammenhänge lassen sich mit Hilfe

der Extraktion von Informationen aus Freitexten und ihrer Verarbeitung im Rahmen quantitativer statistischer Analysen finden.

2. Datensatzbeschreibung und Untersuchungsmethoden

2.1. Datensatzbeschreibung

Die Basis für die hier beschriebenen Analysen bilden die Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg (MDK BB). Es handelt sich um Erstbegutachtungen des Jahres 2017 unter Nutzung des Begutachtungsinstruments nach dem neuen Pflegestärkungsgesetz II und der damit einhergehenden Umstellung von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade. Diese Pflege-

Charakteristika des verwendeten Datensatzes							
kein Pflegegrad/ Pflegegradeinstufungsempfehlung	ohne Einstufungs- empfehlung	Pflegegrad					Summe
		1	2	3	4	5	
n	15.108	18.798	24.836	10.287	2.979	672	72.680
Geschlecht							
Frauen, n (%)	9.138 (60,5)	11.997 (63,8)	14.596 (58,8)	5.305 (51,6)	1.428 (47,9)	294 (43,8)	42.758 (58,8)
Männer, n (%)	5.970 (39,5)	6.801 (36,2)	10.240 (41,2)	4.982 (48,4)	1.551 (52,1)	378 (56,3)	29.922 (41,2)
Alter in Jahren, Mittelwert (SD)	75,4 (10,9)	77,6 (10,3)	78,6 (10,1)	78,3 (10,1)	77,5 (10,6)	75,9 (10,8)	78,2 (10,2)
Haushaltszusammensetzung/Unterstützung							
zu Hause alleinlebend, n (%)	10.020 (67,7)	11.027 (60,2)	10.757 (47,9)	2.289 (33,5)	211 (21,1)	27 (13,2)	34.331 (54,0)
zu Hause mit weiterer Person zusammenlebend, n (%)	4.786 (32,3)	7.304 (39,8)	11.702 (52,1)	4.542 (66,5)	791 (78,9)	177 (86,8)	29.302 (46,0)
Verteilung Altersgruppen							
50-74, n (%)	6133 (40,6)	6.094 (32,4)	7.185 (28,9)	3.257 (31,7)	1.139 (38,2)	280 (41,7)	24.088 (33,1)
75-89, n (%)	8.265 (54,7)	11.313 (60,2)	15.243 (61,4)	6.135 (59,6)	1.640 (55,1)	356 (53,0)	42.952 (59,1)
90-99, n (%)	710 (4,7)	1.391 (7,4)	2.408 (9,7)	895 (8,7)	200 (6,7)	36 (5,4)	5.640 (7,8)

Tab. 1: Die Tabelle beschreibt die im Datensatz abgebildeten Personen nach Einstufungsempfehlungen in die verschiedenen Pflegegrade sowie die Personen, die keine Einstufungsempfehlung erhielten. Weitere abgebildete Charakteristika sind Geschlecht, Durchschnittsalter, die Haushaltszusammensetzung in Kombination mit dem Vorhandensein oder Fehlen sozialer Unterstützung sowie einer Verteilung der Altersgruppen. Quelle: Anonymisierte Pflegebegutachtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung 2017, eigene Berechnungen.

gebegutachtungen führen in den meisten Fällen Pflegefachkräfte in der Häuslichkeit der versicherten Person durch.

Der Datensatz umfasst 72.680 Anträge auf Leistungen aus der Pflegeversicherung in Berlin und Brandenburg und enthält neben soziodemographischen Daten auch Angaben über die pflegerelevante Vorgeschichte und aktuelle Versorgungssituation, Fremdbefunde, den gutachterlichen Befund und die Beschreibung von Wohnformen, Haushaltszusammensetzungen sowie Informationen zum Unterstützungspotenzial, zu Partnerschaft und sozialen Netzwerken. Diese Informationen sowie die im Begutachtungsinstrument angegebenen pflegebegründenden Erst- und Zwealdiagnosen führen letztlich zur gutachterlichen Einschätzung der Fähigkeit der antragstellenden Person, bestimmte Aufgaben und Anforderungen des Alltags selbstständig durchzuführen. Diese Einschätzung erfolgt differenziert nach sechs definierten Modulen mit entsprechender Gewichtung:

1. Mobilität (Gewichtung 10%),
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (15%, höchster Punktwert aus Modul 2 und 3 wird verwendet),
4. Selbstversorgung (40%),
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20%) sowie
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15%).

Durch die Bewertung der Selbstständigkeit der antragstellenden Person nach den erwähnten Modulen wird letztlich die Einstufungsempfehlung in einen bestimmten Pflegegrad vorgenommen bzw. auch keine Pflegebedürftigkeit festgestellt.

Insgesamt stellten 42.758 (58,8%) Frauen und 29.922 (41,2%) Männer einen Antrag auf die Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Tabelle 1).

Der Altersbereich der Antragstellerinnen und Antragsteller liegt zwischen 50 und 99 Jahren. Mit 42.952 (59,1%) Personen stellten die 75-89-Jährigen am häufigsten einen Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit, gefolgt von 24.088 (33,1%) Personen in der Altersgruppe der 50-74-Jährigen, die 90-99-Jährigen taten dies 5.640 (7,8%) mal. Aus dem Bundesland Berlin kamen 38.819 (53,4%) aller Anträge, aus Brandenburg entsprechend 33.861 (46,6%). Die Erstbegutachtungen münden bei 57.572 (79,2%) Personen in die Einstufungsempfehlung in einen Pflegegrad, davon sind 33.620 (58,4) weiblichen, 23.952 (41,6%) männlichen Geschlechts.

2.2. Datenschutz

Um dem hohen Gut des Schutzes der Sozialdaten beim MDK BB Rechnung zu tragen, erfolgte im Vorfeld der Datennutzung mit höchster Priorität die vollständige Anonymisierung der Gutachten. Für die ge-

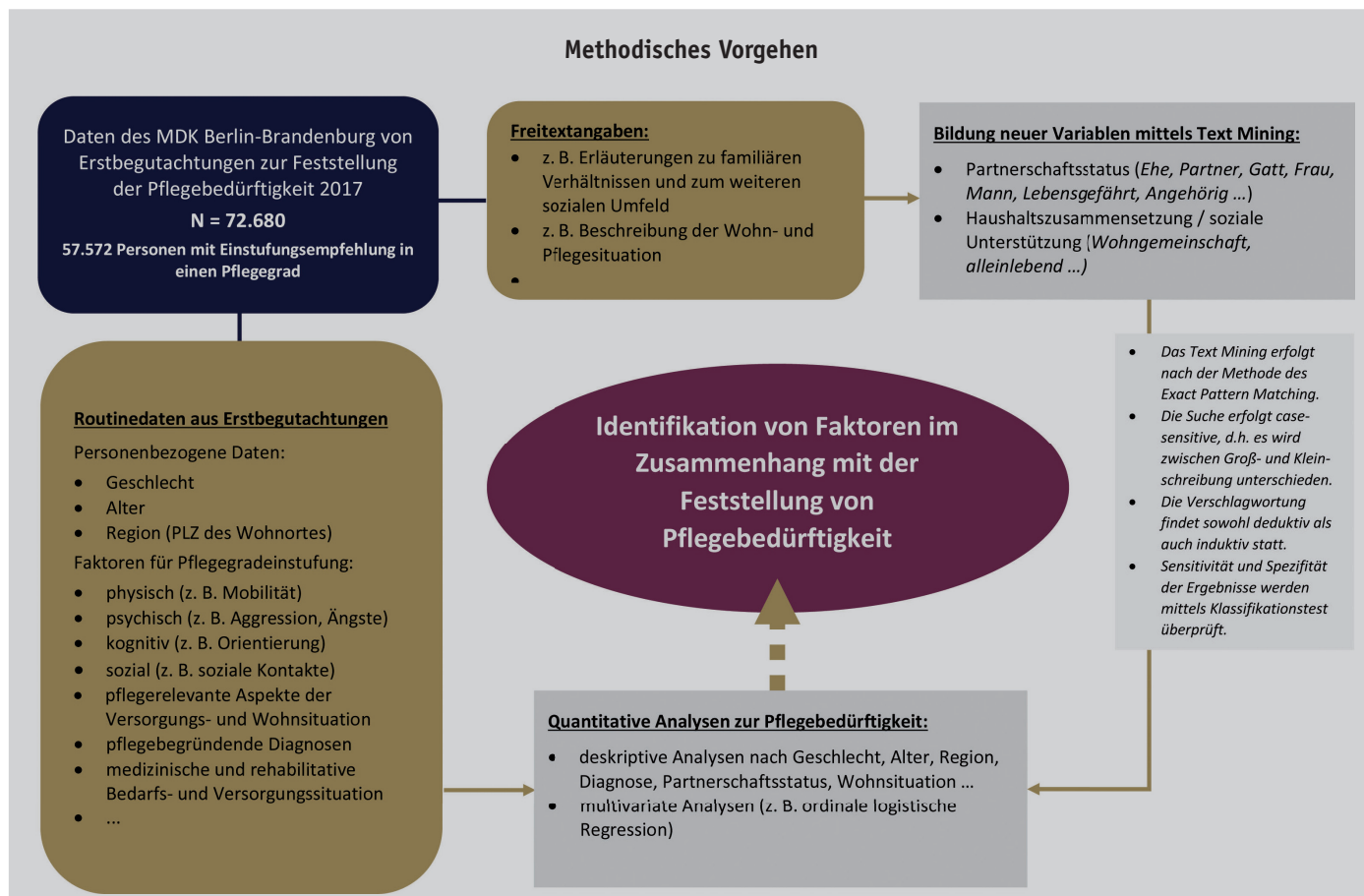


Abb. 1: Die Inhalte der Begutachtungsunterlagen erlauben zwei methodische Zugänge zur Verarbeitung dieser Daten; erstens über die enthaltenen Routinedaten wie z.B. Geschlecht, Alter, Region und zweitens über die Freitextangaben zu bspw. familiären Verhältnissen und dem sozialen Umfeld, die die Bildung neuer Variablen (z.B. Partnerschaftsstatus) mittels Text Mining erlauben. Beide Informationsquellen werden schließlich deskriptiven und multivariaten Analysen zugeführt für die Identifikation von Faktoren im Zusammenhang mit der Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Quelle: Anonymisierte Pflegebegutachtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung 2017, eigene Darstellung.

planten Analysen erhielt das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft eine einzelne, auf einem verschlüsselten Datenträger gespeicherte Datei. Zugriff auf die Daten haben ausschließlich die im Projekt arbeitenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler.

Weitere Maßnahmen zum Schutz der Daten sind die Verfügbarkeit der Postleitzahlen lediglich für die ersten drei Stellen (dementsprechend auf ein größeres geographisches Aggregat bezogen) und die Zusammenfassung des Alters der Antragstellerinnen und Antragsteller zu 5-Jahres-Altersgruppen.

2.3 Methode

Grundlage für die statistischen Analysen zur Identifikation von Faktoren, die im Zusammenhang mit der Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Einstufungsempfehlung in einen Pflegegrad stehen, bilden die zuvor beschriebenen Daten des MDK BB. Unter anderem beinhalten diese neben den pflegebegründenden Diagnosen auch routinemäßig erhobene Daten zu personenbezogenen Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Haushaltszusammensetzung oder Wohnort (in Form der ersten drei Stellen der PLZ) sowie Informationen zu individuellen psychischen, physischen, kognitiven und sozialen Voraussetzungen für die Pflegegradeinstufung. Sofern diese Informationen bereits als numerische Daten vorliegen, können sie direkt in die statistischen Analysen zu den Einflussfaktoren für die Einstufungsempfehlung einbezogen werden. Zur Anwendung kommen dabei bspw. nach Geschlecht, Alter, Haushaltszusammensetzung und Wohnort differenzierte statistische Analysen, die Aufschluss über das Zusammenwirken verschiedener Charakteristika mit der Pflegegradeinstufung liefern können. Darüber hinaus finden sich im Zuge der Erstbegutachtungen durch den MDK auch Daten zu den familiären Verhältnissen der Antragstellenden, zum sozialen Umfeld oder Beschreibungen der Wohnbedingungen und Pflegesituation in Form von Freitextangaben. Diese Angaben sind zwar nicht obligat, erlauben aber oftmals Rückschlüsse zu sozialen Konstellationen, die im Zusammenhang mit einer Pflegegradeinstufung relevant sind.

Der beschriebene methodische Ansatz umfasst somit zwei Zugänge zur Identifizierung von Einflussfaktoren der Pflegebedürftigkeit: standardisierte Routinedaten und Text Mining, Abbildung 1 verdeutlicht beide Zugangswege.

Im Rahmen der Anwendung von Text Mining auf die vorliegenden Daten der Begutachtungen werden mithilfe einer Verschlagwortung von Schlüsselbegriffen aus den Freitextangaben weitere Merkmale der begutachteten Personen extrahiert und einer statistischen Analyse zugänglich gemacht. Das Verfahren zur Ermittlung dieser Informationen wird nach der Methode des „Exact Pattern Matching“ durchgeführt. Dazu werden thematisch relevante Freitextangaben in den Datensätzen der Antragstellenden selektiert und in Zeichenketten (Strings) umgewandelt. Anschließend wird jeder dieser Strings exakt nach relevanten synonymen Schlagwörtern durchsucht. Für das Merkmal Partnerschaft wurden bspw. die Begriffe *Ehe*, *Partner*, *Gatt*¹, *Mann*, *Lebensgefährt*, *Lebensgefährtin* ermittelt und ausgewählt. Im

¹ Bei Verwendung des Schlagwortes „Gatt“ würden bspw. die Begriffe „Gatte“ und auch „Gattin“ und weitere gefunden werden.

Bildung der Variablen für „soziale Unterstützung“

In einem ersten Schritt wurden die Variablen „Partnerschaft“, „Kinder“, „andere Familienangehörige“ und „andere Kontaktpersonen“ gebildet. Dies geschah über die Ermittlung, wie oft bestimmte Zeichenketten Erwähnung in den Freitexten finden:

Partnerschaft: *Partner*, *Lebensgefährt*, *Lebensgefährtin*, *Ehe*, *Gatt*, *Mann* – die Zeichenkette *Frau* wurde nicht verwendet, weil es hier zu viele false positives gab (z.B. „Die Telefonnummer von **Frau** ... lautet ...“).

Kinder: *Tochter*, *Töchter*, *Toechter*, *Sohn*, *Söhne*, *Soehne*, *Kind*, *Schwieger*

Andere Familienangehörige: *Familie*, *Angehörig*, *angehörig*, *Angehörig*, *angehörig* – die Zeichenkette *familie* wurde nicht verwendet, da es zu viele false positives gab (z.B. „Ein**familien**haus“)

Andere Kontaktpersonen: *Nachbar*, *nachbar*, *Betreuer*, *betreuer* – die Zeichenketten *freund* und *bekannt* wurden nicht verwendet, da es zu viele false positives gab aufgrund der Verwendung beider Begriffe als Adjektive (z.B. „**freundlich**“, „**bekanntes** Datum“, ...)

In einem zweiten Schritt wurde die Verfügbarkeit von unterstützenden Personen zur neu gebildeten Variable „soziale Unterstützung“ zusammengefasst. Sofern mindestens eine der vier gebildeten Variablen die Ausprägung „1“ aufweist, wurde die Variable „soziale Unterstützung“ ebenfalls mit einer „1“ kodiert, anderenfalls mit „0“.

Infokasten 1: Bildung der Variablen für „soziale Unterstützung“

Falle eines Treffers wird dann einer neu gebildeten numerischen Variable Partnerschaft eine 1 für „in Partnerschaft lebend“, anderenfalls eine 0 für „alleinstehend“ zugeordnet. Angaben zu weiteren Dimensionen des Merkmals „soziale Unterstützung“ wie *Kinder*, *andere Familienangehörige* oder *Kontaktpersonen* werden nach dem gleichen Vorgehen ermittelt und entsprechend in numerische Variablen transformiert. Infokasten 1 zeigt detailliert, wie bei der Informationsextraktion und der Variablenbildung zu unterstützenden Personen vorgegangen wurde.

Die Suche der Zeichenketten erfolgt case-sensitive, d. h. es wird zwischen Groß- und Kleinschreibung (z.B. *Angehörig*, *angehörig*) unterschieden. Durch diese Verfahrensweise wird bspw. verhindert, dass eine Enkeltochter zugleich als Tochter gewertet und damit ein und derselbe Eintrag doppelt gezählt wird. Die Verschlagwortung findet sowohl deduktiv als auch induktiv statt. Somit werden Schlagwörter einerseits anhand von theoretisch abgeleiteten bzw. in Wörterbüchern befindlichen Synonymen sowie andererseits nach empirisch ermittelten Textfeldinhalten gebildet.

In einem zweiten Schritt wird das Vorhandensein unterstützender Personen aus den ermittelten Ergebnissen in eine Variable „soziale Unterstützung“ aggregiert. Sofern mindestens eine der gebildeten Variablen die Ausprägung „1“ aufweist, wird die Variable „soziale Unterstützung“ ebenfalls mit einer „1“ kodiert, anderenfalls mit „0“, siehe Infokasten 1.

Zur Validierung der Suchergebnisse werden Sensitivität und Spezifität des Verfahrens mittels Klassifikationstest überprüft. Zu diesem Zweck werden Zufallsstichproben von Gutachten gezogen

Technische Umsetzung des Text Mining

Zum Einlesen der txt-Datei wurde die Funktion `import` im Paket `rio` verwendet. Zum Exact-String-Matching wird die Funktion `grep` (base R) genutzt.

Die Syntax der Funktion lautet:

```
grep(pattern, x, ignore.case = FALSE, perl = FALSE,
value = FALSE, fixed = FALSE, useBytes = FALSE, invert = FALSE)
```

Die Funktion hat folgende Argumente:

pattern: character string containing a regular expression (or character string for `fixed = TRUE`) to be matched in the given character vector. Coerced by `as.character` to a character string if possible. If a character vector of length 2 or more is supplied, the first element is used with a warning. Missing values are allowed except for `regexpr` and `gregexpr`.

x, text: a character vector where matches are sought, or an object which can be coerced by `as.character` to a character vector. Long vectors are supported.

ignore.case: if `FALSE`, the pattern matching is case sensitive and if `TRUE`, case is ignored during matching.

perl: logical. Should Perl-compatible reg exprs be used?

value: if `FALSE`, a vector containing the (integer) indices of the matches determined by `grep` is returned, and if `TRUE`, a vector containing the matching elements themselves is returned.

fixed: logical. If `TRUE`, `pattern` is a string to be matched as is. Overrides all conflicting arguments.

useBytes: logical. If `TRUE` the matching is done byte-by-byte rather than character-by-character. See 'Details'.

invert: logical. If `TRUE` return indices or values for elements that do not match.

Die Funktion gibt per default die Indizes der Felder an, die den gesuchten String enthalten. Sofern die Länge des zurückgegebenen Vektors größer gleich 1 ist, enthält mindestens eines der Felder den gesuchten Begriff. Wir wenden die Funktion mittels „`apply`“ zeilenweise auf unseren Datensatz an. Die Dauer für den gesamten Datensatz beträgt ca. 1 Minute.

Infokasten 2: Technische Umsetzung des Text Mining

($n=100$) und sowohl händisch als auch unter Anwendung des beschriebenen Verfahrens auf das Vorkommen und die Validität der Bedeutungszuschreibung der verwendeten Schlagwörter geprüft. Die Zuverlässigkeit der Methode wird bewertet, indem Zuordnungen zu „true positive“, „false positive“, „true negative“ sowie „false negative“ berechnet werden. Die händische Erfassung fungiert dabei als Referenz, die automatisierte Erfassung als Komparator. Thematisch relevante Suchbegriffe, die erst im Zuge der Validierung ermittelt werden können, werden dem Schlagwortkatalog hinzugefügt. Nach erfolgter „Sättigung“ der Verschlagwortung wird die Suche auf den gesamten Datensatz angewendet. Die Extraktion wurde mit der Software R, Version 3.4.3. durchgeführt. Infokasten 2 zeigt detailliert die Vorgehensweise für die technische Umsetzung des Verfahrens.

Die beschriebene Variante des Text Mining eröffnet die Möglichkeit, Informationen bspw. zu sozialen Unterstützungspotenzialen aus den Freitexten herauszufiltern und sie quantitativen statistischen Analysen zugänglich zu machen.

3. Erkenntnisgewinn durch Text Mining am Beispiel sozialer Unterstützung

Wie vorangehend erörtert, nutzen wir für unsere Analysen der sozialen Unterstützung von Personen, die einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung stellen, Schlagwörter, die auf soziale Beziehungen oder Netzwerke hinweisen; diese sind z.B. „Partnerin“ oder „Partner“, „Kinder“ und andere Familienangehörige, aber auch außerfamiliäre Kontaktpersonen wie „Freund“, „Freundin“, „Nachbarin“ oder „Nachbar“. Die mittels Text Mining gebildeten Variablen können nun im Zusammenhang mit einer vorhandenen Pflegegrad-einstufung ausgewertet werden.

Unsere Beispielergebnisse zeigen die neu gebildete Variable zu

sozialer Unterstützung in Verbindung mit der Haushaltszusammensetzung (alleinlebend/ nicht alleinlebend) und dem Zusammenhang zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Die Kombinationsvariable Haushaltszusammensetzung beinhaltet drei Kategorien: *alleinlebend ohne Unterstützung*, *alleinlebend mit Unterstützung* und *nicht alleinlebend*, wobei bei letzterer Kategorie davon ausgegangen wird, dass diese Haushaltszusammensetzung mit dem höchsten sozialen Unterstützungspotenzial einhergeht.

Folgende Ergebnisse erläutern beispielhaft den Zusammenhang zwischen der Konstellation Haushaltszusammensetzung/soziale Unterstützung und der Höhe des empfohlenen Pflegegrades.

Abbildung 2 verdeutlicht, dass nicht alleinlebende Personen im Vergleich der drei Kategorien die höchsten Pflegegradempfehlungen erhalten; Mit Ausnahme von Pflegegrad 1 liegt deren Anteil stets über 50%. Die geringsten Anteile zeigen sich über alle Pflegegrade für Alleinlebende, die von keiner Unterstützung durch andere Personen berichten (von 20% in Pflegegrad 1 bis 2% in Pflegegrad 5). Insgesamt werden für Alleinlebende unabhängig von der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung durchschnittlich niedrigere Pflegegrade empfohlen als für Nicht-Alleinlebende (Pflegescore² 1,66 zu 1,97).

4. Diskussion

Der vorliegende Artikel beschreibt die Anwendung eines Text Mining-Verfahrens zur Identifikation von textbasierten Informationen am Beispiel sozialer Einflussfaktoren auf die Feststellung und Einstufung von Pflegebedürftigkeit. Durch diese Methode ist es möglich, Angaben in Freitexten des Begutachtungsinstrumentes des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einer quantitati-

² Der Pflegescore wird aus dem arithmetischen Mittel der jeweiligen Häufigkeiten für jeden einzelnen Pflegegrad gebildet.

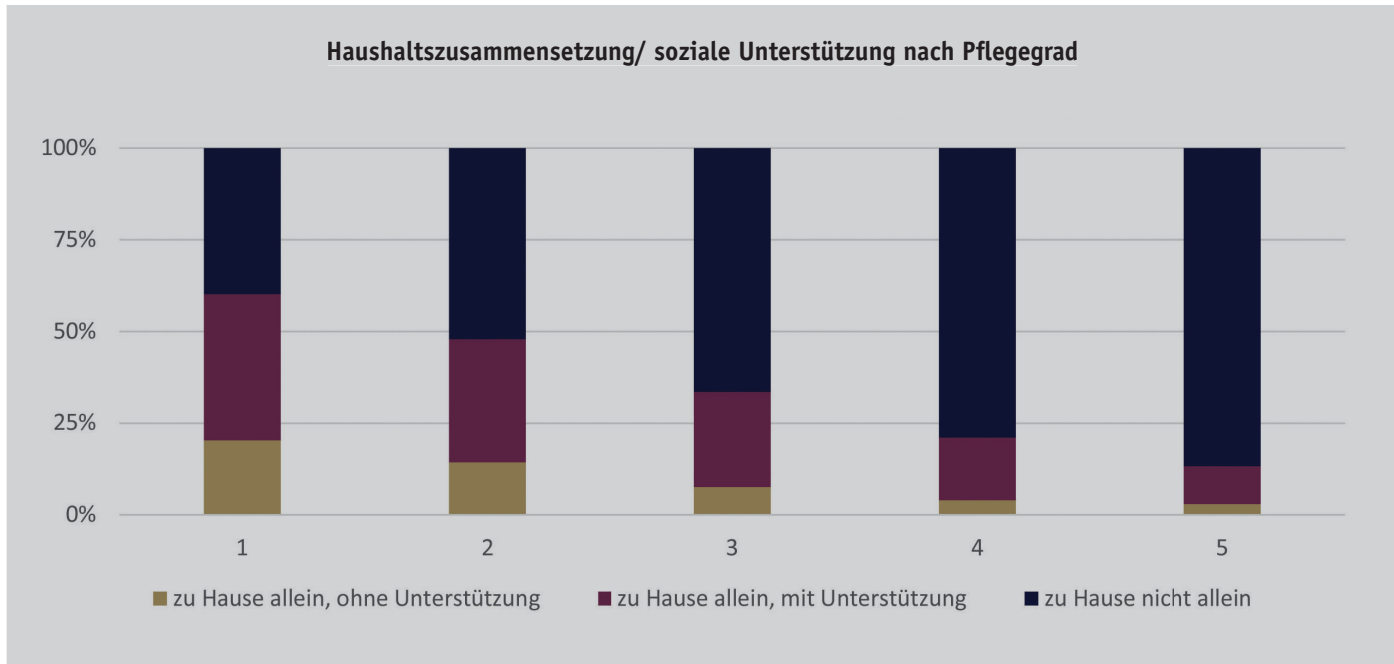


Abb. 2: Gezeigt wird hier der prozentuale Anteil der in der eigenen Häuslichkeit nicht alleinlebender und alleinlebender Antragsteller und Antragstellerinnen in Verbindung zur Pflegegradempfehlung. Alleinlebende Antragsteller und Antragstellerinnen werden nach dem Vorhandensein oder der Abwesenheit sozialer Unterstützung differenziert. Quelle: Anonymisierte Pflegebegutachtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung 2017, eigene Berechnungen.

ven statistischen Analyse zuzuführen und beispielsweise Befunde zur Bedeutung von Partnerschaft sowie sozialen Netzwerken für die Einstufung in einen Pflegegrad zu generieren.

Methodisch ist das gewählte Vorgehen an verschiedene Studien (Karystianis et al. 2018; Ananiadou et al. 2006; Kayser/Blind 2017) angelehnt und folgt dem aktuellen Forschungsstand. In Bezug auf die Größe des Trainingssamples orientierten wir uns an der Studie von Karystianis et al. (2018), in der ein vergleichbares Verfahren eingesetzt wurde und ein Trainingssample von $n=100$ bei einer deutlich höheren Fallzahlbasis (492.393) als in vorliegender Studie zur Anwendung kommt. Dabei konnten äußerst präzise Ergebnisse erzielt werden.

Limitationen des angewendeten Verfahrens zum Text Mining liegen hingegen bspw. in der Identifikation von zwar relevanten, aber orthografisch fehlerhaft übertragenen Textbestandteilen im Datensatz. So würde bspw. der Begriff „Prtnr“ nicht als Partner oder Partnerin identifiziert werden können, wenn er nicht zufällig in den ermittelten Ergebnissen oder den gezogenen Zufallsstichproben auftaucht und auf diese Weise Eingang in die Verschlagwortung findet. Bei der Bewertung der Ergebnisse muss außerdem berücksichtigt werden, dass die Validierung der Suchergebnisse mittels Klassifikationstest auf der Basis von jeweils $n=100$ Zufallsstichproben durchgeführt wurde. Inwiefern eine Erhöhung der Anzahl an Stichproben die Zuverlässigkeit der Ergebnisse verbessern kann, sollte in nachfolgenden Studien weiter erprobt werden. Prinzipiell bleibt die Anzahl der für die Validierung gezogenen Stichproben aus pragmatischen Gründen aber begrenzt.

Die Analysen beziehen sich außerdem auf *berichtete* Partnerschaften sowie soziale Netzwerke und damit verbundene Unterstüt-

zungspotenziale. Unabhängig von der beschriebenen Validierung der Suchergebnisse können somit Fälle auftreten, in denen z.B. von einer Partnerschaft berichtet wird, es sich dabei aber um eine/einen verstorbene*n Partner*in handelt. Oder es können Fälle auftreten, in denen Personen zwar keine Partnerschaft berichten, aber dennoch in einer solchen leben und auf Unterstützung zurückgreifen können. Demzufolge besteht die Möglichkeit einer Über- oder Unterschätzung der auf Basis des hier beschriebenen Text Mining-Verfahrens ausgewiesenen Prävalenzen.

Weitere limitierende Aspekte ergeben sich aus der vorliegenden Datenbasis. So handelt es sich zunächst um Querschnittsdaten, so dass evtl. vorliegende Progredienzen der Pflegebedürftigkeit nicht über den Zeitverlauf analysiert werden können. Darüber hinaus sind für die vorliegenden Analysen ausschließlich die Begutachtungunterlagen des MDK für die Bundesländer Berlin und Brandenburg genutzt worden – jedes Bundesland und damit auch Berlin und Brandenburg zeichnet sich durch diverse Spezifika aus (z.B. Altersstruktur, Geschlechterverhältnis, Krankheitsgeschehen) – und stellt demnach kein repräsentatives Sample für die gesamte Pflegesituation in Deutschland dar. Im Hinblick auf unsere Beispielergebnisse zeigen jedoch auch andere Studien (Borchert/Rothgang 2008), dass eine Partnerschaft häufig mit einer verschobenen Beantragung von Leistungen aus der Pflegeversicherung in Zusammenhang steht. Ebenso wurde der protektive Charakter einer Partnerschaft bereits in anderen Studien hervorgehoben (Schneider et al. 2020; Hajek/König 2016); unsere Befunde decken sich mit diesen Ergebnissen und bestätigen damit die Bedeutung einer Partnerschaft als wichtigem sozialen Einflussfaktor im Zusammenhang mit der Entstehung einer Pflegebedürftigkeit.

Über den Informationsgewinn hinaus, der sich aus der Anwendung des beschriebenen Text Mining-Verfahrens ergibt, ist eine noch detailreichere Freitext-Analyse wünschenswert: Inwieweit ergeben sich bspw. durch Unterstützungsarrangements einerseits familiärer Art und andererseits nicht-familiärer Art (z.B. Nachbarn/Bekannte) Synergieeffekte oder Reibungsverluste? Evtl. ist es nicht ausreichend, pauschal das Unterstützungspotenzial zu betrachten – so können trotz Unterstützung durch zahlreiche Nachbarn andere Bedarfe bestehen bleiben (z.B. Unterstützung bei der Körperpflege, wenn Nachbarn ausschließlich bei Besorgungen helfen). Diese Analysen haben im Rahmen der Studie bereits begonnen und werden das Wissen um spezifische Unterstützungspotenziale erweitern.

5. Schlussfolgerungen

Das Ziel unserer Analysen unter Anwendung von Text Mining ist es, neben soziodemographischen Charakteristika und pflegebe-

gründenden Diagnosen auch soziale Parameter als Einflussfaktoren auf einen Pflegebedarf zu untersuchen. Zu diesen sozialen Parametern zählen wir vor allem (i) die Eingebundenheit in familiäre Beziehungen (Partnerschaft, Kinder) und andere soziale Netzwerke (Bekannte, Nachbarn und Freunde), (ii) die aktuelle Haushaltszusammensetzung/soziale Unterstützung und (iii) das Vorhandensein von Barrieren in der eigenen Wohnumgebung von Antragstellerinnen und Antragstellern. Es konnte gezeigt werden, dass mittels Text Mining-Verfahren deutliche Informationsgewinne aus Routinedaten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erzielt werden können. Dies sollte Anlass sein, den Einsatz von Text Mining in der Freitextanalyse weiter zu etablieren und durch die Modifikation des eingesetzten Validierungsverfahrens methodisch fortzuentwickeln. Aktuell wird im Rahmen unserer Studie ein weiterer Beitrag erarbeitet, der sich auf die hier beschriebenen Verfahren stützt und sich thematisch auf die von Antragstellerinnen und Antragstellern berichteten Barrieren in der eigenen Wohnumgebung konzentriert. <<

Literatur

- Ananiadou, S./Kell, D.B./Tsujii, J. (2006): Text mining and its potential applications in systems biology. In: Trends in biotechnology 24, 12, : 571-579
- Borchert, L./Rothgang, H. (2008): Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer. In: Bauer, U./Büschler, A. (Hrsg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung 2008: 215-237
- Fayyad, U./Piatetsky-Shapiro, G./Smyth, P. (1996): The kdd process for extracting useful knowledge from volumes of data. In: Communications of the ACM 1996, 39, 11: 27-34
- Fayyad, U.M./Piatetsky-Shapiro, G./Smyth, P. (1996): From data mining to knowledge discovery: An overview. In: Fayyad, U.M./Piatetsky-Shapiro, G./Smyth, P./Uthurusamy, R (Hrsg.) (1996): 1-34
- Feldman, R./Dagan, I. (1995): Kdt - knowledge discovery in texts. In Proc. of the First Int. Conf. on Knowledge Discovery (KDD) 112-117. <https://www.aaai.org/Papers/KDD/1995/KDD95-012.pdf>. (abgerufen am 15.10.2020)
- Grishman, R. (2004): Information Extraction. In Mitkov, R. et al. (Hrsg.) (2004): 545-559. Zitiert nach Schmolz, H. (2015): Anaphora Resolution and Text Retrieval. In: Imo, W./Spieß, C. (Hrsg.) Empirische Linguistik / Empirical Linguistics, Band 3 Walter de Gruyter, Berlin/Boston. file:///C:/Users/User/AppData/Local/Temp/[9783110416756%20-%20Anaphora%20Res olution%20and%20Text%20Retrieval]%20Anaphora%20Resolution%20and%20Text%20Retrieval.pdf. (abgerufen am 30.10.2020)
- Hajek, A./König, H.H. (2016): Longitudinal Predictors of Functional Impairment in Older Adults in Europe- Evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. In: PLoS One 2016, 11, 1: e0146967. doi:10.1371/journal.pone.0146967
- Hotho, A./Nürnberger, A./Paaß, G. (2005): A Brief Survey of Text Mining. In: Zeitschrift für Computerlinguistik und Sprachtechnologie 2005, 20, 1. <http://www.kde.cs.uni-kassel.de/hotho/pub/2005/hotho05TextMining.pdf> (PDF). (abgerufen am 15.10.2020)
- Joachims, T./Leopold, E. (2002): Themenheft: Text-Mining. Vorwort der Herausgeber. Künstliche Intelligenz 2(4). Zitiert nach: Mehler, A./Wolff, C. (2005): Einleitung: Perspektiven und Positionen des Text Mining. In: Zeitschrift für Computerlinguistik und Sprachtechnologie 2005, 20, 1. <https://web.archive.org/web/20150402143908/http://pub.uni-bielefeld.de/luur/download?func=downloadFile&recordId=1773642&fileId=2311304> (abgerufen am 15.10.2020)
- Karystianis, G. et al. (2018): Automatic extraction of mental health disorders from domestic violence police narratives: text mining study. In: Journal of medical internet research 2018, 20, 9: e11548.
- Kayser, V./Blind, K. (2017): Extending the knowledge base of foresight: The contribution of text mining. In: Technological Forecasting and Social Change 2017, 116: 208-215
- Kodratoff, Y. (2005): Knowledge discovery in texts: A definition and applications. In: Rás, Z.W./Skowron, A. Proceedings of the 11th International Symposium on Foundations of Intelligent Systems (ISMIS '99) Zitiert nach: Mehler, A./Wolff, C. (2005): Einleitung: Perspektiven und Positionen des Text Mining. Zeitschrift für Computerlinguistik und Sprachtechnologie 2005, 20, 1. <https://web.archive.org/web/20150402143908/http://pub.uni-bielefeld.de/luur/download?func=downloadFile&recordId=1773642&fileId=2311304>. (abgerufen am 15.10.2020)
- Mehler, A./Wolff, C. (2005): Einleitung: Perspektiven und Positionen des Text Mining. In: Zeitschrift für Computerlinguistik und Sprachtechnologie 2005, 20, 1. <https://web.archive.org/web/20150402143908/http://pub.uni-bielefeld.de/luur/download?func=downloadFile&recordId=1773642&fileId=2311304> (abgerufen am 15.10.2020)
- Schneider, A./Blüher, S./Grittner, U. et al. (2020): Is there an Association between Social Determinants and Care Dependency Risk? A multistate model analysis of a longitudinal study. In: Research in Nursing & Health 2020, 43, 3: 230-240
- Tiedemann, M. (2019): Text Mining – Grundlagen, Methoden und Anwendungsfälle. News-Blog der Alexander Thamm GmbH zum Thema: Künstliche Intelligenz. <https://www.alexanderthamm.com/de/blog/text-mining-grundlagen-methoden-und-anwendungsfaelle/> (abgerufen am 09.11.2020)

Autorenerklärung

Ethische Richtlinien wurden bei der Durchführung und Auswertung dieser Studie eingehalten. Die Autorin und die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen. Die Lieferung der anonymisierten Daten erfolgte durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Using text mining as a tool to analyze assessment data provided by the Health Insurance Medical Service (MDK) based on the example of social predictors of care dependency

Statistical analysis of routine health data often yields limited findings when key information is available only in unstructured text form. Text-mining methodologies allow this type of information to be processed. This study uses data from care assessments conducted by the Berlin-Brandenburg Health Insurance Medical Service (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg) to demonstrate the benefits of using text mining to obtain information by extracting data from free-form text passages on applications for social healthcare support. It uses initial assessment documents from 72,680 applicants (age range: 50-99 years) from 2017 to identify determinants influencing care dependency. Around 80% of these applicants were assigned to a care-level category. In addition to illness-related causes, social environmental factors such as family circumstances play a major role in determining which level of care the applicant requires. This article describes the methodology of text mining and examines correlations between an individual's social environment and their categorisation into a care level which would not have been analysable without the use of text mining. The findings suggest that text mining should be more widely used and methodically developed to capture relevant information, especially within sets of routine data.

Keywords

Text Mining, Free Text Analysis, Routine Data, Care Dependency, Social Support

Dipl.-Soz. Ralph Schilling

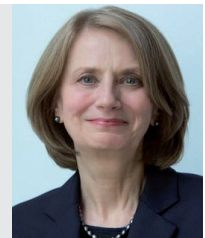
ist Diplom-Soziologe und MSc in Public Health. Nach dem Studium an der Freien Universität Berlin war er zunächst u.a. wissenschaftlicher Mitarbeiter am Robert Koch-Institut sowie am Institut für Biometrie und Klinische Epidemiologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Zurzeit ist er Wissenschaftler am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Seine Arbeitsfelder liegen im Bereich Methoden sowie Prävention und psychosozialer Gesundheitsforschung.
Kontakt: ralph.schilling@charite.de

**Dr. Thomas Stein**

studierte im Master Demographie an der Universität Rostock und der Autonomen Universität Barcelona. Er befasste sich bereits im Rahmen seiner Masterarbeit an der Universität Rostock mit dem Thema der Demenz als bedeutsamer Determinante für Pflegebedürftigkeit in Deutschland mit ihren Komorbiditäten. Seit April 2017 ist Herr Stein als Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.
Kontakt: thomas.stein2@charite.de

**Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei**

ist Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft sowie wissenschaftliche Direktorin des Centrums für Human- und Gesundheitswissenschaften der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Sie war Mitglied der 3., 4. und 5. Altenberichtscommission der Bundesregierung. 2016 bis 2020 wurde sie in den Deutschen Ethikrat berufen. Zum 01.01.2020 hat sie den Vorsitz des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf beim BMFSFJ übernommen.
Kontakt: adelheid.kuhlmei@charite.de

**Dr. rer. pol. Stefan Blüher**

ist Soziologe, wissenschaftlicher Mitarbeiter und leitender Wissenschaftler am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité-Universitätsmedizin Berlin. Seine Arbeitsfelder sind unter anderem: Gesundheit und Prävention im höheren Lebensalter, Technisierung und Digitalisierung in Medizin und Pflege.
Kontakt: stefan.blueher@charite.de



Dipl. Pflegewirt (FH) Mathias Wollny MA MSc
 Dipl. Pflegewirt (FH) Harald Kuhlmann BHealthScN

Anwendungshäufigkeit perkutaner Herzunter- stützungssysteme in Deutschland

Darstellung von Häufigkeit und Verteilung
 von IABP, MBP, va-ECMO von 2006 - 2018

Einleitung

Bei kardiologischen Interventionen kommen auch Herzunterstützungssysteme zum Einsatz. Eine zeitweise mechanische Unterstützung des linken Ventrikels durch perkutane Herzunterstützungssysteme kann bei der Behandlung verschiedener kardiologischer Krankheitsbilder von Nutzen sein. Bedingt durch den demographischen Wandel, Anspruchs- und Erwartungsverhalten sowie des medizinisch-technischen Fortschritts können zunehmend mehr Patienten mittels Herzunterstützungssystemen (MCS) versorgt werden (Deutscher Herzbericht 2018). Dabei stehen zur Linksherzunterstützung neben invasiven auch perkutane Systeme zur Verfügung. Letztere können bei mannigfaltigen Indikationen in Betracht gezogen werden. Der Einsatz eines perkutanen Mechanical Circulatory Support (pMCS) verfolgt das Ziel der Sicherstellung einer peri- und/oder postprozeduralen hämodynamischen Stabilität und somit Reduktion potenzieller peri-/postinterventioneller Komplikationen (Burzotta et al. 2015). Hierzu zählen bspw. das akute oder chronische Herzversagen, bei dem das geschädigte Herz über eine gewisse Zeit unterstützt werden muss. Aber auch der prophylaktische Einsatz bei perkutanen Koronarintervention (PCI) von Hochrisikopatienten (HR) mit komplexer koronarer Herzkrankheit kann indiziert sein. Dabei kommen verschiedene Techniken mit teils unterschiedlichen Wirkmechanismen zum Einsatz, um eine passive (IABP) bzw. aktive (MBP) linksventrikuläre Herzunterstützung herbeizuführen oder aber das Herz extrakorporal (va-ECMO) komplett zu umgehen. Auch eine Kombination der Techniken findet Anwendung (Nuding/Werdan 2017).

>> Die nachfolgende Analyse beschreibt auf Basis von Primärdaten die Häufigkeit und Verteilung perkutaner Herzunterstützungssysteme der Jahre 2006 bis 2018. Analysiert werden dabei die Anwendungen von Intraaortaler Ballonpumpen (IABP), Mikroaxialer Blutpumpen (MBP) sowie Extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO), im Rahmen dieser Arbeit summiert als perkutaner Mechanical Circulatory Support (pMCS).

Zusammenfassung

In der Studie werden Häufigkeiten der Nutzung perkutaner Herzunterstützungssysteme von 2006 bis 2018 in Deutschland basierend auf stationären Prozedurenzahlen analysiert. Unter dem Sammelbegriff perkutaner Mechanical Circulatory Support (pMCS) wird der Fokus hierbei auf Intraaortaler Ballonpumpen (IABP), Mikroaxialer Blutpumpen (MBP) sowie Extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO) gelegt.

Ausgehend von einer starken Leistungssteigerung in den ersten zwei Berichtsjahren beträgt der Anstieg der Interventionszahlen aller pMCS 16% zwischen 2008 und 2018. Dies liegt noch unterhalb der Steigerung stationärer Fallzahlen von 19% in den Indikationsbereichen. Während anfangs mehr als 90% aller pMCS Leistungen der IABP zugeschrieben wurden, fand 2018 nur noch ca. jeder fünfte pMCS Eingriff mittels IABP statt. Diese Veränderung erfolgte vor allem zu Gunsten der ECMO, welche 2018 50% aller Eingriffe ausmachte.

Während die Anzahl der durchführenden Zentren anfangs stark von 252 auf 415 ansteigt, stabilisierte sich diese zum Ende hin auf ca. 350 Kliniken bundesweit.

Schlüsselwörter

Herzunterstützungssysteme, IABP, Impella, ECMO, Versorgungsforschung

Datengrundlagen

Die Analyse basiert auf der gesetzlich vorgeschriebenen Bereitstellung von Informationen gemäß §136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V und damit den strukturierten Qualitätsberichten zugelassener Krankenhäuser (G-BA 2020). Die inhaltlichen Informationen sowie die Gliederung der Qualitätsberichte werden vom G-BA im Auftrag des Gesetzgebers festgelegt. Die Daten entsprechen den originalen Qualitätsberichtsdaten deutscher Krankenhäuser der Berichtsjahre 2006, 2008, 2010, 2012 bis 2018. Von 2005-2013 mussten Qualitätsberichte zweijährlich, seit 2014 jährlich bereitgestellt werden. Um Verläufe und Vergleiche auch vor der einjährigen Berichtspflicht für die Jahre 2007, 2009 und 2011 zu ermöglichen und darzustellen, wurde für diese Jahre auf Daten des Statistischen Bundesamts Wiesbaden zurückgegriffen. Dabei wurden auch Mehrfachkodierungen pro Patientenfall zugelassen, da diese die Leistungshäufigkeit sowie auch das individuelle Behandlungsgeschehen widerspiegeln. Zudem war auf Basis dieser Daten eine Genderverteilung möglich. Gezählt wurden nur Prozeduren mit endstelligen OPS-Ziffern. Im Wesentlichen handelt es sich um eine sekundäre Nutzung von Daten, aus unterschiedlichen Primärquellen zusammengeführt und mit teils eigener Berechnung.

Aufgrund von Datenübermittlungsfehlern können einzelne Qualitätsberichte oder Datensätze aus diesen Berichten gem. § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V fehlen. Durch datenschutzrechtliche Bestimmungen sind geringe Leistungsangaben (zwischen 1-5 Kodierungen) in den Originalqualitätsberichten mit dem Hinweis „Datenschutz“ gekennzeichnet. In diesen Fällen wurde die Nennung auf Basis des arithmetischen Mittels geschätzt (n = 3).

Als Ergänzende Datenbasis wurden Daten des Statistischen Bundesamts Wiesbaden im Bereich der Prozeduren für die Jahre 2007, 2009, 2011 sowie für Diagnosen für die Jahre 2008-2018 herangezogen (Destatis 2020a).

Im Rahmen dieser Analyse wurden ausschließlich perkutane Linksherzunterstützungen des nichtoperativen Abschnitts 8 des OPS-Kataloges

Klassifikatorische Anpassungen pMCS im OPS 2006 - 2018		
OPS	Text	Jahre
8-839.0	Perkutane Einführung einer intraaortalen Ballonpumpe	2006 - 2018
8-839.42	Implantation einer univentrikulären axialen Pumpe	2006 - 2018
8-839.43	Implantation einer biventrikulären axialen Pumpe	2006 - 2018
8-852.30	Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden	2007 - 2018
8-852.31	Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden	2007 - 2018
8-852.32	Dauer der Behandlung 96 Stunden und mehr	2007 - 2011
8-852.33	Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden	2012 - 2018
8-852.34	Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden	2012 - 2018
8-852.35	Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden	2012 - 2018
8-852.36	Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden	2012 - 2018
8-852.37	Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden	2012 - 2018
8-852.38	Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden	2012 - 2018
8-852.39	Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden	2012 - 2018
8-852.3a	Dauer der Behandlung 576 Stunden und mehr	2012 - 2017
8-852.3b	Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden	2017 - 2018
8-852.3c	Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden	2017 - 2018
8-852.3d	Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden	2017 - 2018
8-852.3e	Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden	2017 - 2018

Tab. 1: Auflistung der in der Analyse verwendeten OPS-Kodes mit Jahresbezug und Gültigkeit (OPS 2006/2007/2012/2017).

auf Basis der OPS-Abschnitte 8-839.0, 839.4_ sowie 8-852.3_ gezählt. Dabei wurden entsprechend die in der Klassifikation verfügbaren endstelligen OPS-Schlüssel zugrunde gelegt. Im Bereich des OPS-Abschnittes 8-839.4_ wurden die endstelligen OPS 8-839.42 und 8-839.43 erfasst. Eine zuverlässige Leistungsabbildung – wie für den weiteren Analyseverlauf einheitlich notwendig – von ECMO auf Basis des 5-stelligen OPS 8-852.3_ im Jahr 2006 ist nicht möglich, da die Klassifikation noch nicht in der nötigen Detailtiefe zur Verfügung stand. Der OPS 2006 unterschied im Abschnitt 8-852 lediglich allgemein in ECMO mit Unterteilung nach Behandlungsdauer in weniger als 48h, zwischen 48h und 96h sowie länger als 96h. Separat konnte die Prä-ECMO (8-852.1) und die extrakorporale Lungenunterstützung, pum-penlos (PECLA) mittels 8-852.2 erfasst werden (OPS 2006). Ab der OPS-Version 2007 war dann mit Aufnahme des OPS 8-852.3_ die Anwendung und über dessen 6.-Stelle die Dauer der Behandlung

mittels va-ECMO klassifizierbar (OPS 2007). Die im zeitlichen Verlauf klassifikatorisch ergänzten OPS-Kodes und in der Analyse zugrunde gelegten Schlüsselnummern dieses Kapitels zeigt Tabelle 1.

Perkutaner Mechanical Circulatory Support (pMCS)

Am Beginn der Berichtsperiode 2006 wurden 8.010 stationäre Leistungen von perkutanem Mechanical Circulatory Support (pMCS) erfasst. Zum Ende des Analysezeitraums 2018 wurden 50% (n = 12.019) mehr Leistungen mittels pMCS berichtet. Diese Leistungssteigerung beruht vor allem auf einem deutlichen Leistungsanstieg in den ersten zwei Berichtsjahren. Schon im Vergleich 2008 zu 2018 beträgt die Steigerung nur noch 16%, was noch unterhalb der prozentualen Steigerung stationärer Fallzahlen von 19% in den beschriebenen Indikationsbereichen im gleichen Zeitraum liegt (Tab. 2). In Tabelle 2 sind die Fallzahl stationärer akuter Myokardinfarkte nach ICD-10 I21._ sowie die Fallzahl stationärer Herzinsuffizienzen gemäß ICD-10 I50._ je Berichtsjahr aufgeführt. Zu beachten ist dabei, dass diese Fallzahlen lediglich die Fälle ausweisen, bei welchen gemäß den jeweils geltenden Kodierrichtlinien eine der genannten Diagnose als Hauptdiagnose im Kontext des stationären Aufenthalts erfasst wurde.

Von 2006 bis 2012 erfolgte eine Zunahme der Zentren mit dieser Leistung von anfänglich 252 auf 415 Krankenhäuser mit ≥1 berichteten Leistung im jeweiligen Jahr. Seitdem hat sich die Anzahl der Zentren mit dieser Leistung auf ein Niveau um deutschlandweit 350 Kliniken stabilisiert. Die jeweils angewandte Technik hat sich innerhalb des Analysezeitraums jedoch stark verändert. Im Berichtsjahr 2006 wurden ca. 99% (n = 7.928) aller pMCS Interventionen der IABP zugeschrieben und lediglich 1% dem Verfahren der MBP, was im Zusammenhang mit Marktzulassungen dieser Technik stehen kann. Im Jahr 2010 wurden noch immer >90% (n = 10.360) aller pMCS Leistungen der IABP zugeschrieben. Erst 2012 erreichte ECMO einen Anteil von ca. 10% aller pMCS mit 986 Interventionen, wobei immer noch >85% aller pMCS auf IABP entfielen. Im Berichtsjahr 2015 wurden dann mit 4.483 ECMO erstmals mehr Interventionen innerhalb der pMCS durchgeführt als IABP (n = 4.261). Im gleichen Berichtsjahr wurden erstmals >1.000 Interventionen mit MBP gezählt (n= 1.097) und bildeten damit ca. 10% aller pMCS Eingriffe. Am Ende des Analysezeitraums 2018 fand nur noch ca. jeder fünfte pMCS Eingriff mittels IABP statt (n = 2.436). Ein Drittel (n= 3.933) aller pMCS Interventionen erfolgte 2018 mit MBP und nahezu die Hälfte (n = 5.650) der Eingriffe mit ECMO. Grafik 1 veranschaulicht die genannten Werte für den gesamten Beobach-

Anzahl stationärer Diagnosen Myokardinfarkt und Herzinsuffizienz 2008 - 2018												
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ICD10-I21_	Akuter Myokardinfarkt	210.705	207.691	212.914	217.681	223.179	221.013	219.492	219.217	219.157	217.738	212.222
ICD10-I50_	Herzinsuffizienz	350.711	363.662	371.335	380.291	386.548	396.380	432.893	444.632	455.680	464.724	456.012
	TOTAL	561.416	571.353	584.249	597.972	609.727	617.393	652.385	663.849	674.837	682.462	668.234
	Vgl. 2018	19%	17%	14%	12%	10%	8%	2%	1%	-1%	-2%	0%

Tab. 2: Anzahl der stationären Diagnosen Myokardinfarkt und Herzinsuffizienz (ICD-10 I21._ + I50._) von 2008-2018 und prozentualer Anstieg verglichen mit 2018 basierend auf Daten des Statistischen Bundesamtes Wiesbaden (Destatis 2020).

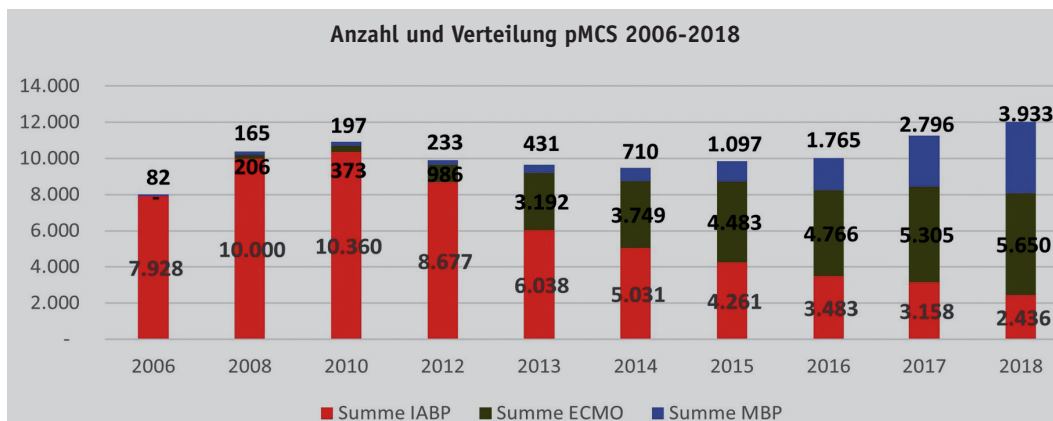
tungszeitraum je Berichts Jahr.

In Tabelle 3 werden summiert die Anzahl der pMCS sowie die Anzahl der Leistungserbringer pro Jahr ausgewiesen. Bei der Summe der Leistungserbringer sind alle Zentren mit ≥ 1 berichteten Leistung im jeweiligen Jahr erfasst.

Intraaortale Ballonpumpe (IABP)

Die IABP oder auch intraaortale Gegenpulsation wurde erstmals 1963 von Kantrowitz angewandt und seither bei Herzversagen, bspw. durch kardiogenen Schock, eingesetzt. Bei dieser Technik wird ein Ballonkatheter aus Polyurethan in die Aorta descendens platziert und synchron zum Herzzyklus mittels Heliums durch eine externe Steuereinheit insuffliert und suffliert. Die dabei entstehende antegrad- und retrograd gerichtete Pulswelle soll die Koronarperfusion verbessern sowie die linksventrikuläre Nachlast und damit Wandspannung samt myokardialen Sauerstoffverbrauch senken (Freed et al. 1988). Die Pumpensysteme, wie bspw. AutoCAT2 WAVE® (Teleflex) oder CARDIOSAVE® IABP (MAQUET), transportieren dabei nicht aktiv durch Vorwärtsfluss das Blut aus dem linken Ventrikel.

Interventionen mit IABP werden mit dem OPS 8-839.0 **Perkutane Einführung einer intraaortalen Ballonpumpe im Kapitel Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und**



Grafik 1: Anzahl pMCS von 2006-2018 mit Häufigkeit von IABP, MBP und va-ECMO p.a. gem. Qualitätsberichten nach §136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V der Jahre 2006, 2008, 2010, 2012-2018. Nennungen der Jahre 2007, 2009, 2011 basieren auf Angaben statistischer Daten des Statistisches Bundesamt Wiesbaden.

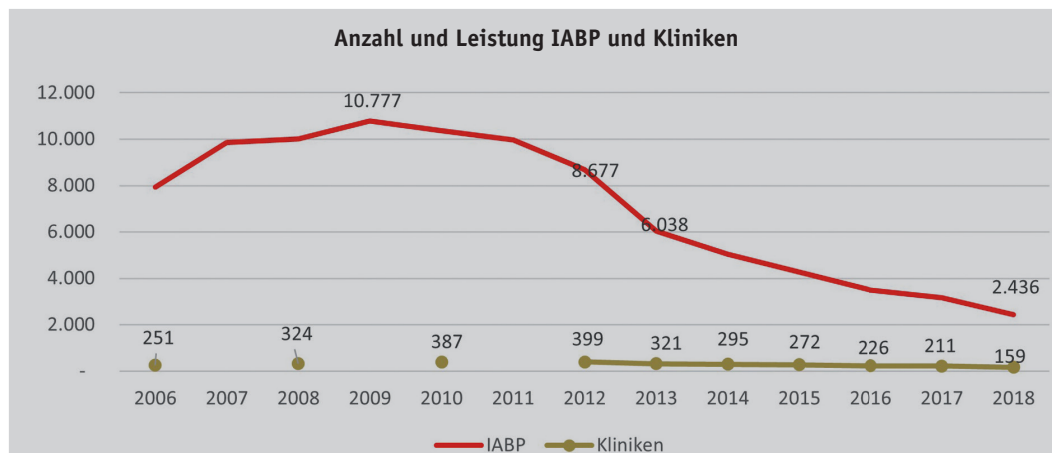
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Summe pMCS	8.001	10.046	10.360	11.206	10.930	10.450	9.896	9.661	9.487	9.841	10.014	11.259	12.019
Kliniken	252	-	325		391		415	350	345	334	329	341	346

Tab. 3: Anzahl pMCS von 2006-2018 mit Häufigkeit nach IABP, MBP und va-ECMO p.a. gem. Qualitätsberichten nach §136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V der Jahre 2006, 2008, 2010, 2012-2018 mit Anzahl Leistungserbringer, die diese Leistungen angeboten haben. Nennungen der Jahre 2007, 2009, 2011 basieren auf Angaben statistischer Daten des Statistisches Bundesamt Wiesbaden.

Blutgefäße abgebildet. Die Dauer der Behandlung wird mittels des OPS 8-83a.0 ff erfasst (OPS 2017).

Im Jahr 2006 wurde gemäß §136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V die Prozedur der IABP insgesamt 7.928 Mal in insgesamt 251 Krankenhäusern erbracht. Dies entspricht einer durchschnittlichen Leistungserbringung von ca. 32 Interventionen p.a. pro Klinik. Innerhalb der Berichtsperiode wurde im Jahr 2009 mit 10.777 erfassten Leistungen der Höchststand der IABP notiert. Seitdem ist die Prozedur der IABP rückläufig, so dass im Jahr 2018 nur noch 2.436 Interventionen gemäß §136b Abs.

1 Nr. 3 SGB V gemeldet wurden. Dies entspricht einem Rückgang von -69,3% gemessen am Berichtsjahr 2006. Den jährlich stärksten Leistungsrückgang verzeichnete die IABP im Jahr 2013 mit -30% (n = 6.038) verglichen zur Vorberichtsperiode 2012 (n = 8.677). Seitdem ist auch die Anzahl der Leistungserbringer vom Höchststand im Jahr 2012 mit 399 Kliniken auf 159 Kliniken im Jahr 2018 mit dem Leistungsspektrum der IABP gesunken, wobei sich damit auch die durchschnittlichen Leistungen je Klinik auf



Grafik 2: Leistungen IABP nach OPS 8-839.0 gem. Qualitätsberichten nach §136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V der Jahre 2006-2018 mit Anzahl Kliniken, die diese Leistungen durchgeführt haben.

Anzahl IABP und Leistungserbringer 2006 - 2018													
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
IABP	7.928	9.853	10.000	10.777	10.360	9.965	8.677	6.038	5.031	4.261	3.483	3.158	2.436
Kli- niken	251	-	324	-	387	-	399	321	295	272	226	211	159

Tab. 4: Anzahl pMCS von 2006-2018 mit Häufigkeit nach IABP, MBP und va-ECMO p.a. gem. Qualitätsberichten nach §136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V der Jahre 2006, 2008, 2010, 2012-2018 mit Anzahl Leistungserbringer, die diese Leistungen angeboten haben. Nennungen der Jahre 2007, 2009, 2011 basieren auf Angaben statistischer Daten des Statistisches Bundesamt Wiesbaden.

ca. 15 Interventionen p.a. reduziert haben, wie Grafik 2 zeigt. Am Beginn der Untersuchungsperiode 2006 wurden ca. 71% (n = 6.360) dieser Leistungen männlichen Patienten zu geschrieben. Am Ende des Untersuchungszeitraums 2018 stieg der Geschlechteranteil auf ca. 76% (n = 1.784) der mittels IABP versorgten Patienten.

Tabelle 4 führt die Anzahl der IABP pro Jahr auf und weist die Anzahl der Kliniken aus, welche diese Leistung nach §136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V in den Jahren 2006, 2008, 2010, 2012-2018 gemeldet haben. Die Nennungen der Jahre 2007, 2009 und 2011 basieren auf Angaben des Statistisches Bundesamtes Wiesbaden und führen daher keine Nennung in punkto Leistungserbringer auf.

Mikroaxiale Blutpumpen (MBP)

Anfang der 2000-er Jahre wurde die erste mikroaxiale Blutpumpe namens Impella Acute LV LP 2.5, entwickelt von der Firma Impella AG (heute Abiomed, Aachen, Deutschland), auf den Markt gebracht (Meyns B et al. 2003). MBP sind, wie auch die IABP, minimal invasive Herzunterstützungssysteme, welche perkutan, also ohne Eröffnung des Brustkorbs, transvasal via Arteria Femoralis oder Arteria Axillaris in das Herz eingebracht werden. Im Gegensatz zu IABP ermöglichen MBP einen aktiven Bluttransport aus Herzkammern oder Vorhöfen.

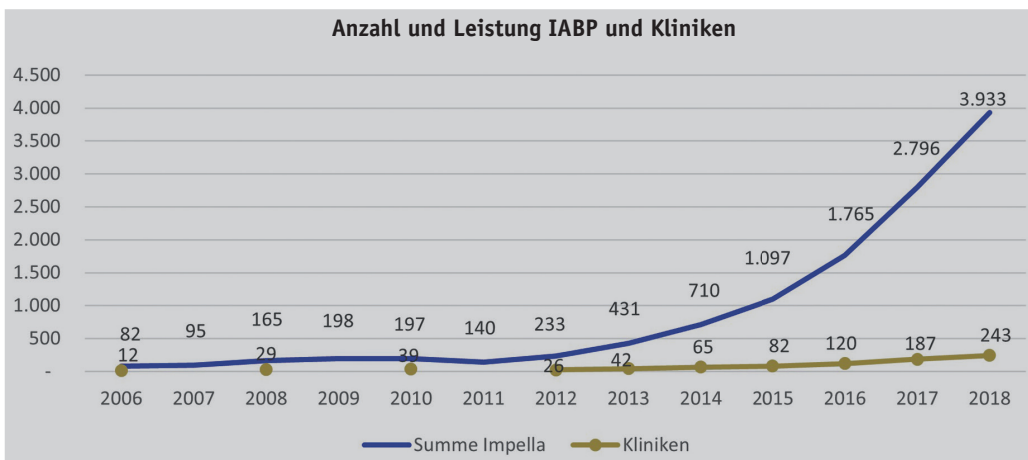
Für die Leistungserfassung mikroaxialer Blutpumpen, wie bspw. Impella®-Mikroaxial-Pumpensystem (Abiomed), iVAC2L™ - Percutaneous ventricular assist device (Terumo) oder TandemHeart™ (CardiacAssist) (Myat et al. 2015, Van Mieghem et al. 2015, Den Uil et al. 2017) mittels OPS wurden die Schlüssel 8-839.42 und 8-839.43 im

Hinweisen eine redaktionelle Änderung (OPS2017) sowie eine Spezifizierung in linksventrikuläre und rechtsventrikuläre Herzunterstützung im OPS 2020. Letztere betrifft diese Arbeit nur indirekt, da die Änderung außerhalb des Betrachtungszeitraumes liegt. Sie macht jedoch auf eine Ungenauigkeit der Schlüsselnummer 8-839.43 für die Implantation einer biventrikulären axialen Pumpe aufmerksam. Es ist nicht auszuschließen, dass mit dem OPS 8-839.43 perkutane rechtsventrikuläre Herzunterstützungen erfasst wurden bei gleichzeitiger Linksherzunterstützung durch MBP. Das erfasst jedoch nicht korrekt die vorgenommenen Interventionen, auch wenn in den Fällen eine perkutane biventrikuläre Herzunterstützung erfolgte. Dies ist jedoch jeweils mit einer univentrikulären axialen Pumpe gemäß OPS 8-839.42 geschehen, so dass kodierkonform der entsprechende OPS 8-839.42 in dessen Gültigkeitsjahren zweimal herangezogen werden musste.

Im Jahr 2006 wurde gemäß §136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V die Prozedur der MBP insgesamt 82 Mal in insgesamt 12 Krankenhäusern erbracht. Dies entspricht einer durchschnittlichen Anzahl von 7 Prozeduren p.a. pro Haus. Innerhalb der Berichtsperiode wurde im Jahr 2018 mit 3.933 erfassten Leistungen der bisherige Höchststand der Intervention MBP notiert. Dies entspricht einem Leistungsanstieg von >4.500% gemessen am Berichtsjahr 2006. Den jährlich stärksten prozentualen Anstieg verglichen zur Vorberichtsperiode verzeichnete mit 85% das Jahr 2013 (n = 431). Damals wurde die Leistung der MBP deutschlandweit in 42 Kliniken angeboten und damit im Durchschnitt ca. 10 Prozeduren p.a. je Klinik erbracht. Innerhalb der Berichtsperiode steigen die Leistungszahlen der MBP seit 2012 kontinuierlich mit durchschnittlich 61% an (Range 41% bis 85%), wie auch die Anzahl der anwendenden Krankenhäuser von 26 im Jahr 2012 bis 243 im Jahr 2018, wie Grafik 3 verdeutlicht.

Am Beginn der Untersuchungsperiode 2006 wurden ca. 76% (n = 62) dieser Leistungen an männlichen Patienten vorgenommen. Am Ende des Untersuchungszeitraums 2018 lag dieser Geschlechteranteil bei ca. 74% (n = 2.925).

In Tabelle 5 werden summiert die Anzahl der MBP sowie die Anzahl der Leistungserbringer pro Jahr ausgewiesen, welche diese Leistung nach §136b Abs.



Grafik 3: Leistungen MBP nach OPS 8-839.42/ .43 gem. Qualitätsberichten nach §136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V der Jahre 2006-2018 mit Anzahl Kliniken, die diese Leistungen durchgeführt haben.

1 Nr. 3 SGB V in den Jahren 2006, 2008, 2010, 2012-2018 gemeldet haben. Bei der Summe der Leistungserbringer sind alle Zentren mit ≥ 1 berichteten Leistung im jeweiligen Jahr erfasst. Die Nennungen der Jahre 2007, 2009 und 2011 basieren auf Angaben des Statistisches Bundesamtes Wiesbaden und führen daher keine Nennung in puncto Leistungserbringer für MBP auf.

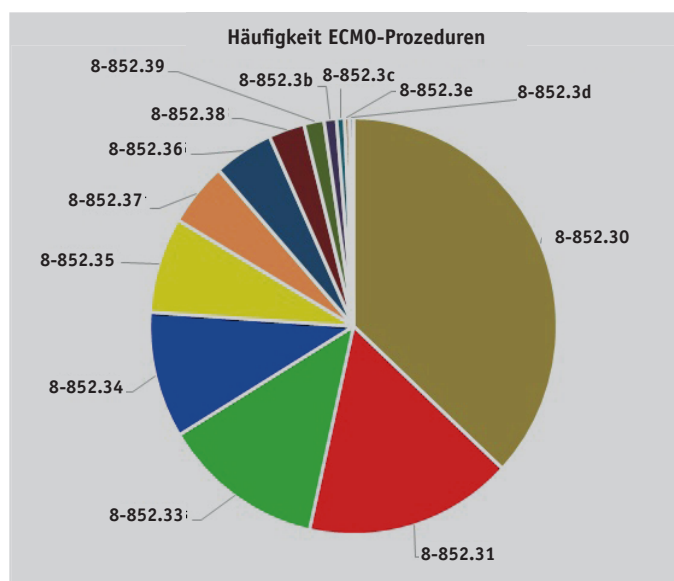
Anzahl MBP und Leistungserbringer 2006 - 2018													
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
MBP	82	95	165	198	197	140	233	431	710	1.097	1.765	2.796	3.933
Kliniken	12	-	29	-	39	-	26	42	65	82	120	187	243

Tab. 5: Leistungen MBP nach OPS 8-839.42/ .43 gem. Qualitätsberichten nach §136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V der Jahre 2006, 2008, 2010, 2012-2018 mit Anzahl Leistungserbringer, die diese Leistungen erbracht haben. Nennungen der Jahre 2007, 2009, 2011 basieren auf Angaben statistischer Daten des Statistisches Bundesamt Wiesbaden.

Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO)

Venös-arterielle ECMO oder auch ECLS (extracorporeal life support) Systeme, wie bspw. CentriMag™ Circulatory Support System (Abbott Medical GmbH) oder CARDIOHELP-System (Getinge), erlauben bei venös-arteriellem (va) Anschluss einen vollständigen Ersatz der biventrikulären Herzfunktion und der Lungenfunktion. Die extrakorporalen Herzkreislaufunterstützungssysteme fördern über eine extrakorporale Pumpe Blut aus dem rechten Vorhof und pumpen dieses nach Decarboxylierung und Oxygenierung über Kanülen in ein arterielles Gefäß in den Körper zurück. Mit einer Leistung von bis zu 7L/Minute kann mit dieser Technik theoretisch die normale Funktion des linken Herzventrikels ersetzt werden. Als nachteilig erwiesen sich bisher unter anderem die großvolumigen Schleusen und die damit verbundenen Risiken wie bspw. Blutungen, Embolien und Beinischämien (Myat et al).

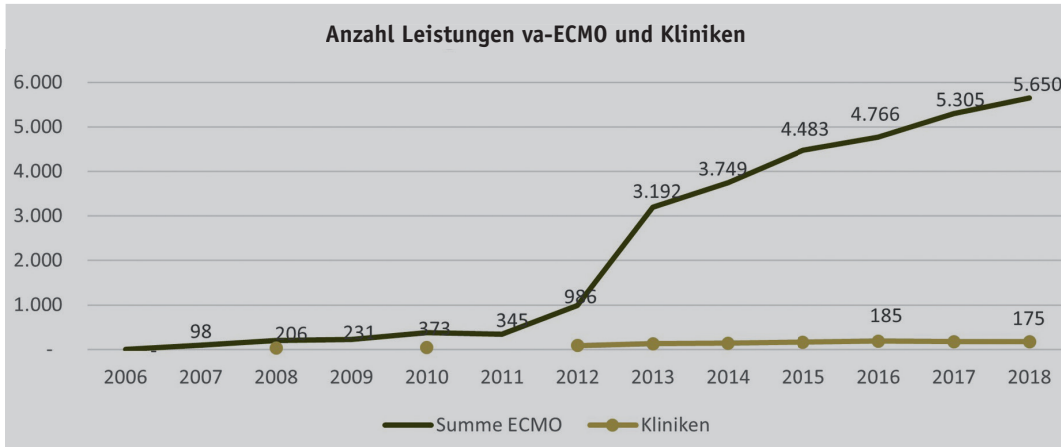
Die Leistung der ECMO wurde im Jahr 2006 noch nicht so differenziert im OPS über den Schlüssel 8-852._ abgebildet (OPS 2006), wie dies der aktuelle Prozedurenschlüssel erlaubt. Ab der OPS-Version 2007 erfolgte eine Ausdifferenzierung des Kapitels 8-852 Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie mit der Ergänzung des 5-Stellers 8-852.3_ Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine zur separaten Erfassung der vv-ECMO (8-852.0_) und va-ECMO über 8-852.3_. Innerhalb dieses Schlüssels wurde die Behandlungsdauer über die 6.-Stelle des OPS mit Unterteilung nach Behandlungsdauer in weniger als 48h (8-852.30), zwischen 48h und 96h (8-852.31) sowie länger als 96h (8-852.32) klassifizierbar (OPS 2007). Eine weitere spezifischere Unterteilung der Behandlungsdauer wurde ab der Version 2012 des OPS ermöglicht. Dazu wurde der bisherige OPS-Schlüssel 8-852.32 gestrichen. Zusätzlich wurde der OPS 8-852.33 Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden sowie ergänzend die Schlüsselnummer 8-852.34 bis 8-852.3a entsprechend der Nomenklatur eingeführt (OPS 20012). Damit war erstmals eine Abbildung der Dauer der Behandlung von 576 Stunden und mehr möglich, wobei bis zum OPS 8-852.36 das ursprüngliche Erfassungsintervall von 48 Stunden bestehen blieb und nach dem 12. Tag Behandlungsdauer ein viertages-Intervall zur Erfassung der Dauer der Behandlung gewählt wurde. Ab der OPS-Version 2017 erfolgte abermals eine Erweiterung in diesem Bereich



Grafik 4: Häufigkeitsverteilung der Interventionen des OPS 8-852.3_ des Jahres 2018 gem. Qualitätsberichten nach §136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V.

mit Streichung des OPS 8-852.3a Dauer der Behandlung 576 Stunden und mehr und gleichzeitiger Einführung der Schlüsselnummern 8-852.3b-d, um die Behandlungsdauer auch nach 24 Tagen differenzierter zu erfassen. Erneut erfolgte eine Anpassung des Erfassungsintervalls auf nun 8 Tagen für alle Leistungen zwischen >576 Stunden bis 1.152 Stunden. Für va-ECMO Prozeduren darüber hinaus lautet der OPS 8-852.3e Dauer der Behandlung 1.152 Stunden und mehr und erlaubt keine weitere Differenzierung (OPS 2017). Mit insgesamt 21 gezählten Interventionen dieses OPS erscheint eine weitere Ausdifferenzierung auch nicht notwendig. Zumal im letzten Berichtsjahr 2018 mehr als dreiviertel der va-ECMO Interventionen im Behandlungszeitraum von bis unter 192h erbracht wurden (ca. 37% >48h, ca. 17% zwischen 48-96h, ca. 13% zwischen 96-144h und ca. 10% zwischen 144-192h).

Im Rahmen dieser Analyse wurden zur Leistungsabbildung der perkutanen va-ECMO somit ausschließlich die endstelligen OPS des Kapitel 8-852.3_ gezählt. Aufgrund der damals noch geltenden zweijährigen Berichtspflicht nach §136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V, ist eine Darstellung der Leistungserbringer von va-ECMO erst ab 2008 möglich. Insgesamt wurden im Berichtsjahr 2008 27 Leistungserbringer identifiziert, wobei von den für diese Berichtsperiode insgesamt 206 genannten va-ECMO Interventionen ca. 45% der Prozeduren (n = 97) auf lediglich 4 Leistungsanbieter entfielen. Alle anderen Lei-



Grafik 5: Leistungen va-ECMO nach OPS 8-852.3_ gem. Qualitätsberichten nach §136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V der Jahre 2006-2018 mit Anzahl Kliniken, die diese Leistungen angeboten haben.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
va-ECMO	-	98	206	231	373	345	986	3.192	3.749	4.483	4.766	5.305	5.650
Kliniken	-	-	27	-	49	-	90	131	143	163	185	174	175

Tab. 6: Leistungen va-ECMO nach OPS 8-852.3_ gem. Qualitätsberichten nach §136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V der Jahre 2006, 2008, 2010, 2012-2018 mit Anzahl Leistungserbringer, die diese Leistungen angeboten haben. Nennungen der Jahre 2007, 2009, 2011 basieren auf Angaben statistischer Daten des Statistisches Bundesamt Wiesbaden.

stungsanbieter gaben für das Berichtsjahr 2008 ≤6 Interventionen an. Im Berichtsjahr 2016 wurde innerhalb des Betrachtungszeitraumes der Höchststand mit 185 Leistungserbringern notiert und hat sich zum Ende bei 175 Anbieter eingependelt. Den prozentual größten Zuwachs von Leistungsanbieter der va-ECMO verzeichneten die Berichtsjahre 2010 mit 81% (n = 49) und 2012 mit 84% (n = 90). Diese Zahlen müssen insofern relativiert werden, dass zum damaligen Zeitpunkt noch keine jährliche Veröffentlichungspflicht der strukturierten Qualitätsberichte bestand. Vom Berichtsjahr 2012 zu 2013, dem Jahr mit dem nominal größten Leistungszuwachs der va-ECMO mit >2.000 Prozeduren (n = 3.192), erfolgte ein Anstieg um 46% der Leistungserbringer (n = 41), womit 2013 deutschlandweit 131 Kliniken diese Leistung im Portfolio hatten. Seit 2013 bis zum Ende des Analysezeitraums erfolgte im Mittel eine jährliche Leistungszunahme um 12% der va-ECMO, wie Grafik 5 zeigt. Bei zuletzt (2018) 5.650 dieser gemeldeten Interventionen von 175 Leistungsanbietern würden bei gleichmäßiger Mengenverteilung ca. 32 Prozeduren der va-ECMO p.a. je Anbieter vorgenommen. Allerdings weisen die QS-Berichte sehr heterogene jährliche Leistungskennzahlen aus (232 - 1), so dass 16 Leistungserbringer 38% (n = 2.135) der Gesamtleistungen der deutschlandweiten va-ECMO meldeten. Weitere 83 Krankenhäuser berichteten von jährlichen Leistungskennzahlen von >10 Interventionen p.a. was bedeutet, dass 76 Krankenhäuser aller Leistungserbringer (n = 175) weniger als 1x pro Monat diese Intervention durchführen. In punkto Geschlechterverteilung sind aufgrund der vorher beschriebenen Datenlage innerhalb des gleichen Datenpools Aussagen ebenfalls erst ab 2008 möglich. Weiterhin

einschränkend kommt hinzu, dass bei den im Jahr 2008 angebenen 206 Leistungen in ca. 16% (n = 32) keine Geschlechtsangabe dokumentiert ist. Ca. 59% (n = 122) der Leistungen erfolgten bei Männern. Am Ende des Untersuchungszeitraums 2018 lag dieser Geschlechteranteil bei ca. 56% (n = 3.163), wobei der Datenanteil mit unspezifischer Geschlechtsangabe bei ca. 19% (n = 1.083).

Tabelle 6 führt die Anzahl der va-ECMO pro Jahr auf und weist die Anzahl der Kliniken aus, welche diese Leistung nach §136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V im Betrachtungszeitraum ≥1 dokumentiert haben. Die Nennungen der Jahre 2007, 2009 und 2011 basieren auf Angaben des Statistisches Bundesamtes

Wiesbaden und führen daher keine Nennung in punkto Leistungserbringer von va-ECMO auf.

Diskussion

Die Einführung neuer Leistungen zur perkutanen mechanischen Herzkreislaufunterstützung gehen mit höheren Investitionen einher. Neben Steuereinheiten für IABP und MBP, fallen auch Aufwendungen für Oxygenatoren bspw. zur Erbringung der ECMO an. Zudem sind im Idealfall klinische Behandlungspfade sowie standardisierte innerklinische Abläufe zu implementieren. Dies sollte mit regelmäßigen Trainings und Falldiskussionen einhergehen, um Abläufe und Handgriffe zu verinnerlichen. Neben Aufwendungen für die Vorhaltung, fallen somit auch Ausgaben für Schulungen an.

Im Analysezeitraum wurde innerhalb der Berichtsperiode im Jahr 2009 mit 10.777 erfassten Leistungen der Höchststand der IABP notiert. Seitdem ist die Anzahl der IABP rückläufig auf zuletzt nur noch 2.436 Interventionen im Jahr 2018, was einem Rückgang von -69,3% gemessen am Berichtsjahr 2006 entspricht. Der periodisch stärkste dokumentierte Leistungsrückgang der IABP erfolgte vom Jahr 2012 (n = 8.677) zu 2013 mit -30% (n = 6.038). Erklärungen dazu könnten die veränderte Evidenzlage dieser Technik im Jahr 2012 sein durch die ISAR-SHOCK II Studie (Thiele et al. 2012), aber auch die Ausweitung anderer, alternativer Verfahren wie bspw. MBP und ECMO. Vor allem Letztere verzeichnet im selben Zeitraum einen Anstieg um 224%, von 986 genannten Leistungen im Jahr 2012 auf 3.192 dokumentierten Leistungen im Jahr 2013. Der 85%-ige Anstieg (n = 198) der MBP von 233 berichteten Interventionen 2012 auf 431 Eingriffe

ist dabei nominal fast zu vernachlässigen und entspricht einem Anteil von nur 4,5% innerhalb der pMCS-Verfahren im Jahr 2013. ECMO (33%) und IABP (62,5%) waren die größten Verfahrenstechniken aller pMCS in diesem Berichtsjahr 2013. Der erhebliche Rückgang der Leistungszahlen 2012 zu 2013 mag auch im Zusammenhang mit der veränderten Anzahl der Leistungsanbieter (-16%) stehen. Offerierten im Berichtsjahr 2012 415 Kliniken pMCS-Leistungen, waren dies im Jahr 2013 nur noch 350 Krankenhäuser. Inwieweit dies mit Krankenhausfusionen, -schließungen, Kooperationen und/ oder der Steuerung durch Kostenträger zu erklären ist bleibt offen. Fakt ist, dass sich die Anzahl der Leistungsanbieter um diese Anzahl eingependelt hat und zuletzt im Jahr 2018 mit 346 angegeben wurde. Dies entspricht einer durchschnittlichen Leistungsmenge von 34 pMCS Interventionen p.a. je Anbieter und ist im Sinne der Zentrenbildung und Bündelung von Kompetenzen zu begrüßen. Vor dem Hintergrund von wiederkehrenden Mengendiskussionen müssen die Zahlen auch im Kontext der stationären Gesamtfallzahlentwicklung während des Analysezeitraums betrachtet werden. Wurden am Beginn des Betrachtungszeitraums für das Jahr 2006 etwa 16.832.883 stationäre Fälle gezählt, waren es am Ende im Jahr 2018 insgesamt 19.392.466 Fälle (+15,2%). Erwähnenswert ist an dieser Stelle, dass die bisher höchste stationäre Fallzahl im Jahr 2016 mit 19.532.779 gezählt wurde und dies einem Anstieg von 16% (n = 2.699.896) gegenüber 2006 entspricht (Destatis 2020b).

In punkto Geschlechterverteilung lässt sich für die Leistungen der IABP und MBP festhalten, dass deutlich mehr männliche Patienten mit diesen Interventionen versorgt wurden. Zahlenmäßig lassen sich auch diese Angaben für va-ECMO ebenso interpretieren, wobei die verwendeten Daten für

diese Leistung eine hohe Anzahl von Interventionen ohne Geschlechtsbezug auswies (16% (2008), 19% (2018)). Tendenziell scheint dies dem Gesamttrend zu entsprechen, dass mehr männliche Patienten kardiologischen Interventionen unterzogen werden (Deutscher Herzbericht 2018).

Limitierungen

Die Datenbasis lässt keine nähere Betrachtung von Patientenanamnesen und Entscheidungsgrundlagen zu. Entscheidungen für oder gegen ein pMCS-Verfahren können somit nicht nachvollzogen werden. Für diese Untersuchung wurden Daten aus unterschiedlichen Primärquellen zusammengeführt und teils eigene Berechnungen angestellt. Dabei basiert die Analyse im Wesentlichen auf der Grundlage strukturierter Qualitätsberichte gemäß §136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V. Die inhaltlichen Vorgaben dieser Berichte werden vom G-BA im Auftrag des Gesetzgebers festgelegt. Da die Qualität der Qualitätsdaten schwankt, können einzelne Qualitätsberichte aufgrund falscher Formate fehlen. Die Übereinstimmung mit den echten Fallzahlen ist nicht immer gegeben und entzieht sich der Kenntnis der Autoren. Mögliche Kodierschwächen, u.a. aufgrund zunehmender Komplexität und unterschiedlicher Interpretationen der Kodierregeln, wie bspw. im Falle MBP uni- vs. biventrikulär, können zu unterschiedlichen Leistungsangaben führen. Besonders bei geringen Leistungsmengen, wie bspw. zu Beginn des Untersuchungszeitraums, sind Angaben aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen nur wenig belastbar. Durch – teils automatisch – vorgenommene Rundungen einzelner Werte kommt es ggf. zu Verzerrungen durch Rundungseffekte. <<

Literatur

- Burzotta F/ TraniC/ Doshi SN/ TownendJ/ vanGeuns RJ/ Hunziker/ Schieffer B/ Karatolios K/ Eifer Møller J/ Ribichini FL/ Schäfer A / Henriques JPS (2015): Impella ventricular support in clinical practice: collaborative viewpoint from a European expert user group. In: *Int J Cardiol.* 2015 Dec 15;201:684-91. doi: 10.1016/j.ijcard.2015.07.065. Epub 2015 Jul 30.
- Deutsche Herzstiftung e.V. (Hrsg.) (2018): Deutscher Herzbericht 2018. Sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie, Herzchirurgie und Kinderherzmedizin in Deutschland, Frankfurt a.M. 2019
- Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information/DIMDI (Hrsg.) (2006): OPS Version 2006. Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS), Band 1: Systematisches Verzeichnis. Köln, 2005
- Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information/DIMDI (Hrsg.) (2007): OPS Version 2007. Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS), Band 1: Systematisches Verzeichnis. Köln, 2006
- Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information/DIMDI (Hrsg.) (2012): OPS Version 2012. Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS), Band 1: Systematisches Verzeichnis. Köln, 2011
- Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information/DIMDI (Hrsg.) (2017): OPS Version 2017. Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS), Band 1: Systematisches Verzeichnis. Köln, 2016
- Freed PS/ Wasfie T/ Zado B/ Kantrowitz A. (1988): Intraaortic balloon pumping for prolonged circulatory support. In: *Am J Cardiol.* 1988 Mar 1;61(8):554-7
- Gemeinsamer Bundesausschuss / G-BA (Hrsg.) (2020): Bestellbar über: Qualitätsbericht der Krankenhäuser. <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/datenerhebung-zur-qualitaetssicherung/datenerhebung-qualitaetsbericht/>. Für die Jahre 2006-2018. Zugriff Oktober 2020 (data on file).
- Nuding S/ Werdan K. (2017): IABP plus ECMO - Is one and one more than two? In: *J Thorac Dis* 2017;9(4):961-964. doi: 10.21037/jtd.2017.03.73
- Meyns B/ Dens J/ Sergeant P/ Herijgers P/ Daenen W/ Flameng W (2003): Initial experiences with the Impella device in patients with cardiogenic shock - Impella support for cardiogenic shock. In: *Thorac Cardiovasc Surg.* 2003 Dec;51(6):312-7. doi: 10.1055/s-2003-45422. PMID: 14669126
- Myat A/ Patel N/ Tehrani S/ Banning AP/ Redwood SR/ Bhatt DL (2015): Percutaneous circulatory assist devices for high-risk coronary intervention. In: *JACC Cardiovasc Interv* 8(2):229-244. <https://doi.org/10.1016/j.jcin.2014.07.030>
- Statistisches Bundesamt / Destatis (Hrsg.) (2020a): Leistungs- und Diagnosedaten des Statistischen Bundesamtes (Destatis) (2006-2018), auf Basis der jeweils angegebenen Diagnose und Prozedurenkodes. Zugriff 2020 (Data on file)
- Statistisches Bundesamt / Destatis (Hrsg.) (2020b): Grunddaten der Krankenhäuser (Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2018). Bonn 2020.<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser.html> (27. August 2020) b
- Thiele H/ Zeymer U/ Neumann F-J/ Ferenc M/ Olbrich H-G/ Hausleiter J/ Richardt G/, M Hennersdorf M/ Empen K/ Fuernau G/ Desch S/ Eitel I/ Hambrecht R/ Fuhrmann J/ Böhm M/ Ebelt H/ Schneider S/ Schuler G/ Werdan K or the IABP-SHOCK II Trial Investigators (2012): Intraaortic balloon support for myocardial infarction with cardiogenic shock. In: *N Engl J Med* 367(14):1287-1296. October 4, 2012. DOI: 10.1056/NEJMoa1208410
- den Uil CA/ Daemen J/ Lenzen MJ/ Maugenest A-M/ Joziassie L/ van Geuns RJ/ Van Mieghem NM (2017): Pulsatile iVAC 2L circulatory support in high-risk percutaneous coronary intervention. In: *EuroIntervention* 2017;12:1689-1696. DOI: 10.4244/EIJ-D-16-00371
- Van Mieghem NM/ Daemen J/ Lenzen MJ/ Zandstra R/ Malkin O/ van Geuns R-JM (2015): The PulseCath iVAC 2L left ventricular assist device: conversion to a percutaneous transfemoral approach. In: *EuroIntervention.* 2015 Nov;11(7):835-9. doi: 10.4244/EIJV11I7A168.

Autorenerklärung

Mathias Wollny war Direktor Market Access & Reimbursement EMEA der Firma Abiomed Europe GmbH, Aachen, Deutschland, bis November 2020 und hat Beratungstätigkeiten u.a. für die Unternehmen AgNovos, Mainstay Medical, Merit Medical, NEVRO, SI-BONE, SpineArt, Stimwave und Zimmer-Biomet durchgeführt.

Harald Kuhlmann war bis Mai 2018 als Director Market Access & Reimbursement EMEA bei der Firma Abiomed Europe GmbH, Aachen, Deutschland, tätig und unterstützt als Unternehmensberater verschiedene Unternehmen aus Pharma- und Medizintechnik.

Frequency of use of percutaneous mechanical circulatory support in Germany

Frequency and distribution of IABP, MBP, va-ECMO from 2006 – 2018. This study analyzes the frequency of use of percutaneous cardiac support systems from 2006 to 2018 in Germany based on inpatient procedure numbers. Under the collective term percutaneous mechanical circulatory support systems (pMCS), the focus is on intra-aortal balloon pumps (IABP), microaxial blood pumps (MBP) and extracorporeal membrane oxygenation (ECMO).

Coming from a strong increase in numbers in the first two reporting years, the the number of cases of all pMCS increased by only 16% between 2008 and 2018, which is lower than the increase in in-patient cases of 19% in the indication areas. While initially more than 90% of all pMCS procedures were attributed to IABP, in 2018 only about one in five pMCS procedures were performed with IABP. This change was mainly in favor of ECMO, which accounted for 50% and MBB with 30% of all interventions in 2018.

While the number of centers performing these procedures had a steep increase from 252 to 415 in the beginning, it leveled towards the end of the observation period at about 350 hospitals nationwide.

Keywords

Mechanical circulatory support, IABP, Impella, ECMO, Health Services Research



Dipl. Pflegewirt (FH) Mathias Wollny MA MSc

ist seit Mitte der 90er Jahre Mitglied der Geschäftsleitung des Pflegedienstes Gabriele Wollny in Richtenberg (MV). Aktuell agiert er als Director Market Access der Inspire Medical Systems, Inc. und ist seit ca. 20 Jahren im Bereich Market Access und Reimbursement für Medizinprodukte-Hersteller international tätig. Zwischen 2009-2018 trat er als stellvertretender Sprecher des Fachbereichs Spine Surgery im Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed) auf.

Kontakt: Medimbursement@ofmk.de



Dipl. Pflegewirt (FH) Harald Kuhlmann BHealthScN

ist Director Market Access & Reimbursement bei der inspiring-health GmbH. Er ist Kinderkrankenpfleger und studierte Pflegemanagement an der Fachhochschule Bremen sowie Gesundheitswissenschaften an der Southern Cross University Lismore, Australien. Er ist seit zwölf Jahren im Bereich Market Access und Reimbursement für Medizinprodukte international tätig. Vorher arbeitete er mehrere Jahre in der Klinikpflegeleitung.

Kontakt: harald.kuhlmann@inspiring-health.de

Wir bringen Licht ins Dunkel

*„Es ist nicht das Ziel von Wissenschaft,
der unendlichen Weisheit eine Tür zu
öffnen, sondern eine Grenze zu setzen
dem unendlichen Irrtum.“*

*Bertolt Brecht
(1898 - 1956)*

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