

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

Strategien und Maßnahmen zur Bewältigung des Pflegenotstands

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

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

Zusammenfassung

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

Schlüsselwörter

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

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

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

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

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

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

Die bisher gewählte Lösungsstrategie

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

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

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

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

Die konkrete Spezialisierung als Alternative

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

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

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

a) Gesellschaftliche Relevanz:

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

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

b) Konkrete Ziele:

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

c) Etablierte Methode:

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

d) Ausbildung und praktische Erfahrung:

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

e) Kriterien zur Messung des Erfolges:

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

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

Spezialisierung, um der Stimme des Patienten Gehör zu verschaffen

a) Gesellschaftliche Relevanz:

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

b) Konkrete Ziele:

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

c) Etablierte Methode:

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

d) Ausbildung und praktische Erfahrung:

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

e) Kriterien zur Messung des Erfolges:

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

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

a) Gesellschaftliche Relevanz:

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

b) Konkrete Ziele:

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

c) Etablierte Methode:

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

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

d) Ausbildung und praktische Erfahrung:

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

e) Kriterien zur Messung des Erfolges:

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

Spezialisierung zur systematischen Reduktion von Versorgungsfehlern, Schadensfällen und Haftpflichtprämien

a) Gesellschaftliche Relevanz:

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

b) Konkrete Ziele:

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

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

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

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

c) Etablierte Methode:

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

d) Ausbildung und praktische Erfahrung:

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

e) Kriterien zur Messung des Erfolges:

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

Sofortmaßnahmen und mittelfristige Aktionen

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

1. Anwerbung ausländischer Pflegekräfte

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

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

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

2. Vergütung der Pflege in Deutschland

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

3. Eigenverantwortung und notwendige Qualifizierung

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

4. Pflege – ein neues gesellschaftliches Problem

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

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

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

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

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

Diskussion

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

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

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

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

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

Strategies and measures to cope with of the nursing emergency

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

Keywords

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

Literatur

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

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Prof. Dr. med. Franz Porzsolt

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

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

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

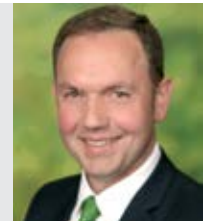
**Prof. Dr. Axel Olaf Kern**

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

**David Langer**

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

Kontakt: d.langer@ulm.de

**Dipl.-Kfm. Albert Müller**

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

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

**Herbert Wiedemann**

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

Kontakt: wiedemann@kvrottal-inn.brk.de

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

war Chief Science Officer der US Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) und stellvertretender Direktor für Verhaltens- und Sozialforschung am National Institute of Health. Er ist Distinguished Professor an der UCLA, Apl. Professor of Medicine in Stanford, war Past-President fünf professioneller Organisationen, u.a. der ISOQOL.

Kontakt: bob.kaplan@stanford.edu

