Dr. Heintze

BERATUNG COACHING

Cornelia Heintze

Gesundheitsversorgung auf falschem Pfad –

Fehlentwicklungen bei Gesundheit und Pflege

ARD exklusiv 20.7.20: Markt macht Medizin

https://www.ardmediathek.de/ard/video/exclusiv-im-ersten-markt-macht-medizin/das-erste/Y3JpZDovL2Rhc2Vyc3RlLmRlL3JlcG9ydGFnZSBfIGRva3VtZW50YXRpb24gaW0gZXJzdGVuL2NkOWJmOWY3LTZiMWMtNGQ3YS1iNjIxLWEwNWUwNDJkMWU2ZQ/

Memo-Sommerschule
am 10.09.2020 Bielefeld-Sennestadt

Gliederung 2020

Dr. Heintze

1) Spieglein, Spieglein an der Wand… Gesundheitssysteme im Vergleich

- Eigen- und Fremdwahrnehmung
- Grundtypen von Gesundheitssystemen – wesentliche Merkmale
- Blick auf den internationalen Ergebnisvergleich: Deutschland im Mittelfeld

2) Fünf Blicke auf die Schwächen des deutschen Systems

- **Fragmentierung** in Teilsysteme mit konträren Logiken verhindert integrative Versorgung
- **Vermarktlichung** und **Privatisierung** des Krankenhauswesens
  - Prozess mit verdeckter Agenda
  - Notstand der Krankenhauspflege
  - Hinterfragung des wettbewerblichen Paradigmas anhand der Finanzierung
- **Extreme Arztzentrierung** mit Geringschätzung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe (Pflege+)
- **Vernachlässigung der Gesundheitsvorsorge** + des kollektiven Gesundheitsschutzes
- **Trauerspiel Digitalisierung** – Andere machen es besser

3) Altenpflege (LTC) im Schraubstock von Markt, Wettbewerb und der Idealisierung informeller Pflege

- In der alternden Gesellschaft wächst der Bedarf an ganzheitlich guter Pflege und Betreuung
- Formelle Pflegequoten sind in Deutschland im Vergleich niedrig
- Deutsche Pflegeversicherung: kein Vorbild für andere Länder
- **Dringend wäre**: Senkung der Eigenanteile, Durchsetzung der Personalbemessung

4) Gesundheitspolitik nach Corona: Abschied von kurzatmiger Reparaturpolitik?

- Pflegenotstand: Politik reagiert mit kurzatmigen Reparaturversuchen
- Abschied von der Klinikschließungspolitik durch die Hintertür?
- Wiederaufbau der kommunalen Gesundheitsämter erscheint realistisch
- Kommunalisierung a la Niederlande könnte für die LTC den Weg weisen

1.1

Dr. Heintze

Eigen- und Fremdwahrnehmung

Narrativ der Lobbyisten des deutschen Systems (ärztliche Standesvertreter, Gesundheitspolitiker)

„Deutschland hat das beste Gesundheitssystem der Welt" (Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, seit April 2019 Präsident des Weltärzteverbandes) zum Auftakt der Hauptversammlung des Hartmannbundes Mitte November 2019 in Berlin. **Begründung: Der Zugang zur Versorgung sei einfach, die Wartezeiten kurz und jeder habe Anspruch auf Versorgung.** (PM vom 12.11.2019: https://www.zm-online.de/news/politik/deutschland-hat-das-beste-gesundheitssystem-der-welt)

Analysebefunde der Beobachtungsstelle von OECD und EU

*„Service provision in Germany is **highly fragmented and uncoordinated**. Fragmentation exists between primary and specialist care because of **absence of a gatekeeping system** and information is often lost because there is no system of electronic health records (…). Moreover, **different organisation and financing rules mean that there is a strong separation between hospitals and ambulatory care**. Incentives to enhance cross-sector collaboration remain weak"*

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019): Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, S. 12.

(…) *the fragmented structure of the system, with its plurality of payers and providers, leads to **fragmented databases that make a comprehensive assessment of health system performance difficult.** Several monitoring mechanisms and registers focus on different aspects of the system of single diseases, but they are either initiated or carried out by individual stakeholders. **The multitude of initiatives and coexisting programmes suffer from a lack of systematic evaluation, involvement of all sectors, and overall formulation of goals**."* (OECD/EU (2019): Germany. Country Health Profile 2019, Brussels, S. 21)

1.2a

Dr. Heintze

Europäische Gesundheitssysteme: Vier Grundtypen

	Laufende Gesundheitsausgaben				Krankenhausbetten nach Eigentümern (Anteile in %)			Bewertung bei internationalen Vergleichsstudien (Rangplätze)			
	% des BIP	Finanzierungsanteile (%)			Öffentlich	For-Profit		EHCI18 (35 Länder)	Performanz 2016 (195 Länder)[2]	SDG[3]	Digitalisierung[4]
		Steuern	Kassenbeiträge	Selbstzahlungen[1)]		2002/04	2017/18				
I. Universalistische Staatliche Gesundheitssysteme											
Schweden	10,8	84,8	0	15,2	:	:	:	8	8	3	7
Norwegen	10,5	85,5	:	14,5	100	0	0	3	1	2	
Dänemark	10,1	84,0	0	16,0	93,7	1,1	2	4	17	14	3
Vereinigtes Königreich	9,6	78,8	0	21,2	100	0	0	16	23	5	6
Finnland	9,2	61,6	13,5	24,9	95,5	3,4	4,5	6	6	10	
Portugal	9	65,0	1,3	33,7	68,8	5,7	10,5	13	32	31	8
Spanien	8,9	66,5	4,1	29,4	68,7	18,8	19,1	19	19	22	5
Italien	8,7	73,6	0,2	26,3	66,7	27,1	29,3	20	9	34	12
II. Universalistische Pflichtversicherungssysteme mit gemischter Trägerschaft											
Schweiz	12,4	21,8	41,8	36,4	:	:	:	1	7	8	14
Frankreich	11,3	5,3	78,1	16,6	61,6	19,9	24,3	11	20	37	15
Deutschland	11,3	6,3	78,1	15,6	40,7	23,5	30,4	12	18	19	16
Belgien	10,4	20,6	55,4	24,1	:	:	:	5	15	15	13
Österreich	10,4	29,8	44,2	26,0	69,8	7,4	13,7	9	13	29	10
Niederlande	10,1	6,2	75,5	18,4	0	0	0	2	3	6	9

: Daten nicht verfügbar.

1) Freiwillige Systeme und private Zuzahlungen; 2) Ergebnisse bei der Behandlung von 33 häufigen Erkrankungen; 3) Bewertet werden die im Zeitraum von 1990 bis 2017 erzielten Fortschritte bei nachhaltigkeitsorientierten Gesundheitszielen (195 Länder); 4) Studie der Bertelsmann Stiftung (2018: Tab. 26 S. 225) zum Stand der Digitalisierung in 17 Vergleichsländern (weltweiter Vergleich).

Quelle: Heintze, Cornelia (2020, Beitrag in SPW 239, S. 52ff.)

1.2b

Dr. Heintze

Europäische Gesundheitssysteme: Vier Grundtypen - Fortsetzung

	Laufende Gesundheitsausgaben				Krankenhausbetten nach Eigentümern (Anteile in %)			Bewertung bei internationalen Vergleichsstudien (Rangplätze)			
	% des BIP	Finanzierungsanteile (%)			Öffentlich	For-Profit		EHCI18 (35 Länder)	Performanz 2016 (195 Länder)[2]	SDG[3]	Digitalisierung[4]
		Steuern	Kassenbeiträge	Selbstzahlungen[1)]		2002/04	2017/18				
III. Staatlich organisierte Pflichtversicherungssysteme											
Slowenien	8,2	3,4	68,8	27,8	98,9	:	1,1	21	21	13	
Tschechien	7,2	13,1	69	17,9	84,9	:	14,8	14	28	42	
Slowakei	6,7	2,4	77,5	20,1	k.A.	:		17	36	23	
Litauen	6,5	9,0	57,2	33,8	99,2	0,2	0,1	28	45	108	
Polen	6,5	10,0	59,8	30,2	88	:	:	32	39	40	17
IV. Gesundheitssysteme ohne umfassenden Schutz											
Bulgarien	8,1	9,3	42,8	47,9	76,7	2,6	23,3	31	51	91	
Griechenland	8,0	27,8	32,7	39,4	65,2	27,9	32,9	29	24	73	
Rumänien	5,2	15,5	63,2	21,4	94,3	0,1	5,3	34	47	109	

: Daten nicht verfügbar.

1) Freiwillige Systeme und private Zuzahlungen; 2) Ergebnisse bei der Behandlung von 33 häufigen Erkrankungen; 3) Bewertet werden die im Zeitraum von 1990 bis 2017 erzielten Fortschritte bei nachhaltigkeitsorientierten Gesundheitszielen (195 Länder); 4) Studie der Bertelsmann Stiftung (2018: Tab. 26 S. 225) zum Stand der Digitalisierung in 17 Vergleichsländern (weltweiter Vergleich).

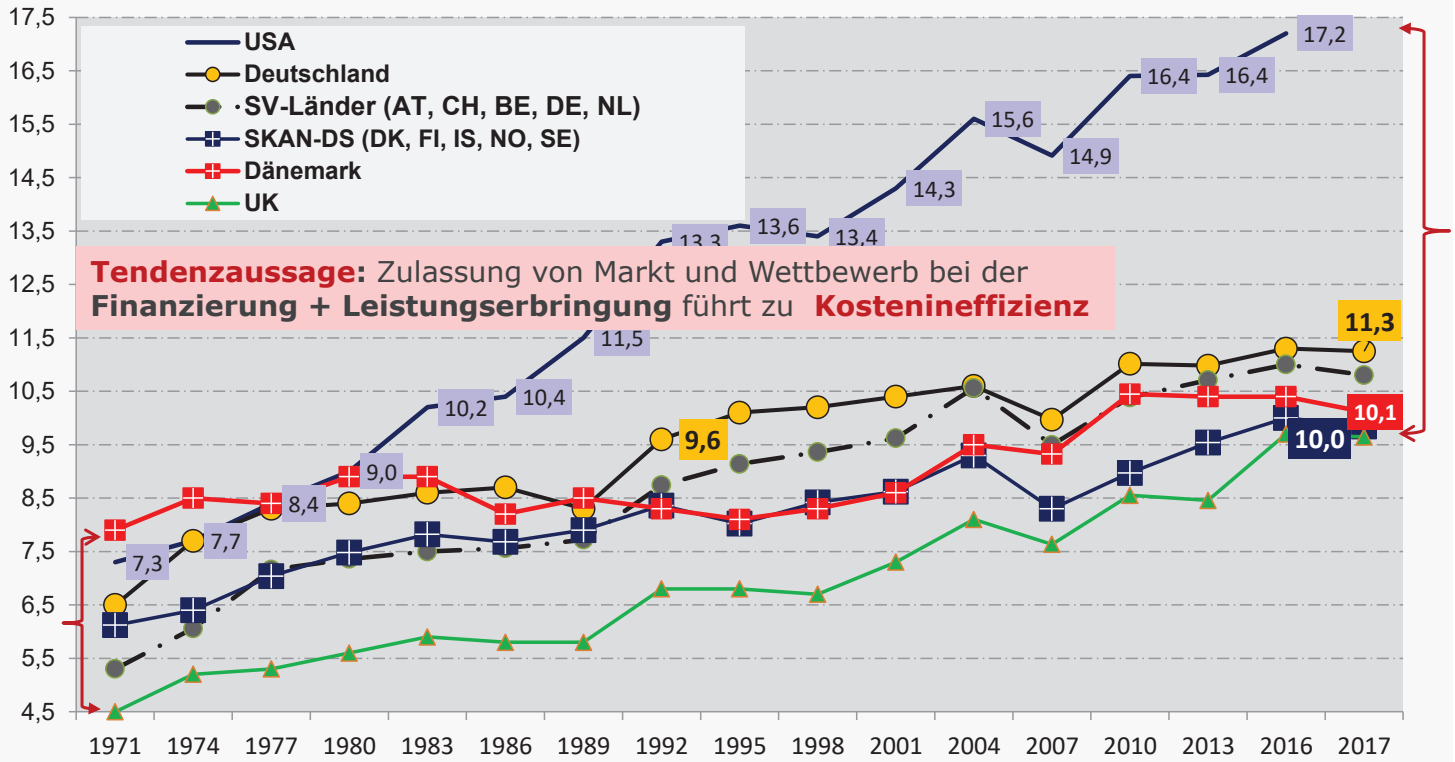
Erläuterung zum EHCI („Euro Health Consumer Index"). Der Index wird seit 2005 vom Health Consumer Power House (HCP) herausgegeben. Verglichen werden 35 Länder entlang von sechs Subdisziplinen, die sich in 46 Einzelindikatoren gliedern. Nicht einbezogen sind die Bereiche „Langzeitpflege" und „Digitalisierung". Tendenziell hat sich die Position der BRD auf diesem Index verschlechtert (2009: Platz 6; 2018: Platz 12). Dies resultiert primär aus Verbesserungen in anderen Ländern.

1.2c

Dr. Heintze

Entwicklung der öffentl. + privaten Gesundheitsausgaben

(laufend, in % des BIP) **nach Systemtypen** (Langzeitpflege ist Teil davon)



Quelle: OECD Health Data, fortlaufend bis zur Ausgabe von 2018

1.3

Universelle effektive Versorgung insgesamt und bei bestimmten Erkrankungen (Lancet-Studie von 8-2020)

Dr. Heintze

Land	Gesamt-wert (UHC Index)	Neuge-borenen-pflege	Brust-krebs	Darm-krebs	Herzer-krank-ungen	Diabetes	Knieer-kran-kungen	COPD	Asthma	Epilepsie
Island	95	95	99	99	93	100	88	99	89	78
Norwegen	94	99	96	96	97	97	82	93	95	75
Schweiz	93	78	97	99	99	93	80	99	90	82
Finnland	91	100	100	97	72	100	91	96	94	68
Frankreich	91	90	95	92	100	71	83	97	86	67
Schweden	90	99	98	92	87	83	83	100	87	72
Slowenien	90	100	86	85	97	89	94	94	99	85
Niederlande	90	84	97	97	99	81	77	87	90	75
Italien	89	95	97	99	96	81	76	92	97	83
UK	88	83	94	94	88	100	85	81	64	66
Belgien	87	90	94	91	96	91	72	86	77	70
Deutschland	86	88	93	91	80	90	61	97	81	81
Österreich	86	89	93	95	84	72	61	95	91	78
…										
USA	82	70	99	98	73	72	49	72	68	88
Tschechien	82	100	88	80	66	86	87	87	73	77

= Einzelwerte von 95 und besser = Einzelwerte von 80 und schlechter

www.thelancet.com Published online August 27, 2020 https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30750-9

2

Dr. Heintze

Fünf Blicke auf die Schwächen des deutschen Systems

Fragmentierung in Teilsysteme mit konträren Logiken verhindert integrative Versorgung

- **1. Fragmentierung** in Teilsysteme mit konträren Logiken
- **2. Vermarktlichung und Privatisierung des Krankenhauswesens**
  - Prozess mit verdeckter Agenda
  - Notstand der Krankenhauspflege
  - Hinterfragung des wettbewerblichen Paradigmas anhand der Finanzierung
- **3. Extreme Arztzentrierung** mit Geringschätzung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe (Pflege+)
- **4. Vernachlässigung der Gesundheitsvorsorge** + des kollektiven Gesundheitsschutzes
  - Wichtige Aufgaben, aber kaputtgespart – Die Gesundheitsämter als 3 Säule
- **5.** Trauerspiel um die Digitalisierung – Österreich macht es besser

2.1

Fragmentierung des deutschen Kranken- und Pflegesystems

Bereich	Sicherstellungs-auftrag	Leistungserbringer	Finanzierung
Ambulante Krankenver-sorgung	**Kassenärztliche Vereinigungen** (KV´s)	Niedergelassene Ärzte Therapiepraxen; MVZ UNI-Kliniken (Ambulanzen)	▪ **Zu > 70% öffentlich** ▪ GKV (105 Kassen stehen in 2020 im Wettbewerb) und PKV (41) ▪ Unterschiedliche Vergütungen
Notfallversorgung	**1.** KV´s (Tel. 116 117), **2.** LK/Kommunen (112): Rettungsdienste	▪ Bereitschaftsärzte ▪ Notfallambulanzen der Krankenhäuser (KH)	Kassen
Plan-Kranken-häuser (KH) der Länder und UNI-Kliniken	**Bundesländer** (Ihre Planungskompetenz wird durch den G-BA der Selbstverwaltung tendenziell untergraben)	Öffentlich, privat (kommerziell) + frei-gemeinnützig	**Dualistische Finanzierung** (DRG = Fallpauschalen + Invest-Finanzierung durch die Länder) Ausnahme: Psychiatrie
KH der Berufs-genossenschaften	**Gesetzliche Un-fallversicherung** (GUV)	Eigenversorgung der GUV (SGB VII) in 9 Akut-KH	Bei GUV-Mitgliedern keine Fallpauschalen
REHA-Kliniken	▪ Keine Länder-zuständigkeit; ▪ Geteilte Zuständigkeiten	▪ Rd. 50% For-Profit-Kliniken ▪ Rd. 20% öffentliche Kliniken ▪ Rentenversicherung (DRV) mit Finanzierung und Leistungserbringung aus einer Hand (SGB VI)	**1. Monistische Finanzierung** über Versorgungsverträge mit Kassen (DRG-System) **2. Eigenfinanzierung** durch DRV in 22 DRV-REHA-Zentren (kein DRG-System)
Langzeitpflege	Pflegeversicherung (SGB XI); Krankenver-sicherung (SGB V) bei Behandlungspflege	**Fast ausschließlich privat** (Familien, jeweils rd. 14 Tsd. ambulante wie stationäre Dienste; privat organisierte Live-Ins des grauen Pflegemarktes)	**Überwiegend privat** mit Teilleistungen der Pflege-versicherung; Behandlungspflege ist abweichend geregelt.

2.2-1

Dr. Heintze

Prozess der Vermarktlichung des Krankenhauswesens

- **1992/1993: Basislegung durch Mitte-Rechts-Regierung aus CDU/CSU + FDP** (GM Seehofer von der CSU)
- **"Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung"** (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG von 29.12.1992 BGBl. I Nr. 59, S. 2266) **schafft durch den**
- **Wegfall des Selbstkostendeckungsprinzips** die Voraussetzung für Gewinnerwirtschaftung und -aneignung; Mittelzuweisung zunächst über Budgets
- **Offizielle Begründung**: Steigerung der Kosteneffizienz, mehr Qualität, mehr Transparenz
- **Verdeckte Agenda**: Krankenhäusern sollen so in einen Verdrängungswettbewerb gezwungen werden, dass diejenigen, in denen sich der auf Erlös gerichtete ökonomische Geist nicht durchsetzt, auf der Strecke bleiben. **Privatisierungen sind erwünscht.**

- **1996: Abschaffung der Pflege-Personal-VO von 1993** macht den Weg frei für Kosteneinsparungen zu Lasten der Pflege (VO sei wettbewerbsfeindlich)

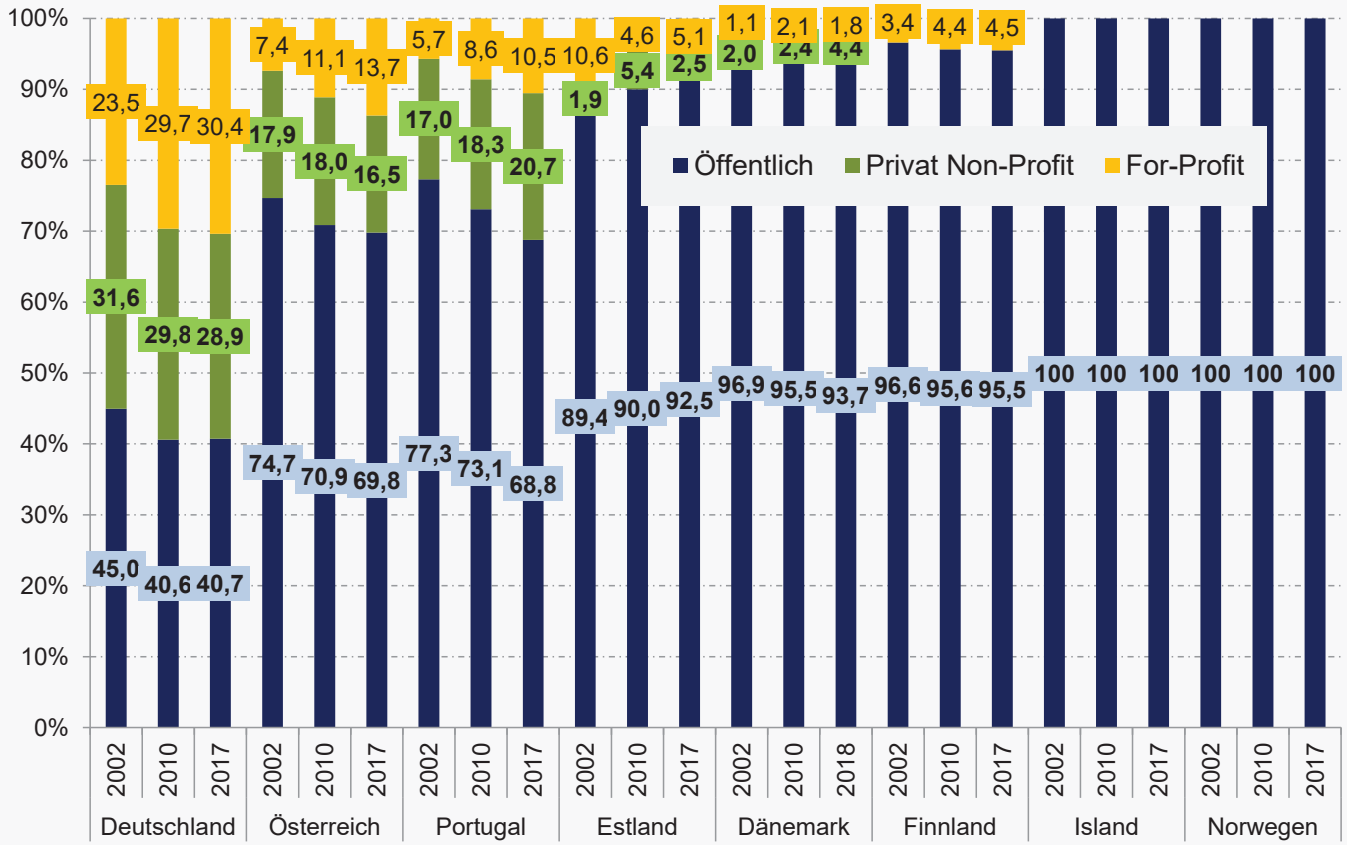
- **Bis 2004: Vollzug und Zementierung** des Entgeltsystems der DRG-Pauschalen (DRG = Diagnosis Related Group) durch die Ministerinnen Andrea Fischer (Grüne) und Ulla Schmidt (SPD)
- **Einschlägiges Gesetz: Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG und Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG vom 23.4.2002**
- **Das Versprechen:** Preistransparenz, Steigerung der Kosteneffizienz
- **Die Funktion:** Entscheidender Hebel für die Durchsetzung der Logik von Markt und Wettbewerb. Derzeit (2019) enthält der DRG-Katalog 1.318 DRG`s (2003: 664) mit rd. 40.000 Prozeduren. Der neue Beruf der Kodierer stellt die Kombinationen zusammen, die den höchsten Erlös beinhalten.

- **Niedergang der Krankenhauspflege gefährdet die Patientensicherheit**
- **Ab 2015: GroKo startet Reparaturmaßnahmen**

2.2-2

Bedeutung und Entwicklung öffentlicher Krankenhaus-Trägerschaften: in Deutschland prägen private Träger die Entwicklung (Anteil der Krankenhausbetten nach Trägerschaft)

Dr. Heintze

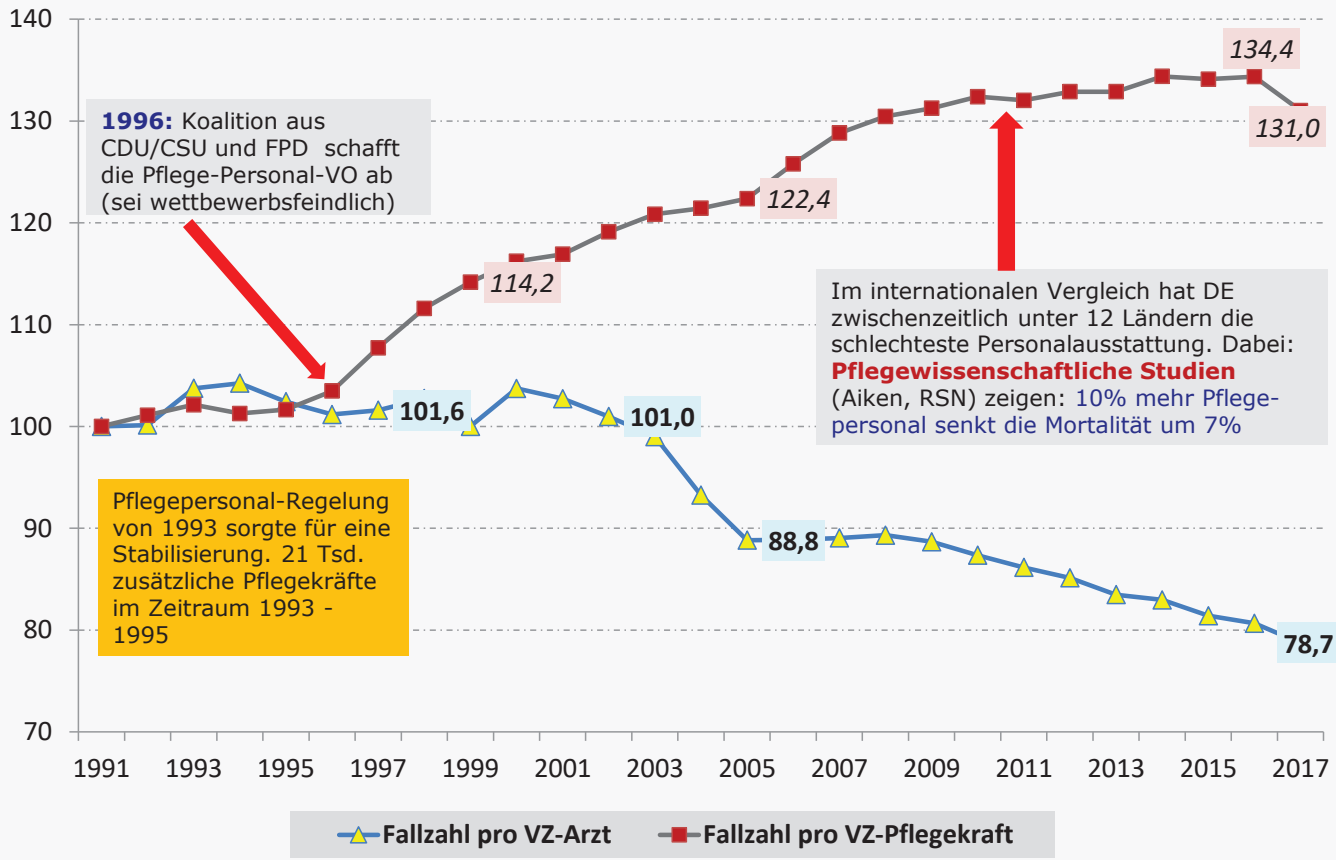


Quelle: Eurostat, Krankenhausbetten nach Trägerschaft [hlth_rs_bds2]; Update vom 26.08.2019; eigene Auswertung

2.2-3

Pflegenotstand im Kliniksektor als Kollateralschaden

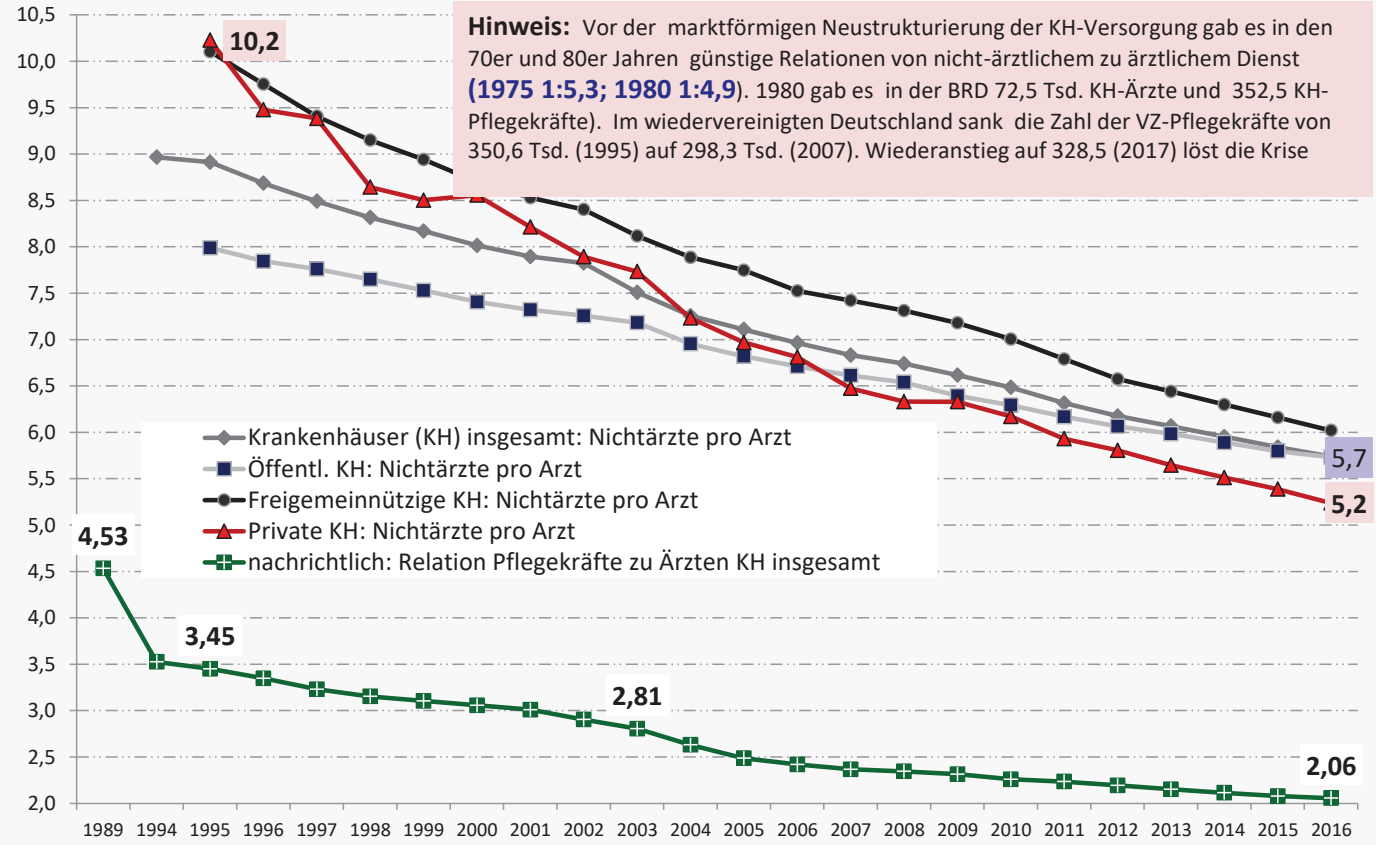
Entwicklung der Fallzahlen pro Vollzeit-Ärzte und Vollzeit-Pflegekräfte (1991 = 100)



Quelle: Destatis-Krankenhausstatistik, Zahlen für 2017 aus: Destatis PM Nr. 292 vom 08.08.2018

2.2-4

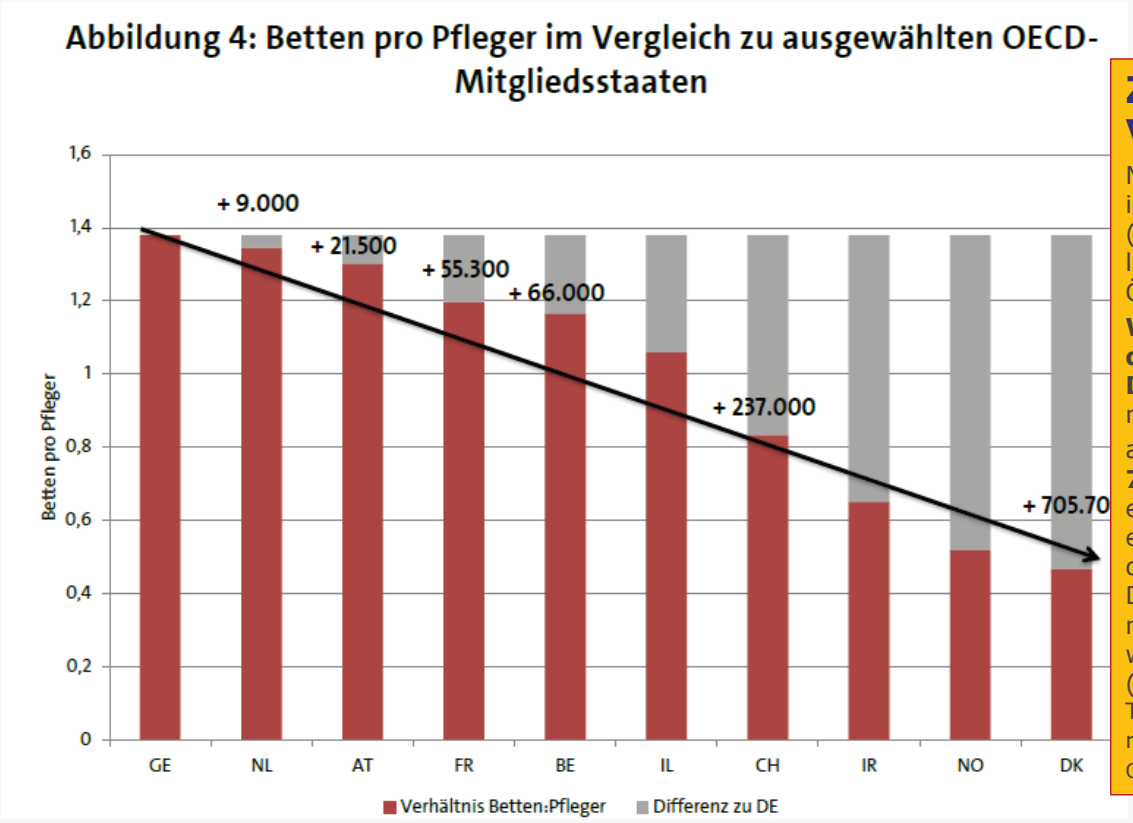
Massive Verschlechterung der Relation von Nicht-Ärzten auf Ärzte als logische Konsequenz der Profitlogik



Hinweis: Vor der marktförmigen Neustrukturierung der KH-Versorgung gab es in den 70er und 80er Jahren günstige Relationen von nicht-ärztlichem zu ärztlichem Dienst **(1975 1:5,3; 1980 1:4,9**). 1980 gab es in der BRD 72,5 Tsd. KH-Ärzte und 352,5 KH-Pflegekräfte). Im wiedervereinigten Deutschland sank die Zahl der VZ-Pflegekräfte von 350,6 Tsd. (1995) auf 298,3 Tsd. (2007). Wiederanstieg auf 328,5 (2017) löst die Krise

2.2-5

Personelle Unterausstattung anhand der Pflegekraft-Bett-Relation



Zum Vergleich

Mit **+ 21.500** zusätzlichen Pflegevollkräften (VZÄ) würde Deutschland das Niveau von Österreich erreichen.

Wollte Deutschland das Niveau von Dänemark erreichen, müsste eine Personalaufstockung um brutto **705.700** Stellen erfolgen. Netto wären es deutlich weniger, da die Liegezeit in Dänemark annähernd nur halb so hoch ist wie in Deutschland (DE: 7,5 Tage; AT 6,4 Tage, NO 6,1 Tage, DK rd. 4 Tage).

Quelle: Eurostat 2018

Quelle: Schreyögg, J. Milstein; R. (2016):, Expertise zur Quantifizierung der Pflegezahlen in Deutschland sowie zum Überblick über die normative Bestimmung des Pflegebedarfs in ausgewählten OECD-Ländern, Hamburg Center for Health Economics

2.2-6

Wettbewerbsdenken drängt in Richtung der Vermarktlichung auch der verbliebenen Sonderbereiche: Das Beispiel REHA

Dr. Heintze

Gutachten 2014 des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen (Bedarfsgerechte Versorgung)

- **Nach Sozialgesetzbuch VI (Rentenversicherung) sind Rentenversicherungsträger in der Wahl der Versorgung ihrer Versicherten (incl. deren Kinder) frei**:
  - Abschluss von Versorgungsverträgen mit privaten Einrichtungen
  - Versorgung durch eigene Einrichtungen (§ 15 II SGB VI)
- **Unfallversicherung und Krankenkassen:**
  Für Eigeneinrichtungen, die bereits vor 1989 bestanden, existiert **Bestandschutz** (§ 140 SGB V). Neugründungen folgen dem konservativen Subsidiaritätsprinzip: Eine Krankenkasse kann eine REHA-Klinik neu nur in Betrieb nehmen, wenn dadurch eine konkrete Versorgungslücke geschlossen und vorhandene Wettbewerber nicht beeinträchtigt werden.

- SVR betont, **dass das europäische Vergaberecht nur dort einen Hebel bietet**, wo Rentenkassen mit privaten Einrichtungen Versorgungsverträge schließen (§ 15 II SGB VI und § 21 SGB IX). „***Eröffnet der Rentenversicherungsträger aber gar keinen Markt für die Erbringung von Rehabilitationsleistungen, sondern entschließt sich, die Leistungen durch eigene Einrichtungen zu erbringen, ist das Vergaberecht nicht anwendbar***."

- Die REHA-Eigeneinrichtungen der Krankenkassen seien „***aus wettbewerbstheoretischer Sicht (…) weniger schädlich als die rentenversicherungseigenen Einrichtungen. Anders als im Rentenversicherungssystem besteht im Krankenversicherungsmarkt ein lebhafter Wettbewerb um Kunden***." Ob Rechtfertigung aufgrund qualitativ besserer Versorgung, sei anhand der Datenlagen „*nicht objektiv zu klären*"

- Empfehlung: Klare Trennung von Kostenträger- und Leistungsträgerebene, ggf. auch „***eine Privatisierung (bzw. Kommunalisierung) der bestehenden Eigeneinrichtungen.***"

2.2-7

Hinterfragung des wettbewerblichen Paradigmas anhand der Finanzierung

Dr. Heintze

Steuerfinanzierung als Gegenmodell zu Pflichtversicherungen- Grundmerkmale:

1) **Der Leistungsbezug ist an den Einwohnerstatus gebunden, Erwerbsstatus ist irrelevant**
2) **Die Finanzierung der Leistungen erfolgt aus dem allgemeinen Steueraufkommen**

Voraussetzung: Auskömmliches (hohes) Steueraufkommen

1) **Breite Risikobündelung. Die Finanzierungsbasis geht 1) über das Erwerbseinkommen hinausgeht** (Kapitaleinkommen, indirekte Steuern, Sonderabgaben) **und umfasst 2) alle Einwohner.**
   - Keine Rosinenpickerei durch Kassen
   - Keine Gliederung der Bevölkerung entlang von Status, Beruf, Branche
   - Geringe Anfälligkeit für Korruption

2) **Einfache Steuersysteme mit hoher Umverteilungswirkung (Spitzensteuersätze > 50%)**
   - **tendenziell gerechter** als eine Finanzierung über Beiträge.

2) **Freier Zugang für alle Einwohner, daher geringer Grad an Segmentierung entlang sozialer Spaltungslinien**
   - Keine Gruppe fällt aus der Versorgung

3) **Hoher Grad an Flexibilität bei der Leistungsgestaltung**
   - Leistungspakete können passgenau zugeschnitten werden
   - **Keine Bindung der Leistungsgewährung an ein bestimmtes Kassenkollektiv** und den Eintritt eines Versicherungsfalles **(Keine Versicherungslogik!)**

4) **Wenig Verschiebebahnhöfe**

5) **Höhere Kosteneffizienz, da**
   - Teure Kassenverwaltungskosten entfallen (DE: Vorstandsgehälter von rd. 150 Kassen…)
   - Kosten für Mitgliederwerbung entfallen
   - Kosten für das Management von Verträgen sind gering (Grund: Finanzierung und Leistungserbringung überwiegend aus einer Hand)

2.2-7

Dr. Heintze

Minimierung der Nachteile der Beitragsfinanzierung ist möglich

Österreich als Vorbild: Risikobündelung statt Kassenwettbewerb

Österreichische Gesundheitskasse für abhängig Beschäftigte und Rentner (Pensionisten)

Das österreichische Sozialversicherungssystem kommt wie das deutsche aus einer berufsständischen Tradition, d.h.: Die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Träger hängt von der ausgeübten Tätigkeit ab.

Mit der Schaffung der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) zum 1.1.2020 für alle abhängig Beschäftigten und der Reduktion der Zahl von Sondersystemen auf einige wenige erfolgte ein großer Schritt in Richtung Einheitskasse

Die ÖGK bietet 7,2 Millionen Versicherten in Österreich Schutz - unabhängig von Alter oder Einkommen. Eine Risikoauslese wie bei einer Privatversicherung gibt es nicht. Sie entstand am 01.01.2020 durch die Fusion der neun ehemaligen Gebietskrankenkassen und versichert die abhängig Erwerbstätigen und ihre Familien. Zusätzlich einbezogen sind die Pensionisten und Pensionistinnen sowie alle Personen, die bisher bei einer Betriebskrankenkasse versichert waren. In Summe versichert die ÖGK 81,3 Prozent der österreichischen Bevölkerung.

Die ÖGK ist eine Sozialversicherung mit Selbstverwaltung. Leistungen:

- Finanzierung von gesundheitlichen Versorgungs- und Präventionsleistungen
- Betrieb eigener Versorgungseinrichtungen (Gesundheitszentren, z.B.)

https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.821354&portal=oegkdgportal

Geringe Zahl weiterer Sozialversicherungen (Neuordnung ebenfalls zum 1.1.2020 mit automatischer Überführung der bislang anders Versicherten)

- Versicherungsanstalt für Beamte (öffentlich Bedienstete)
- Sozialversicherungsanstalt für Selbständige (integriert wurden hier die FreiberuflerInnen und die selbständig Erwerbstätigen der Land- und Forstwirtschaft)

(Quelle: Österreichisches Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz: https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Sozialversicherung/Krankenversicherung.html)

2.3a

Dr. Heintze

Gesundheitsbranche: Hohe Beschäftigungsbedeutung (größte Branche), starke Polarisierung der Arbeitsbedingungen

	Erwerbstätige in Tsd.					Vollkräfte in Tsd.			
	2000	2005	2012	2015	2017	2012	2015	2016	2017
Insgesamt	**4.026**	**4.373**	**5.062**	**5.380**	**5.579**	**3.700**	**3.912**	**3.975**	**4.038**
Dar. Frauen	2.986	3.277	3.834	4.079	4.226	2.662	2.825	2.873	2.918
Gesundheits-schutz/Öff. Gesundheitsdienst	40	39	36	36	37	31	31	31	31
Ambulante Versorgung	1.566	1.761	2.061	2.204	2.288	1.366	1.456	1.482	1.506
Arzt- und Zahnarztpraxen	870	944	995	1.026	1.047	667	686	690	695
Ambulante Pflegedienste	185	211	294	344	378	198	233	247	260
Stationäre Versorgung	1.579	1.620	1.814	1.911	1.988	1.391	1.460	1.483	1.514
Krankenhäuser	1.021	992	1.069	1.113	1.155	839	869	882	896
Vorsorge + REHA	115	111	117	119	121	91	91	91	92
Stationäre Pflegedienste	443	517	628	679	712	461	500	510	526
Rettungsdienste, Sonstige Einrichtungen	458	533	642	690	721	483	510	518	527
Vorleistungs-industrien	383	421	509	539	545	429	455	460	460

In Deutschland arbeitet **mehr als jede vierte Altenpflegerin im Niedriglohnbereich**. (28%; Osten: 40,7%; Westen (25,3%).

Bei den HelferInnen beträgt der **Niedriglohnanteil bundesweit 58%;** im Osten sogar 78,5% (IAB, 2020)

KrankenpflegerInnen werden wesentlich besser bezahlt, sofern sie nicht in der Altenpflege arbeiten.

Quelle: (1) Destatis: Gesundheit – Personal, Fachserie 12 Reihe 7.3.2, fortlaufend; (2) Genesis-Datenbank: Gesundheitspersonal (Vollzeitäquivalente): Deutschland, Jahre, Einrichtungen, Geschlecht, Berufe im Gesundheitswesen Fachserie 12, Reihe 6.1.1.); eigene Auswertung

2.3b

Arztzentrierung und die geringe Wertschätzung pflegender Berufe sind 2 Seiten einer Medaille

Dr. Heintze

Problem starker Arztzentrierung besteht schon lange mit problematischen Folgen

- **Ausgebremste Professionalisierung der Pflege** **(Pflege als Magd der Medizin) wie auch der anderen Gesundheitsfachberufe**
- **Hierarchisierung** mit ärztlichem Weisungs-vorbehalt verhindert Kooperation
- **Fehlende Kooperation** kostet Leben
- **Integrierte Versorgungskonzepte bleiben ein Papiertiger**.
- In Skandinavien, UK und den NL wird **pflegerisches Handeln durch pflegerische Denkmodelle** geprägt, in DE durch medizinische
- Die Subordination der Pflege hat sich unter dem DRG-Regime noch verschärft
- **Die Altenpflege steht in der Hierarchie ganz unten**. Altenpflegefachkräfte verdienen bis zu 500 €/mtl. weniger als KrankenpflegerInnen

In Germany nurse education has not yet followed European and international trends. The primary reasons are a general lack of understanding of the potential benefits of better qualified nurses for health outcomes, strong opposition from medical organizations and the major trade union, as well as concerns about the financial implications of such change. However, nursing associations lobbied for academization of nurses and achieved some progress, as described earlier in this chapter.

Aus: **WHO (Hg.) (2019):** Strengthening health systems through nursing – Evidence from 14 European countries (Rafferty, Anne Marie et al.), Health Policy Series No. 52, p. 51

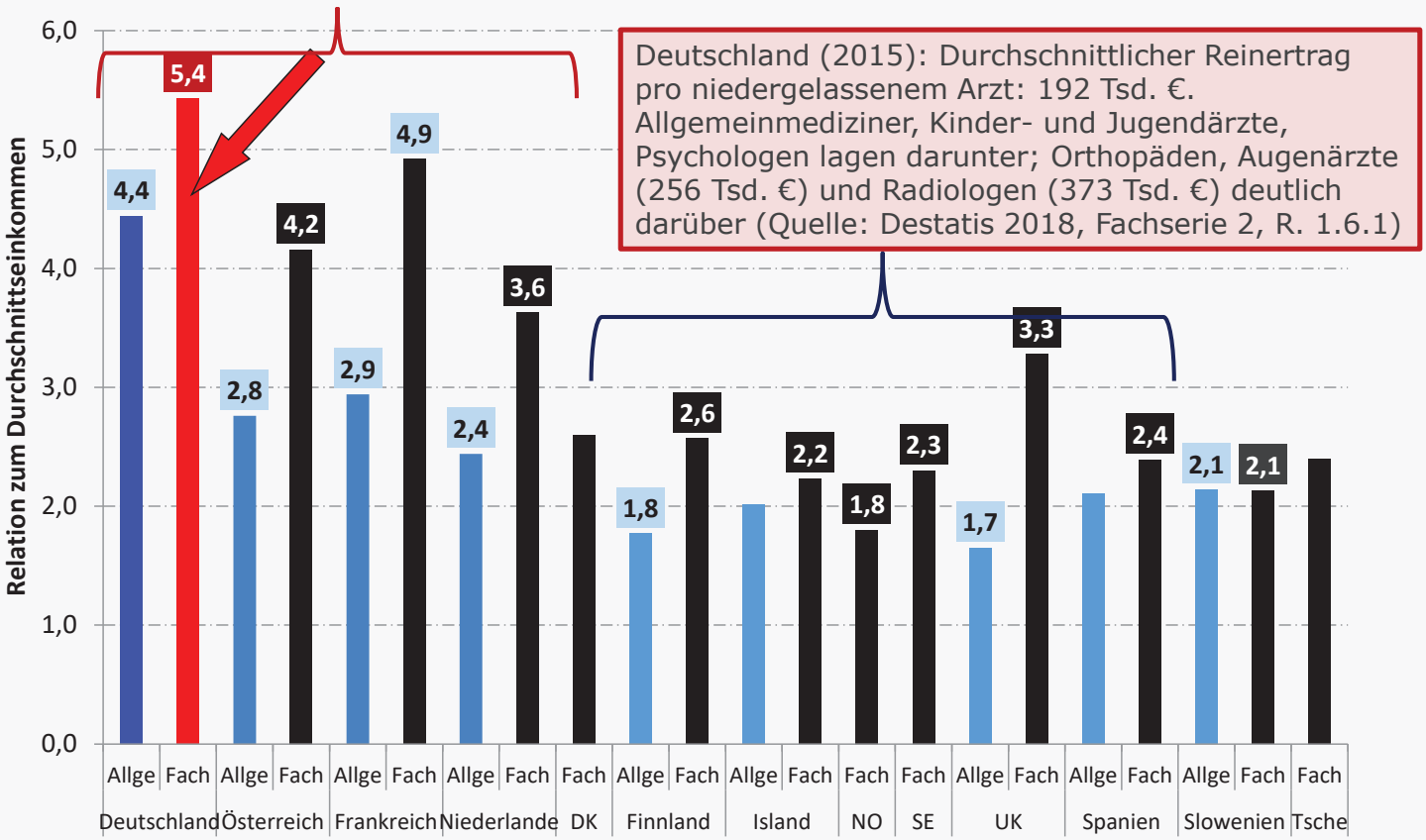
„**Ganz überwiegend bejahen die Ärzte, dass es um die Pflege noch viel schlechter gestellt ist**: „***Die Pflege ist eine Vollkatastrophe. Die quieken noch mehr. (...) Durch Personalmangel – 2 Schwestern pro Station auf 50 Patienten. Denen geht es auf jeden Fall schlechter als uns***." (Nr. 34, S. 99).
Quelle: Naegler/Wehkam (2018): Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung. Krankenhausärzte und Geschäfts-führer im Interview, Berlin (Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft)

2.3c

Extreme Arztzentrierung des deutschen Systems:

Arzteinkommen relativ zum Durchschnittseinkommen im Systemvergleich 2017

Dr. Heintze



Deutschland (2015): Durchschnittlicher Reinertrag pro niedergelassenem Arzt: 192 Tsd. €. Allgemeinmediziner, Kinder- und Jugendärzte, Psychologen lagen darunter; Orthopäden, Augenärzte (256 Tsd. €) und Radiologen (373 Tsd. €) deutlich darüber (Quelle: Destatis 2018, Fachserie 2, R. 1.6.1)

Quelle: OECD 2019, Health Statistics Nov. 2019, eigene Auswertung

2.4a

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGB):

4 große Aufgabenbereiche

Dr. Heintze

Infektionsschutz:

- verhindern, dass sich übertragbare Krankheiten in der Bevölkerung ausbreiten.
- Bei neu auftretenden Epidemien Erreger bekämpfen und Infektionsketten unterbrechen.

Gesundheitsfürsorge:

- Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (KJGD) + Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJpD),
- Zahnärztlicher Dienst (Zahnstatuskontrolle und Gruppenprohylaxe),
- Behindertenbetreuung und Angebote von Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie. Individualmedizinische Ansätze werden dabei mit gruppenbezogenen Ansätzen kombiniert.

Gesundheitsvorsorge:

- Gesundheitliche Aufklärung, Leistungen der Gesundheitserziehung und –beratung
- Erfassung und Dokumentation des Gesundheitszustandes der Bevölkerung (Gesundheitsberichte)

Gesundheitsüberwachung, Arbeitsschutz und Umweltmedizin

Gruppen-Kariesprophylaxe des Jugendzahnärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter ist eine Erfolgsgeschichte. Beim Start Ende der 80er Jahre hatten nur 12,4 Prozent der 12-Jährigen ein **kariesfreies Gebiss**, 2005 waren 70,1 Prozent (Fünfte Deutsche Mundgesundheits-studie 2016, S. 37).

Barmer-Zahnreport von 8-2020 für Sachsen: 2018 nutzten nur etwa **40 Prozent** der Familien mit Kindern zwischen zweieinhalb und sechs Jahren zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen. Mehr als die Hälfte der 2 – 6jährigen Kinder waren nicht zur Kontrolle (https://www.barmer.de/presse/bundeslaender-aktuell/sachsen/aktuelles/zahnreport-sachsen-karies-254906)

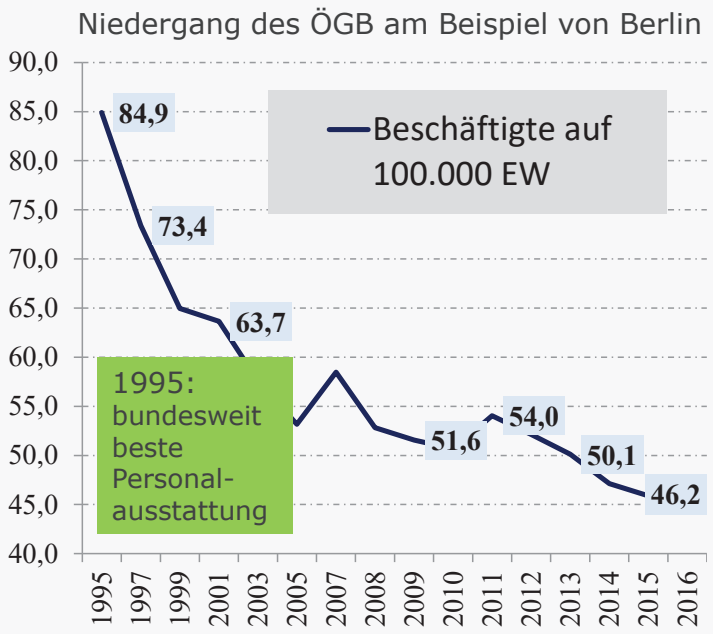
In über 200 sächsischen Kitas und Schulen fehlen Zahnärzte, die mit Kindern + Jugendlichen arbeiten (https://www.lagz-sachsen.de/freie-einrichtungen.html; 6.9.20). In Skandinavien übernehmen dies Dental School Nurses (schulische ZahngesundheitspflegerInnen). In Deutschland besteht die Alternative in der Nichtversorgung.

2.4b

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGB):

Kaputtgespart, jetzt aber systemrelevant

Dr. Heintze



In der aktuellen Pandemie wären die Gesundheitsämter ohne Lockdown kollabiert. Der Lockdown ermöglichte die Abordnung aus anderen Teilen des Öffentlichen Dienstes, die Rekrutierung von Medizinstudenten und die Gewinnung von Freiwilligen. Trotzdem arbeiteten und arbeiten viele Ämter an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit und unter Hintanstellung, teilweise Aussetzung aller anderen Aufgaben.

Berufsstruktur der Gesundheitsämter im Jahr 1995: Ärzte (20%), Sozialarbeiter (20%), Zahnärzte + ZahnarzthelferInnen (10%); diverse Gesundheitsberufe (Apotheker, Desinfektoren, Psychologen, Soziologen, Pädagogen, medizinisch-technische Fachkräfte) rd. 25%.

Quellen: Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) des Referates I A der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Tabellen „Personal in den Gesundheitsämtern in Berlin nach Geschlecht, Berufsgruppen und Beschäftigungsumfang" (Stand: 31.12.), fortlaufend; 2) Destatis, Bevölkerungsfortschreibung nach Bundesländern (Stand: 31.12.): https://www.regionalstatistik.de/genesis/online/data

2.5-1

Dr. Heintze

Digitalisierung im Gesundheitssystem:
Deutsches Trauerspiel contra Dänemark

(1) Digitalisierung im Gesundheitssystem kann so gestaltet werden, dass sie für die PatientInnen über ein Mehr an Qualität, Vernetzung und Transparenz von Nutzen ist.
(2) In einigen Ländern mit öffentlichem Gesundheitssystem ist die Digitalisierung schon recht weit fortgeschritten. Sie liefern einiges an guten Vorbildern.

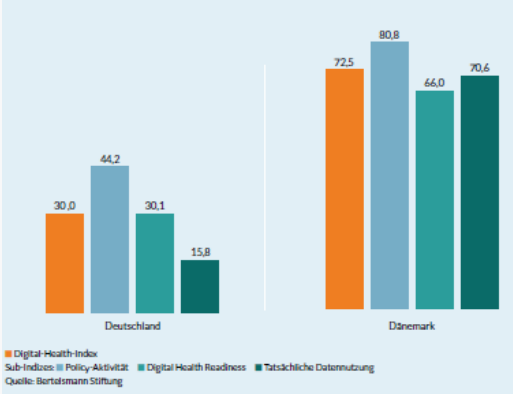
Vorbild Dänemark: Die Gesundheitsdaten nahezu aller EinwohnerInnen für einen Zeitraum von gut 40 Jahren elektronisch erfasst. Bei Erkrankungen kann darauf umgehend zurückgegriffen werden. Teure Doppeluntersuchungen werden vermieden, eventuelle Arzneimittel-Unverträglichkeiten liegen offen zutage, sofern sie in der Vergangenheit beobachtet wurden.
Technische Infrastruktur: Gemeinsames Eigentum von Gesundheitsministerium, Regionen und Kommunen (MedCom). Das darauf basierende **Patientenportal „Sundhed.dk“** genießt in der Bevölkerung ein hohes Vertrauen. Es ist **seit 2003 im Einsatz;** Deckungsgrad von annähernd 100 Prozent.

- Diagnostische Befunde werden zu 100 % elektronisch übermittelt werden
- Hausärzte führen elektronische Patientenakten.
- Rezepte werden den Apotheken elektronisch übermittelt.
- Bei Notfalleinweisung liegen mit dem Eintreffen des Patienten alle Daten vor.

Erklärvideo zum System: https://blog.der-digitale-patient.de/nationales-gesundheitsportal-interview-uffelmann/

Bertelsmann-Studie von Ende 2018 zu Grad und Güte der Digitalisierung des Gesundheitssystems in 17 OECD-Ländern (Projekt „SmartHealthSystems“ entlang von 34 Indikatoren) sieht Deutschland vor Polen auf dem vorletzten Platz. Auch Frankreich und die Schweiz schneiden schlecht ab. An der Spitze finden sich Länder mit dominant staatlichem Gesundheitssystem.

ABBILDUNG 15: **Vergleich des Digital-Health-Index und der Sub-Indizes zwischen Deutschland und Dänemark**, in Prozent der maximal zu erreichenden Punktzahl



2.5-2

Dr. Heintze

Digitalisierung im Gesundheitssystem:
Deutsches Trauerspiel contra Dänemark

Deutschland:

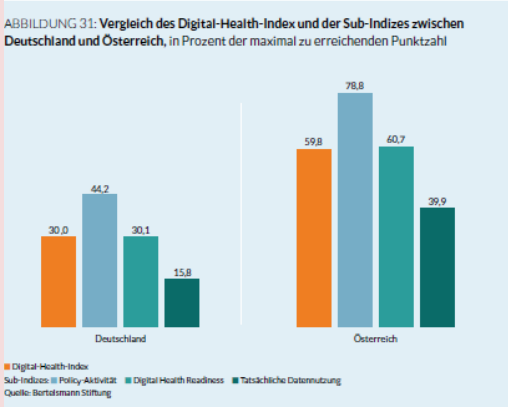
- **Gesetzliche Auftragserteilung an die Selbstverwaltung** (Ärztekammern, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, GKV, Krankenhausgesellschaft): Soll bis **zum 1. Januar 2006** eine elektronische Gesundheitskarte mit digitalen Anwendungsmöglichkeiten an den Start bringen.
- **Januar 2005: Gründung der Gematik GmbH** (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH) durch die **Spitzenverbände der Selbstverwaltung. Zweck:** Einführung, Pflege und Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und ihrer Infrastruktur. Gesellschafter: Krankenkassen 50%; Verbände der Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Apotheker: 50% Prozent.
- **2005 bis 2015: Ärztliche Blockade** (Ärztekammer, KVen) **unterminiert die Auftragserfüllung.**
- **Oktober 2015: Klage des Patientenbeauftragten und jetzigen NRW-Gesundheitsministers Laumann:** *„Man hat bereits eine Milliarde Euro für die Entwicklung der Gesundheitskarte ausgegeben. Der Großteil davon ist weg. Durch diverse Machenschaften ist sehr viel Geld der Versicherten versenkt worden“*. (zit nach HAZ vom 23.10.2015).
- **2019: Bundesgesundheitsminister Spahn beendet die Blockade durch staatliche Intervention. Das Gesundheitsministerium übernimmt 51% der Gesellschaftsanteile hält und ändert den Gesellschaftsvertrag dahingehend, dass Entscheidungen mit einfacher Mehrheit getroffen werden.** (Änderung über Bepackung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG), das am 11. Mai 2019 in Kraft trat - BGBl. I, 2019, Nr. 18, S. 646). Ärztevereinigungen sind jetzt in der Minderheit. Sie geißeln das Vorgehen als Anschlag auf die Selbstverwaltung.
- Krankenkassen nun verpflichtet, ihren Mitgliedern bis zum 1.1.2021 elektronische Patientenakten zur Verfügung zu stellen.

Ergebnis: Fragmentiertes System krankenkassenindividuelle Einzellösungen mit vielen Schnittstellen: "TK-Safe“ der Technikerkrankenkassen zusammen mit IBM; Digitales AOK-Gesundheitsnetzwerk mit ITSG GmbH als Betreiber, Vivy-App fürs Smartphone von DAK und Barmer usw.

Dr. Heintze

Warum es mit der Digitalisierung in Österreich besser läuft

- Die Gesundheitsministerien von Bund und Bundesländern übernahmen eine **Führungsrolle** (keine Delegation an die Selbstverwaltung oder private Akteure)
- 2009: Gründung der ELGA-GmbH. Eigentümer: Bund, Länder und Sozialversicherung.
- **Unternehmenszweck** ist die „**nicht auf Gewinn gerichtete Erbringung von im Allgemeininteresse liegenden Service-leistungen auf dem Gebiet der Daseinsvorsorge** im Bereich von e-Health zur Einführung und Implementierung der elektronischen Gesundheitsakte ELGA."
- **Erster Schritt**: Anschluss öffentlichen Spitäler und Pflegeeinrichtungen; private Dienstleister folgen
- **Regionaler Aufbau mit Ausnahme der e-Medikation**. Alle von Ärzten verordneten/von Apotheken abgegebenen Medikamente (incl. wechselwirkungs-relevante, nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel) werden verschlüsselt in einer zentralen Daten-bank erfasst.



Bertelsmann 2018, S. 172

Öffentliches Gesundheitsportal (https://www.gesundheit.gv.at/) https://www.gesundheit.gv.at/elga/elga-teilnahme/erklaervideos; Dauer: Rd. 5 Minuten

Und Deutschland?

Die Fragmentierung setzt sich bei der Digitalisierung fort. Dies vermindert die Patientensicherheit aufgrund vielfältiger Schnittstellen mit unterschiedlichen Sicherheitsniveaus

Immerhin: Am 1. September 2020 startete ein ‚Gesundheitsportal des Bundes (www.gesund.bund.de)
Partner sind: (1) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
(2) Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ);
(3) Robert Koch-Institut (RKI)

Dr. Heintze

3

Pflegekrise im Spiegel des Care-Klima-Index 2019

(Pflegetag + Deutscher Pflegerat)

Dass die Arbeitsbedingungen **schlecht** sind, sagen **60%** (2017: 51%). 37 Prozent sagen: Arbeitsalltag hat sich verschlechtert. Dies sind 18 Prozentpunkte mehr als 2017. 4 von 10 Pflegenden sehen bei ihren Arbeitgebern keine Aktivitäten zur Personalbindung durch bessere Arbeitsbedingungen. **Besonders schlecht wird die Lage der ambulanten Pflege eingeschätzt.** Hier erhöhte sich der negative Wert um 12 Prozentpunkte auf jetzt **56 Prozent**. Die meisten schauen düster in die Zukunft. Einziger Lichtblick: Pflegende fühlen sich zwischenzeitlich stärker von der Politik wahrgenommen.

Quelle: https://www.pflegen-online.de/pflegekrise-arbeitgeber-reagieren-traege (PM 14.01.2020)

Langfristpflege im Schraubstock von Markt, Wettbewerb und der Idealisierung von informeller Pflege

- In der alternden Gesellschaft wächst der Bedarf an ganzheitlich guter Pflege und Betreuung
- Formelle Pflegequoten sind in Deutschland im Vergleich niedrig
- Deutsche Pflegeversicherung: kein Vorbild für andere Länder, Markt macht Pflege
- **Dringend wäre**: Senkung der Eigenanteile, Durchsetzung der Personalbemessung

3.1

Die Alterung der Gesellschaft bedingt einen stark wachsenden Bedarf an integrierter professioneller Pflege

Dr. Heintze

Die Zahl der über 80-Jährigen stieg von 3,3 Mio (1995) auf 5,4 Mio (2019)

Herausforderungen für Kranken- und Altenpflege aufgrund des demografischen Wandels

1) Immer mehr Menschen leiden an **mehreren chronischen Krankheiten** gleichzeitig
2) Immer mehr Menschen leiden unter **Demenz**:
- Bei den Einwohnern ab 80 Jahren beträgt die Prävalenz mehr als 20% (Alzheimer Europe)
- Bei den Krankenhauspatienten wächst der Patienten-Anteil mit Demenz
- 7 von 10 Heimbewohnern leiden unter Demenz (AOK-Pflegereport 2017)

3) **7 von 10 Frauen über 75 Jahren leben alleine** (Stat. Bundesamt 2017)
4) **Steigende Frauenerwerbstätigkeit**: 2018 waren in DE 78,1% der Frauen im Alter von 20 – 64J erwerbstätig (1995: 64%), in Skandinavien im Mittel gut 81,3%. Rd. jede zweite (SKAN: 30%) arbeitet freilich nur in Teilzeit. **Mit steigender Frauenerwerbstätigkeit sinkt die Verfügbarkeit informeller Pflegeressourcen. Die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit gewinnt an Brisanz.**

Daraus erwachsen erhöhte Anforderungen an die Pflege

- **Krankenhäuser**: Pflegedienst muss in der Lage sein, **Patienten mit Mehrfacherkrankungen** und Demenz angemessen zu versorgen. Höherqualifizierung und mehr Personal sind nötig
- Patienten benötigen nach dem Krankenhausaufenthalt gesicherte **pflegerische Nachversorgung**
- Menschen über 80 Jahren sind in hohem Maße unterstützungsbedürftig: Versorgung, Betreuung und Aktivierung in der **eigenen Häuslichkeit** werden immer wichtiger
- Demenzkranke benötigen **strukturierte Tagesangebote** (keine Standardlösungen, sondern passgenau)
- **Versorgung in Heimen oder Sonderwohnformen**: Qualifikation des Personals ist zu stärken; BewohnerInnen **benötigen feste Bezugspersonen in einem stabilen Umfeld**.

3.2

Professionelle (Formelle) Pflegequoten sind halb so hoch wie in Skandinavien oder der Schweiz:

2017 oder letztverfügbares Jahr

Dr. Heintze

BERATUNG COACHING

	DE	CH	DK	FI	IS	NO	SE
Bevölkerung im Alter von 65+							
Anteil 65+ an der Wohnbevölkerung am 1.1.2017	21,2	18,1	19,1	20,9	14,0	16,6	19,8
Häusliche Pflege: Klienten in % der 65+-Wohnbevölkerung (NO 67+)	4,2	**13,5**	**12,7**	**10,4**	**20,2**	**16**	**11,9**
Institutionelle Pflege (Heime): Bewohner in % der 65+-Wohnbevölkerung (NO 67+)	4,3	6,1	4,1	4,8		5,7	5,7
Formelle Pflegequote insgesamt (%)	**8,5**	**19,6**	**16,8**		**20,2**	**21,7**	**17,6**
Bevölkerung im Alter von **80+** (DK, FI, IS: **75+**)							
Anteil 80+ an der Wohnbevölkerung am 1.1.2017	6,0	5,1	4,4	5,3	3,6	4,2	5,1
Häusliche Pflege: Klienten in % der **75+**- resp. **80+**-Wohnbevölkerung	10,4	28,6	25,1	19,9	44,4	33,4	31,9
Institutionelle Pflege (Heime): Bewohner in % der 75+- resp. 80+-Wohnbevölkerung	11,6	27,2	10,2	9,8	.	13,8	17,3
Formelle Pflegequote insgesamt (%)	**22,0**	**55,8**	**35,3**		**44,4**	**47,2**	**49,2**

Erläuterung zu Formelle Pflegequote: Anteil der jeweiligen Bevölkerung, die unter Einbindung ambulanter oder stationärer Pflegedienste betreut wird. Die LiveIns des grauen Pflegemarktes bleiben außen vor.

Legende:
DE = Deutschland; CH = Schweiz; DK = Dänemark; FI = Finnland; IS = Island; NO = Norwegen; SE = Schweden
Daten der Schweiz beinhalten auch die häusliche Krankenpflege

Quellen: Amtliche Statistiken (DE: www.gbe-bund, Stat. BA (update 2019); DK, IS, NO: Quellenangabe (Codes oder Nr.) siehe die FES-Studie von Heintze, Update 2015; Angabe zu Finnland aus amtlicher Statistik 2015;

3.3

Dr. Heintze

Deutsche Pflegeversicherung: kein Vorbild

- **Zersplitterte Leistungserbringung** (informell + formell) mit hoch-bürokratischer Zuerkennung von Leistungen (Rationierung öffentlicher Mittel) und einer **Parallelwelt expandierender grauer Pflegemärkte**

- Einschlägige Gesetze sagen: **Pflege hat den fachlichen Standards zu entsprechen. Tatsächlich geht es nur um** Mindeststandards
- Personalbemessung wird seit 20 Jahren verschleppt (**Willen zur Umsetzung fehlte bislang**)
- Folge: **Erhebliche Polarisierung** entlang von Anbieterfraktionen und auch von Bundesländern

- **Unzureichende Dynamisierung der Vergütungen = wachsende Kostenprivatisierung.** Beispiel: Der Eigenanteil an den pflegebedingten Heimkosten lag 1999 bei < 300 €. Jetzt sind es mehr als das Doppelte (655 €). Der **gesamte Eigenanteil** stieg von 1.772 € (2018) auf **1.891 €** (1.7.2019).
- **Jede Verbesserung bei Entgelten und Personalausstattung geht zu Lasten der Pflegebedürftigen** (Eigenanteile steigen). Pflegebedürftige und Pflegekräfte werden so gegeneinander ausgespielt und Heime mit schlechten Arbeitsbedingungen (kein Tarifvertrag, unzureichende Personalausstattung etc.) erzielen einen Wettbewerbsvorteil.

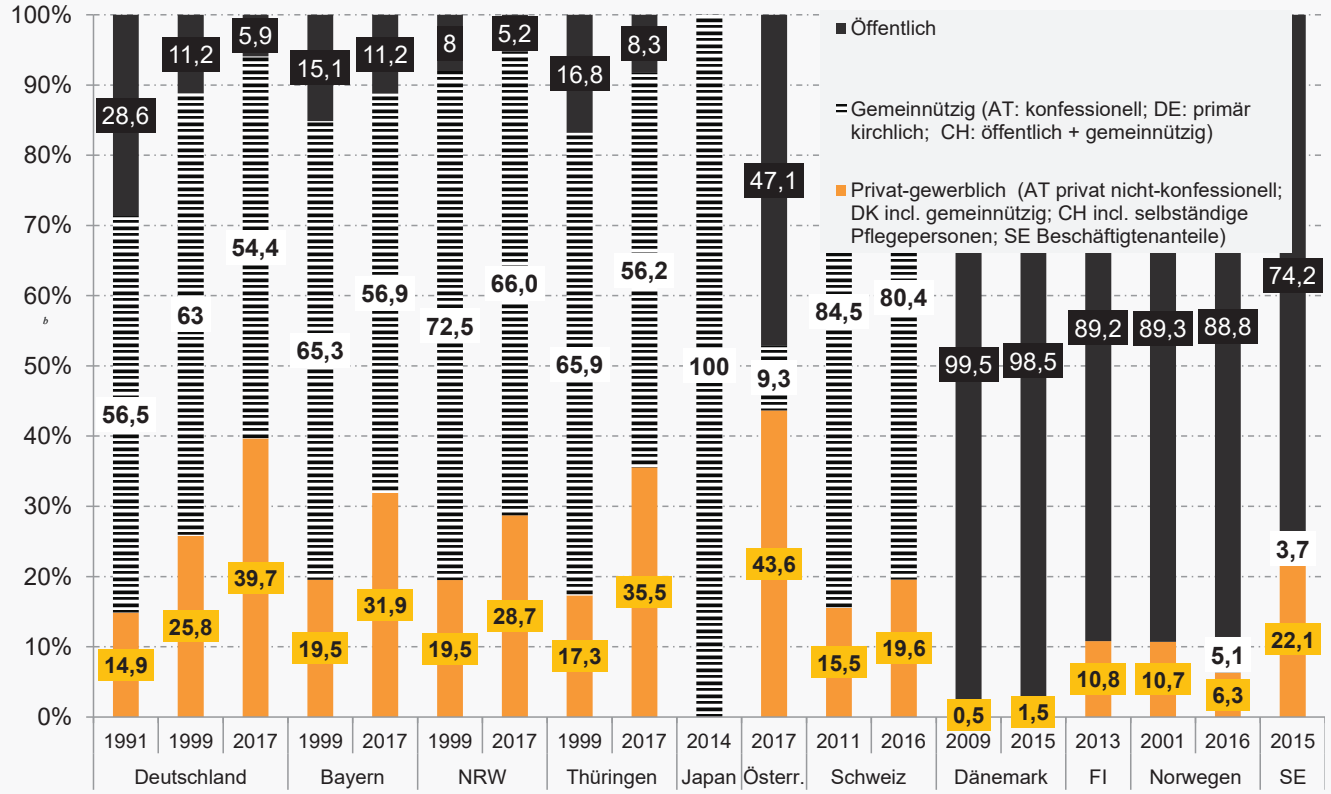
- **Immer mehr Pflegebedürftige sind finanziell mit den Eigenanteilen überfordert.** Nettoalterseinkünfte von 1-Person-Haushalten: < 1.500 € (in Ostdeutschland: < als 1.200 €)
- **Altersarmut wächst**

3.4

Dr. Heintze

Altenpflege: Fast kein öffentliches Angebot mehr

(Schweden: häuslich + institutionell; Schweiz: SPITEX-Dienste; Japan: kein Markt)



Quellen: Amtl. Statistik; Österreich: : http://www.nqz-austria.at/nqz-haeuser/zahlen-daten-fakten/; Daten für Japan aus HBS-Studie Nr. 383 (8-2018)

3.5

Dr. Heintze

BERATUNG COACHING

Altenpflege im Dänemarkspiegel:

Dänemark: Kommunaler Allzuständigkeit **(Integriertes System)**
Deutschland: Zerklüftete Zuständigkeiten **bei privater Hauptverantwortung**

Zentralstaat
Übergeordnete Globalsteuerung, gesetzliche Vorgaben
Sicherstellung der erforderlichen Ausbildungskapazitäten (Fach- und Assistenzpersonal)

Dänische Grundstruktur

Das Deutsche System ist so komplex-verworren, dass einfache Darstellung gar nicht möglich ist. **Die Allgemeinwohlorientierung ist schwach ausgeprägt,** denn

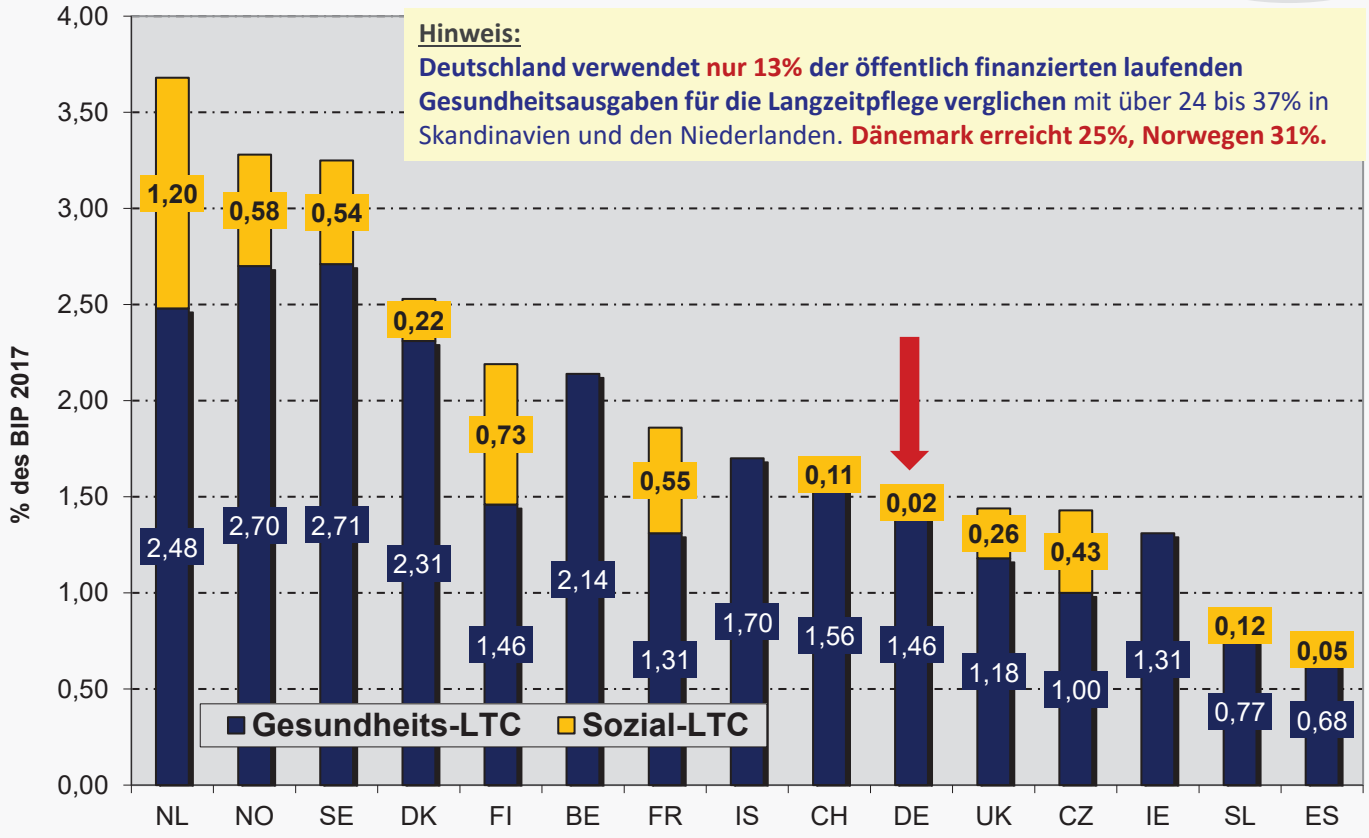
- **Wohlfahrtsverbände** stehen untereinander im Markt-Wettbewerb und verfolgen vorrangig eigene **Verbandsinteressen;**
- Bei den **Kommerziellen Anbietern** dominiert die **Gewinnerzielungsabsicht**
- **Kassen** sind **kaum örtlich verankert** und weder für die Strukturplanung noch die Einhaltung von Qualitätsversprechen zuständig
- **Länder/Kommunen** haben Planungskompetenzen, sind bei der Umsetzung aber von kapitalkräftigen Investoren mit vorrangig Renditezielen abhängig.
- **Heimaufsicht** ist bezogen auf die Durchsetzung von Qualitätszielen ineffektiv.

3.6a

Dr. Heintze

Geringe öffentliche Ausgaben für die Langzeitpflege

(Longterm Care in % des BIP): 15 Europäische Länder im Vergleich 2017

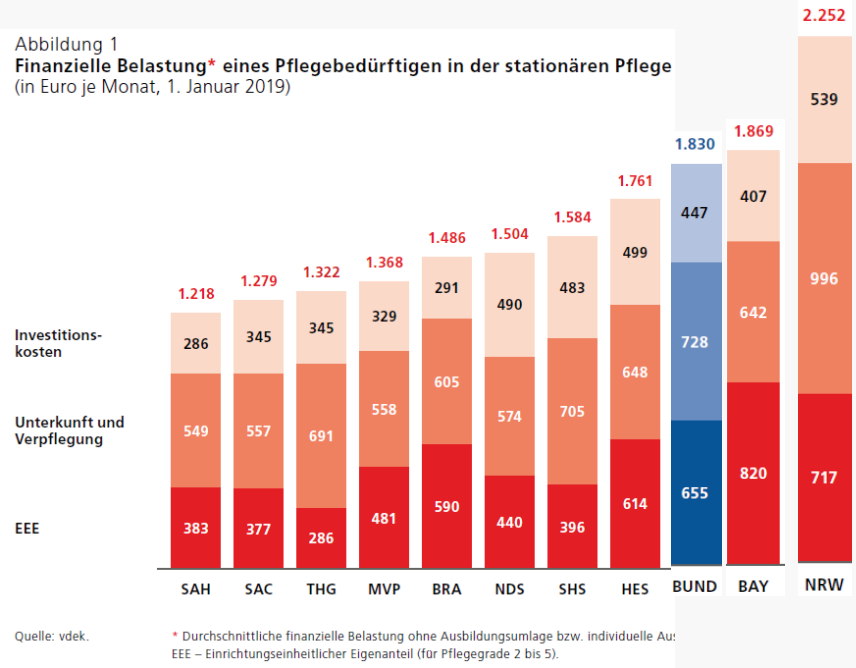


Eurostat-Datenbank: Gesundheitsausgaben - ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Finanzierungssystemen [hlth_sha11_hchf]; Update vom 24.02.2020: eigene Auswertung

3.6b

Dr. Heintze

In der Altenpflege sind die Eigenanteile der Pflegebedürftigen viel zu hoch: Deckelung wäre überfällig („Spitze-Sockel-Tausch").



Status quo	System-wechsel
Eigenanteil	Versicherungs leistungen
Gedeckelte Versicherungs-Leistungen	Gedeckelte Eigenleistungen

Quelle: Lang/Schmidt/Weisbrod-Frey (2020): Progressive Pflegepolitik, FES WISO-Direkt Nr. 23/2019, S. 2

Dr. Heintze

4

Gesundheitspolitik nach Corona: Abschied von kurzatmiger Reparaturpolitik?

- **Pflegenotstand**: Politik reagiert mit kurzatmigen Reparaturversuchen
- Abschied von Klinikschließungspolitik durch die Hintertür des Marktes?
- Wiederaufbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erscheint realistisch
- Kommunalisierung a la Niederlande könnte für die LTC den Weg weisen

4.1a

Dr. Heintze

Politik der Mangelverwaltung mit kurzatmigen Reparaturversuchen – Blick auf die Krankenhauspflege I

(1) Pflegestellen-Förderprogramm (KH-Strukturgesetz von 2015)

- Förderung von bis zu **6000** zusätzlicher Pflegestellen mit KH-Eigenanteil von 10%
- 2016 – 2018: 660 Mio. €; danach 330 Mio. €
- **Kritik**: Personalaufstockung um mindestens 100.000 VZÄ wäre erforderlich, um international den Anschluss zu finden
- **Ergebnis**: Umsetzung erfolgt sehr schleppend

(2) Auftrag der Politik an die Selbstverwaltung (SGB V, § 137i): Sollen sich bis zum 30.06.2018 in 6 pflegesensiblen Bereichen auf **Personaluntergrenzen** verständigen, die ab 1.1.2019 in Kraft treten. Bei Nichteinhaltung der Untergrenzen sollten Vergütungsabschläge zur Anwendung kommen. Sofern fristgemäß keine Vereinbarung zustande kommt, war die Bundesregierung am Zuge, selbst Festlegungen durch Rechtsverordnung vorzunehmen

Ergebnis: Keines. Krankenhäuser mit der schlechtesten Personalausstattung sollten als Zukunftsnorm herhalten: **10% schlechteste oder 25% schlechteste?** Darüber konnten sich die Spitzenverbände letztlich nicht verständigen.

Kritik: Keine Orientierung an pflegewissenschaftlichen Standards; Festlegung von pflegesensiblen Bereichen bleibt willkürlich. Die Delegation an die Selbstverwaltung war gleichbedeutend mit dem Verzicht auf eine gute pflegerische Versorgung. **Es geht nur um die Vermeidung von Patientengefährdung.**

(3) Ministerverordnung vom 23.08.2018 und Pflegepersonal-Untergrenzen-verordnung (PpUGV) vom 5.10.2018: Für 4 sensible Bereiche hat das BGM mit Wirksamkeit ab 1.1.19 Personaluntergrenzen (max. Patientenzahl pro Pflegekraft) festgelegt (z.B. Tagesschicht: 2,5:1 in der Intensivmedizin; 10:1 in der Geriatrie; Kardiologie 12:1; Nachtschicht: 3:1 in der Intensivmedizin; max. 20:1 in der Geriatrie). Die Selbstverwaltung soll für pflegesensible Bereiche Personaluntergrenzen vereinbaren. VO tritt dann außer Kraft.

4.1b

Dr. Heintze

Politik der Mangelverwaltung mit kurzatmigen Reparaturversuchen – Blick auf die Krankenhauspflege II

(4) Änderung der Finanzierung von KH-Pflegepersonal (Personalstärkungsgesetzes vom **1.8. 2018**).

- Pflegepersonalkosten werden zukünftig krankenhausindividuell über ein Pflegebudget vergütet; bisheriger KH-Eigenanteil von 10% entfällt.
- Tarifsteigerungen werden vollständig refinanziert. Bisher trugen KH und Kassen je 50%. Folge: KH refinanzierten ihren Eigenanteil über Personalabbau. Jetzt: Volle Kassenfinanzierung außerhalb der Fallpauschalen.

(5) Umsetzungsstand der Schaffung eines Pflegebudgets

Am 07.03.2019 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ein Konzept zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System vorgelegt. In diesem Konzept sind Regelungen zur Systementwicklung ab dem Jahr 2020 dargestellt, die sowohl die künftige DRG-Finanzierung als auch die Pflegekostenfinanzierung umfassen. Darüber Streit: Die **Deutsche Krankenhausgesellschaft** fürchtet Verluste in Millionenhöhe und hat deshalb die seit 2016 bestehenden Vereinbarung zur Sachkostenabsenkung gekündigt. **Anrufung der Schiedsstelle** (§ 18a Abs. 6 KHG). Diese entschied, die gekündigte Vereinbarung für ein Jahr fortzuschreiben. Wenn keine Einigung steht Ersatzvornahme durch das BGM im Raum

(6) Umsetzungsstand der Mindestpersonalregeln

Ein Teil der KH hat erhebliche Probleme, auch nur die Mindestpersonalstärken einzuhalten. Mehr als ein Drittel der Kliniken mussten deshalb auf ihren Intensivstationen zeitweise bereits Betten sperren. **Coronabedingt wurden die Mindestbesetzungsregeln ausgesetzt.** Für die Bereiche Intensivmedizin + Geriatrie sind sie seit August wieder in Kraft; die anderen Bereiche (Kardiologie, Hezrchirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie) folgen erst zum 1.1.2021

4.2a

•Dr. Heintze

BERATUNG COACHING

Kein Lichtblick in der Altenpflege:

Voraussetzungen für eine zügige Umsetzung der neuen Personalbemessung fehlen

(1) Pflegestärkungsgesetze I – III der 18 Legislaturperiode

- Politik hat die Selbstverwaltung (Kassen und Leistungserbringer) beauftragt, bis **zum 30. Juni 2020** ein **Personalbemessungsverfahren** nach § 113c SGB XI für Pflegeeinrichtungen zu entwickeln und es dann in die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI einfließen zu lassen. Der Auftrag ging an die Universität Bremen (Prof. Rothgang)
- Erste Ergebnisse wurden am 25.02.2020 einem Fachpublikum präsentiert. Zwischenzeitlich liegt auch der Abschlussbericht vor. Forschungsprojekt ist abgeschlossen.
- **Ergebnis:** *„Die Einrichtungen brauchen **36 Prozent mehr Personal**, als sie es heute auf Basis der Stellenschlüssel haben. Oder anders formuliert: Es gibt einen Mehrbedarf von mehr als 100.000 Vollzeitäquivalenten. Bei den Pflegefachkräften liegt der Personalmehrbedarf bei 3,5 Prozent, bei den Pflegeassistenzkräften bei 69 Prozent. Es fehlen also vor allem qualifizierte Assistenzkräfte mit 1- bis 2-jähriger Ausbildung nach Landesrecht."* (Prof. Rothgang im 7. August 2020 im Gespräch mit Brigitte Teigeler/Deutscher Pflegetag)
- **Die Umsetzung dürfte sehr schleppend verlaufen, Scheitern eingeschlossen. Um das nötige Personal zu rekrutieren, hätte** die es bei der Aufwertung der Altenpflege Fortschritte geben müssen. Das ist nicht erfolgt; der Personalmangel hat sich deshalb weiter zugespitzt. Die kommerziellen Heime (Teil der Selbstverwaltung) wollen die Standards absenken und hauptsächlich unqualifizierte Billigkräfte beschäftigen. Die Nicht-Durchsetzung einer zukünftig strikt generalistischen Ausbildung erleichtert die Degradierung der Altenpflege.

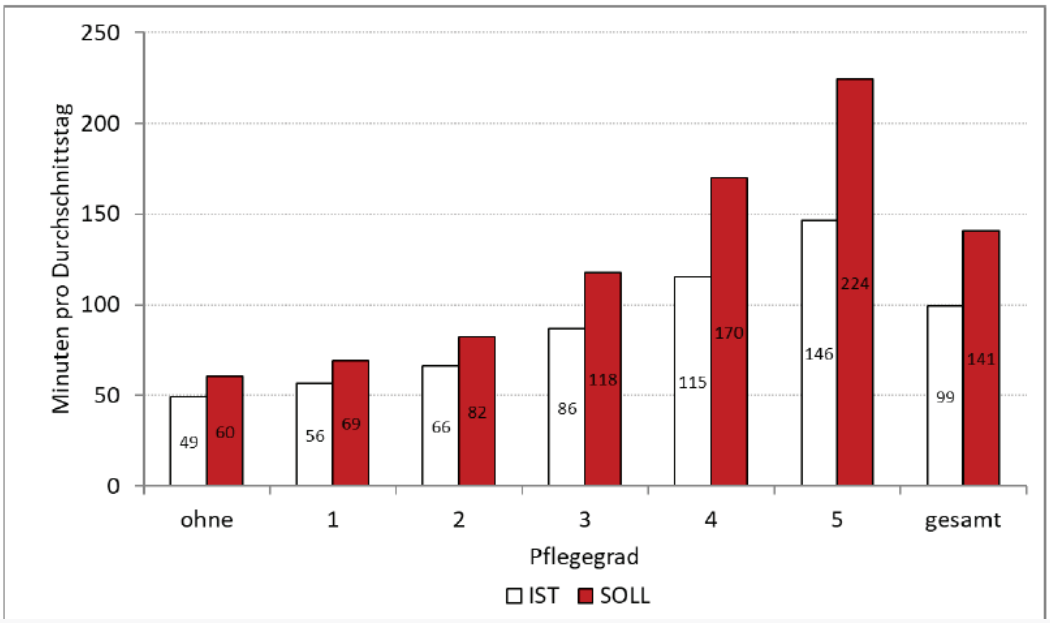
4.2b

•Dr. Heintze

BERATUNG COACHING

Kein Lichtblick in der Altenpflege: Umsetzung der Personalbemessung in der Altenpflege droht boykottiert zu werden

Gegenüberstellung Pflegebedarf IST zu SOLL nach Pflegegrad in den vollstationären Erhebungseinheiten



Quelle: Prof. Rothgang – UNI Bremen (SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik) – Vorstellung der ersten wissenschaftl. Ergebnisse auf Fchveranstaltung am 25.02.2020 in Berlin, Folie 32

Modellhafte Einführung der Personalbemessung sollte im Juli 2020 starten. Davon ist wenig zu sehen

4.2c

•Dr. Heintze

Kein Lichtblick in der Altenpflege:
Notstandsmaßnahmen geraten zum Rohrkrepierer

(2) Sofortprogramm Pflege (2018) war nur Symbolpolitik:

- Ab 1.1.2019 werden in Heimen bis **zu 13.000 Stellen** in der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenkassen refinanziert. Bringt schon theoretisch keine spürbare Verbesserung. Dabei hochbürokratisch und ohne den notwendigen Einbezug der ambulanten Dienste.
- Besetzung der Stellen erschien von Anfang an fraglich. Verlauf der Antragstellung, Bewilligung und Einstellung bestätigt die Befürchtungen. **Ergebnis mit Stand von Mai 2020: 2.600 Stellen** wurden besetzt (Quelle: Tagesschau vom 14.07.2020, 19:48, Vera Wolfskämpf: https://www.tagesschau.de/inland/pflegegesetz-101.html)
- Nun soll die Altenpflege mit unqualifiziertem Betreuungspersonal bestückt werden. 20.000 gering qualifizierte Hilfskräfte sollen refinanziert werden.
- **Vorgesehene Finanzmittel sind viel zu gering dimensioniert**:

  2019: + 240 Mio. €
  2020: + 260 Mio. €
  2021: + 250 Mio. €
  2022: + 150 Mio. €

(3) Die erfolgte Anhebung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung um 0,5 Prozent lieferte nicht die Finanzierungsmittel, die für echte Schritte zur Aufwertung der Altenpflege erforderlich gewesen wären. Die Corona-Pandemie brachte einen Einmal-Bonus, aber keinerlei strukturelle Verbesserungen

4.3a

Dr. Heintze

Umdenken aufgrund der Corona-Pandemie?
Pläne zu Krankenhausschließungen

IGES-Studie 2019 im Auftrag von Bertelsmann

Kernaussage: Halbierung der Zahl von Plankrankenhäusern bringt bessere Qualität und bessere pflegerische Versorgung (Ziel max. 600 KH).

Begründung: kleine KH haben nicht die erforderliche Ausstattung und Erfahrung, um lebensbedrohliche Notfälle angemessen zu behandeln.

Großraum Köln/Leverkusen: 14 Häuser reichen (aktuell: 38)

Blick ins Ausland zeige ein Paradox: Einerseits habe Deutschland durchschnittlich mehr medizinisches Personal pro EW als vergleichbare Länder; andererseits weniger Personal pro Patient.

Quelle: Bertelsmann Stiftung (2019) (Hg): Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen

Beurteilung im Lichte der ersten Pandemiewelle (RND-Interview mit dem AOK-Vorstandschef Litsch):

Sie haben vor Corona gesagt, von den knapp 2000 Krankenhäusern in Deutschland sei ein Viertel nicht notwendig. Würden sie den Satz heute noch immer so sagen? „**Selbstverständlich. Die Pandemie hat gezeigt, dass er aktueller denn je ist.**"

Kritiker vertreten die gegenteilige These: Die Pandemie habe deutlich gemacht, wie wichtig die vielen Kliniken sind. „Bisher wurden 70 Prozent der Corona-Patienten in 25 Prozent der Kliniken behandelt. Die Patienten wurden und werden in großen Krankenhäusern versorgt, die Spezialisten haben die notwendige intensivmedizinische Ausstattung und schlicht genug Platz, um Isolierstationen einzurichten. (…) **Wir brauchen mehr Spezialisierung und mehr Zentralisierung**."

In der Bevölkerung besteht aber die Sorge, bei einer Schließung von Krankenhäusern von der Gesundheitsversorgung abgeschnitten zu werden. „Das Überangebot herrscht vor allem in Ballungsgebieten. Und es geht doch gar nicht darum, jedes kleinere Krankenhaus gleich zu schließen. Die Notfall- und Grundversorgung muss selbstverständlich in der Fläche gewährleistet werden. (…). Außerdem kommt auch eine Umwandlung zum Beispiel in ambulante Gesundheitszentren in Frage.

https://www.rnd.de/politik/aok-chef-corona-pandemie-zeigt-dass-wir-weniger-kliniken-brauchen-XEERPD6YN5EI7DC77US33CVWOA.html (8.9.20)

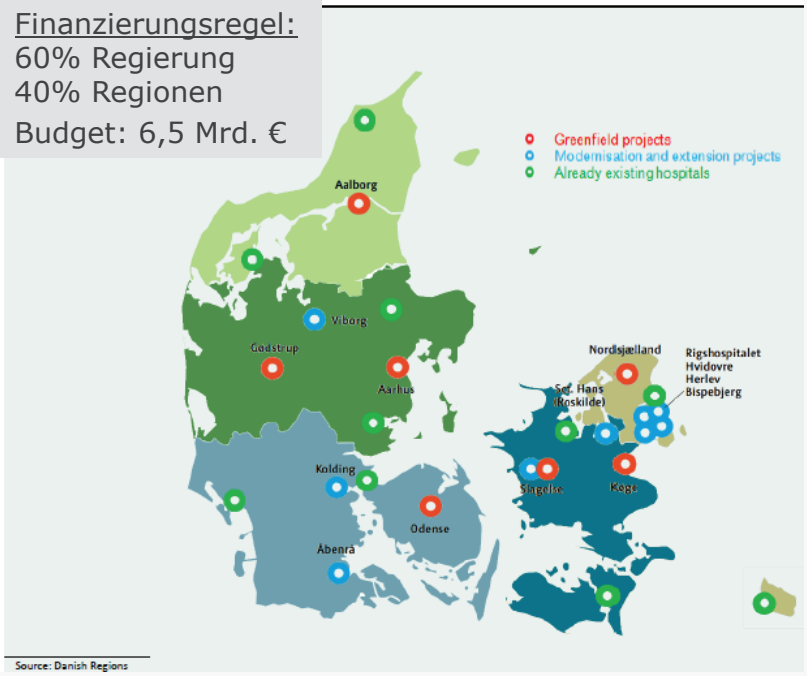
4.3b

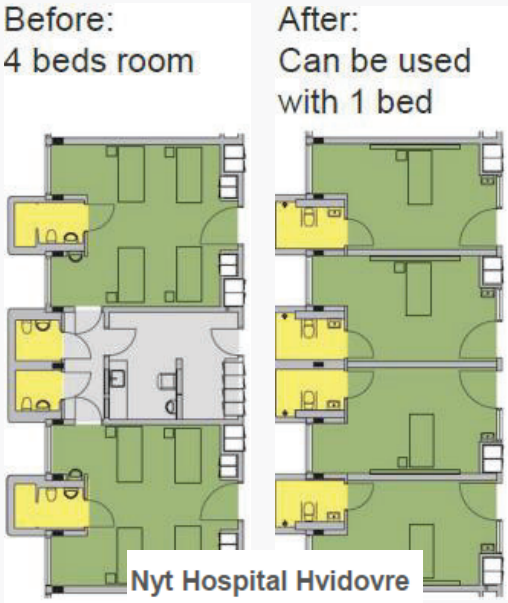
Dr. Heintze

Ja, wir brauchen eine Reform der Versorgungsstrukturen.

Sie muss aber öffentlich gesteuert + gestaltet werden mit auch mehr öffentlicher Leistungserbringung

Finanzierungsregel:
60% Regierung
40% Regionen
Budget: 6,5 Mrd. €





Quellen: Danish Health Ministry; Danish Regions (u.a.)

Dänemark (26 KH) hat relativ nur ein Drittel so viel Kliniken wie Deutschland. Die Versorgungsstrukturen sind aber hoch-integriert und ganz überwiegend in öffentlicher Hand. Privatkliniken dienen als Flexibilitätsreserve (ganz andere Funktion als in Deutschland).

4.4

Stärkung des ÖGB und Aufwertung der Pflege als Konsequenzen der Corona-Pandemie?

(1) Konjunkturpaket vom Juni 2020 beinhaltet 9,5 Mrd. € für die Stärkung des Gesundheitswesens.:

- „**Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst**": 4 Mrd. € bis 2026 für mehr Personal und eine bessere technische Ausstattung, dar. 800 Mio. für Digitalisierung.
- **Zukunftsprogramm Krankenhäuser**:" 3 Mrd. € für bessere Ausstattung (Verbesserung der Notfallkapazitäten und Digitalisierung).

(Restlicher Betrag für die Förderung der Produktion wichtiger Arzneimittel und Medizinprodukte; die Förderung der Entwicklung eine Impfstoffes gegen das Coronavirus und die Schaffung einer nationalen Reserve an Schutzausrüstung)

(2) Bonuszahlungen an Pflegekräfte (April 2020), **keine strukturelle Aufwertung**

- **Altenpflege**: Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte: bis zu 1.500 €

(Finanzierung: bis zu 1.000 Euro von den Pflegekassen und bis zu 500 Euro von den Ländern/-Arbeitgebern)

- Sonstigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Pflegeeinrichtung: bis zu 500 €

(Finanzierung: davon bis zu 334 Euro von den Pflegekassen und bis zu 166 Euro von den Ländern/-Arbeitgebern)

- Auszubildenden in den Pflegeberufen: bis zu 900 € (Finanzierung: bis zu 600 € von den Pflegekassen und bis zu 300 € von den Ländern/Arbeitgebern)

(3) Personalverstärkung der Gesundheitsämter unter Beteiligung der Kommunen

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/pakt-fuer-den-oeffentlichen-gesundheitsdienst.html

- Bund und Länder wollen nach einstimmigem Beschluss bis Ende 2022 mindestens 5000 neue und unbefristete Vollzeitstellen im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) schaffen. **Erster Schritt:** 1.500 neue Stellen für Ärzte, weiteres Fachpersonal und Verwaltungsmitarbeiter bis Ende 2021. **Zweiter Schritt:** Bis Ende 2022 sollen mindestens 3.500 weitere Stellen geschaffen werden (Pressekonferenz 5.9.20 von Spahn und Berlins Senatorin Dilek Kalayci). **Nachhaltige Finanzierung fehlt.**

4.5a

Dr. Heintze

Systemwechsel geht, wenn politisch gewollt

Die Niederlande als Beispiel für einen Systemwechsel **I**

Die CARE-Leistungen der Altenpflege wurden kommunalisiert (2007, 2015).

Ziele:

- Höhere Effektivität und Effizienz des Einsatzes öffentlicher Mittel
- Zurückdrängung der Fragmentierung bei der Leistungserbringung
- Einsparung öffentlicher Finanzmittel aufgrund von Effizienzgewinnen

Jetzt Mischsystem aus Steuer- und Beitragsfinanzierung

(1) Beitragsfinanziertes System für erheblich Pflegebedürftige

(2) Steuerfinanziertes kommunales Sozialunterstützungssystem

Finanzmitteltransfer an die Kommunen: 8 - 10% der öffentlichen Gesundheitsausgaben; 7 Mrd. € (rd. 1 BIP-Prozentpunkt). Betrag liegt unter dem Finanzmitteleinsatz vor dem Systemwechsel.

4.5b

Dr. Heintze

Die Niederlande als Beispiel für einen Systemwechsel II

Aufgaben der Gemeinden nach dem Systemwechsel

- **Bedarfsfeststellung durch „Gemeindeschwestern"**
- **Organisierung notwendiger Unterstützungsleistungen** unter Einbindung des persönlichen Netzwerkes der unterstützungsbedürftigen Person. Im Bedarfsfalle organisiert die Kommune die Leistungen. Sie kann dafür Gebühren erheben (soziale Staffelung ist möglich).
  - Einkaufshilfe, Essen auf Rädern, Mobilitätsdienste, Hauswirtschaftsdienste, Kontakthilfen
  - Stationäre oder teilstationäre Versorgung; Verhinderungspflege für informelle Pflegepersonen
  - Notwendige Umbauten in der eigenen Häuslichkeit
- **Gewährung eines Persönlichen Budgets auf Antrag (Kann-Leistung).** Budget wird nicht mehr als frei verfügbarer Geldbetrag ausgereicht, sondern bildet einen Verfügungsrahmen. Rechnungen müssen bei der Social Insurance Bank eingereicht werden.

Quellen: Kroneman, M. et al. 2016: Netherlands. Health System review, in: Health Systems in Transition Vol. 18, No. 2; NL Gesundheits- und Sozialministerium (Stand 2018); The Netherlands Institute for Social Research (2018): The Social Support Act 2015 in Practice: https://www.scp.nl/english/Publications/Summaries_by_year/Summaries_2018/The_Social_Support_Act_2015_in_practice

Alders, P./Schut, F.T. (2019): The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right?, in: Health Policy 123 (2019) 312-316: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018305980

Resümee bezogen auf die Langzeitpflege

•Dr. Heintze
BERATUNG COACHING

In den skandinavischen Ländern, in Belgien, den Niederlanden, Großbritannien (u.a.) basiert die Aufwertung der Pflege auf folgenden Faktoren:

- Akademisierung der Gesundheitsfachberufe insgesamt mit **generalisierter Ausbildung >** Einebnung der Hierarchie, Kooperation auf Augenhöhe
- Langzeitpflege als **öffentliche Aufgabe** mit staatlicher Vollfinanzierung (private Zuzahlungen bei Sozialdiensten und temporären Leistungen)
- Rationalität eines öffentlichen Bedarfs; **Begrenzung von Marktlogiken**
- **Loslösung aus der Tradition des caritativen „Liebesdienstes"**. Kollektive Interessenwahrnehmung auch mittels Streit sind in Skandinavien ganz normal
- Professionelle Carearbeit wird zu einem **normalen Beruf mit hohem Berufsethos.**

Solange das deutsche System dagegen weiterhin

- primär auf informeller Carearbeit (durch Familienangehörige, dann freiwillig Tätige und die LiveIns des grauen Pflegemarktes) gründet,
- die Strukturen durch Wettbewerb und Vermarktlichung extrem zerklüftet bleiben und
- der politische Aufstand ausbleibt,

wird es keine Aufwertung der Altenpflege geben.

These: Das Sofortprogramm der Bundesregierung wird den Notstand an den Krankenhäusern etwas mindern (volle öffentliche Refinanzierung von Tarifsteigerungen, Herausnahme der Pflege aus den Fallpauschalen, Vorgabe von Mindestpersonalschlüsseln etc.). **Dies um den Preis eines verschärften Teufelskreislaufs in der Altenpflege.**

Dr. Heintze
BERATUNG COACHING

Vielen Dank für Eure Aufmerksamkeit