

Dr. Heintze

BERATUNG
COACHING



Cornelia Heintze

Pflegepolitik im kurzatmigen Reparaturmodus –
Fehlentwicklungen bei Gesundheit und Pflege



**Memo-Sommerschule
am 19.09.19 in Bielefeld-Sennestadt**

Notstand in der Notaufnahme
Pflegekraft schlägt nach unterbesetztem Frühdienst Alarm – krasser Einzelfall oder Chaos mit Ansage?
LV 2 7.8.19/15.15.15 (Nv 2019)

Zur Einstimmung: 2 Fallbeispiele aus dem Ärzte-Appell im STERN (Ausgabe vom 5.9.19)

Fall 1

Wer im Krankenhaus Hilfe sucht, erfährt gewöhnlich nicht, wie die Abrechnungsmechanismen des DRG-Systems sich zu seinem Nachteil auswirken können. Jan Walz* war einfach froh, von seinen Schmerzen erlöst zu sein. In einer Hamburger Notaufnahme hatten Ärzte Harnsteine entdeckt und ihm eine Schiene in den Harnleiter geschoben, um diesen langsam zu weiten. Zwei Monate später sollte Walz wiederkommen, dann werde der Stein mit Stoßwellen zertrümmert und entfernt.

Das wochenlange Leben mit der Schiene war schlimm. „Bei jeder unbedachten Bewegung hatte ich Schmerzen und Harn- drang, immer wieder war Blut im Urin“, sagt Walz. Heute weiß er, dass er sich maximal 14 Tage hätte plagen müssen. In unkomplizierten Fällen gibt es keinen medizinischen Grund, die Schiene länger im Körper zu lassen. Aber einen wirtschaftlichen: Ab Tag 31 gab es für seinen Fall etwa 1400 Euro mehr.

Fall 2

So wie womöglich im Fall der 71-jährigen Angela S.* Bis heute fragt sich ihre Familie, warum die Krebspatientin im Endstadium noch so lange leiden musste. Technisch gesehen lag es an der künstlichen Beatmung, die sie selbst wohl nie gewollt hätte. Ein Intensivmediziner hatte ihr den dazu nötigen Tubus in die Luftröhre geschoben, obwohl bereits ein Schlaganfall, Arterien- verschlüsse in beiden Beinen und eine Lungenentzündung die Todkranke weiter geschwächt hatten. Weil seine Mutter kaum zu Bewusstsein kam, sprach der bevollmächtigte Sohn für sie. Er sagte: keine lebenserhaltenden Maßnahmen. Doch Angela S. starb erst vier Monate später – nach elf weiteren Operationen. Massive Fehlanreize im Abrechnungssystem seien es, die solche Entscheidungen beeinflussten, sagt der Palliativmediziner Matthias Thöns, der den Fall gut kennt: Ein Tag Beatmung bringt einem Krankenhaus bei Schwerkranken aktuell 25 495 Euro, vier Tage schlagen mit 58 215 Euro zu Buche. Für Angela S. wurde im Jahr 2017 die Langzeit- beatmungspauschale „A06A“ abgerechnet: Damals waren das 207 648 Euro.

Ärzte-Appell: Auszüge

Einrichtungen „auszuhungern“. Es ist fahr- lässig, Krankenhäuser und damit das Schicksal von Patientinnen und Patienten den Gesetzen des freien Marktes zu über- lassen. Niemand würde fordern, dass die Polizei oder Feuerwehr schwarze Nullen oder Profite erwirtschaften müssen. Warum also Krankenhäuser?

Das Fallpauschalensystem, nach dem Diagnose und Therapie von Krankheiten bezahlt werden, bietet viele Anreize, um mit überflüssigem Aktionismus Ren- dite zum Schaden von Patientinnen und Patienten zu erwirtschaften. Es belohnt alle Eingriffe, bei denen viel Technik über- berechenbar kurze Zeiträume zum Ein- satz kommt – Herzkatheter-Unter- suchungen, Rückenoperationen, invasive Beatmungen auf Intensivstationen und vieles mehr. Es bestraft den sparsa- men Einsatz von invasiven Maßnahmen. Es bestraft Ärztinnen und Ärzte, die ab- warten, beobachten und nachdenken, bevor sie handeln. Es bestraft auch Kran- kenhäuser. Je fleißiger sie am Patienten sparen, desto stärker sinkt die künftige Fallpauschale für vergleichbare Fälle. Ein Teufelskreis. So kann gute Medizin nicht funktionieren.

1) Das Dreifachproblem: Vermarktlichung, Fragmentierung und die Geringschätzung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe – Einführung und Überblick

- **Vermarktlichung** der Krankenhaus- und der Altenpflege mit verdeckter Agenda
- **Fragmentierung** in Teilsysteme mit konträren Logiken verhindert
- **Geringschätzung** nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe (Pflege+)
- Drei Grundtypen von Gesundheitssystemen: Einige Anmerkungen

2) Bessere Krankenhauspflege durch Klinikschließungen?

- Blick auf den internationalen Ergebnisvergleich: Deutschland im Mittelfeld
- Bertelsmann-Studie 2019: Durch Klinikschließungen zu besserer Versorgungsqualität?
- Schlechte pflegerische Personalausstattung
- Warum der Verweis auf Dänemark nicht greift

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

- In der alternden Gesellschaft wächst der Bedarf an ganzheitlich guter Pflege und Betreuung
- Systematische Unterschätzung des Bedarfs mit Überlastung der Familienpflege
- Formelle Pflegequoten sind in Deutschland im Vergleich niedrig
- Deutsche Pflegeversicherung: keine Vorbild für andere Länder

4) Kurzatmige Reparaturpolitik und was alternativ nötig wäre

- Politik reagiert mit kurzatmigen Reparaturversuchen
- Das Pflege-Sofortprogramm der GroKo gerät zum Rohrkrepierer
- Deckelung der Eigenanteile ist überfällig; Finanzierung offen
- Kommunalisierung a la Niederlande könnte den Weg weisen

1

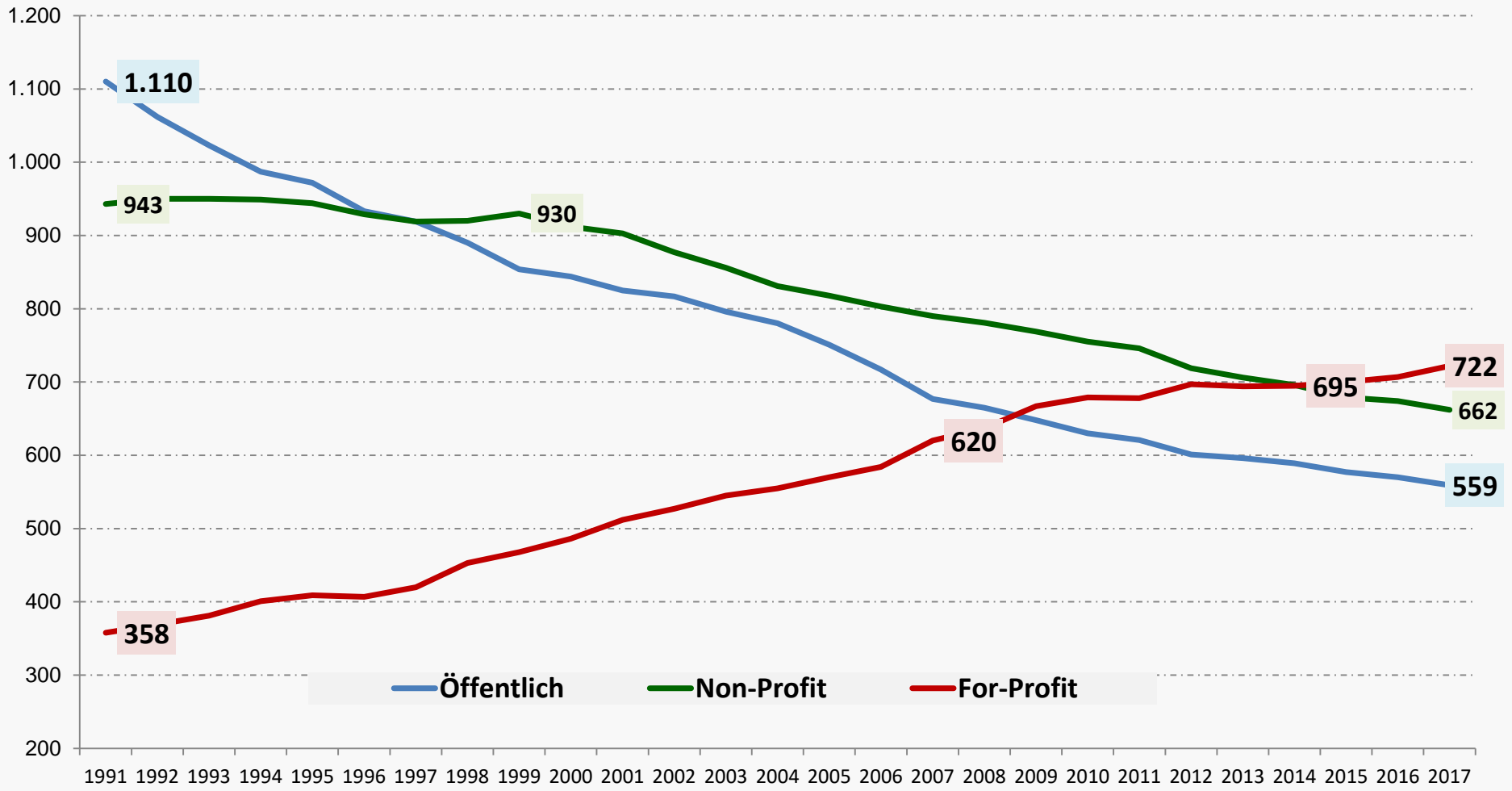
Das Dreifachproblem: Vermarktlichung, Fragmentierung und die Geringschätzung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe – Einführung und Überblick

- **1. Vermarktlichung** des Krankenhauswesens mit verdeckter Agenda
- Behandlungsempfehlungen folgen dem, was Gewinn verspricht: Arztzitate
- OP-Wachstum als Spiegel der Ökonomisierung
- **2. Fragmentierung** in Teilsysteme mit konträren Logiken
- **3. Geringschätzung** nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe (Pflege+): schlechte Personalausstattung, schlechte Bezahlung, ausgebremste Professionalisierung
- Drei Grundtypen von Gesundheitssystemen: Einige Anmerkungen

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. KH-Privatisierungen sind dabei 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 Entgeltsystem 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
- ➔ **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**

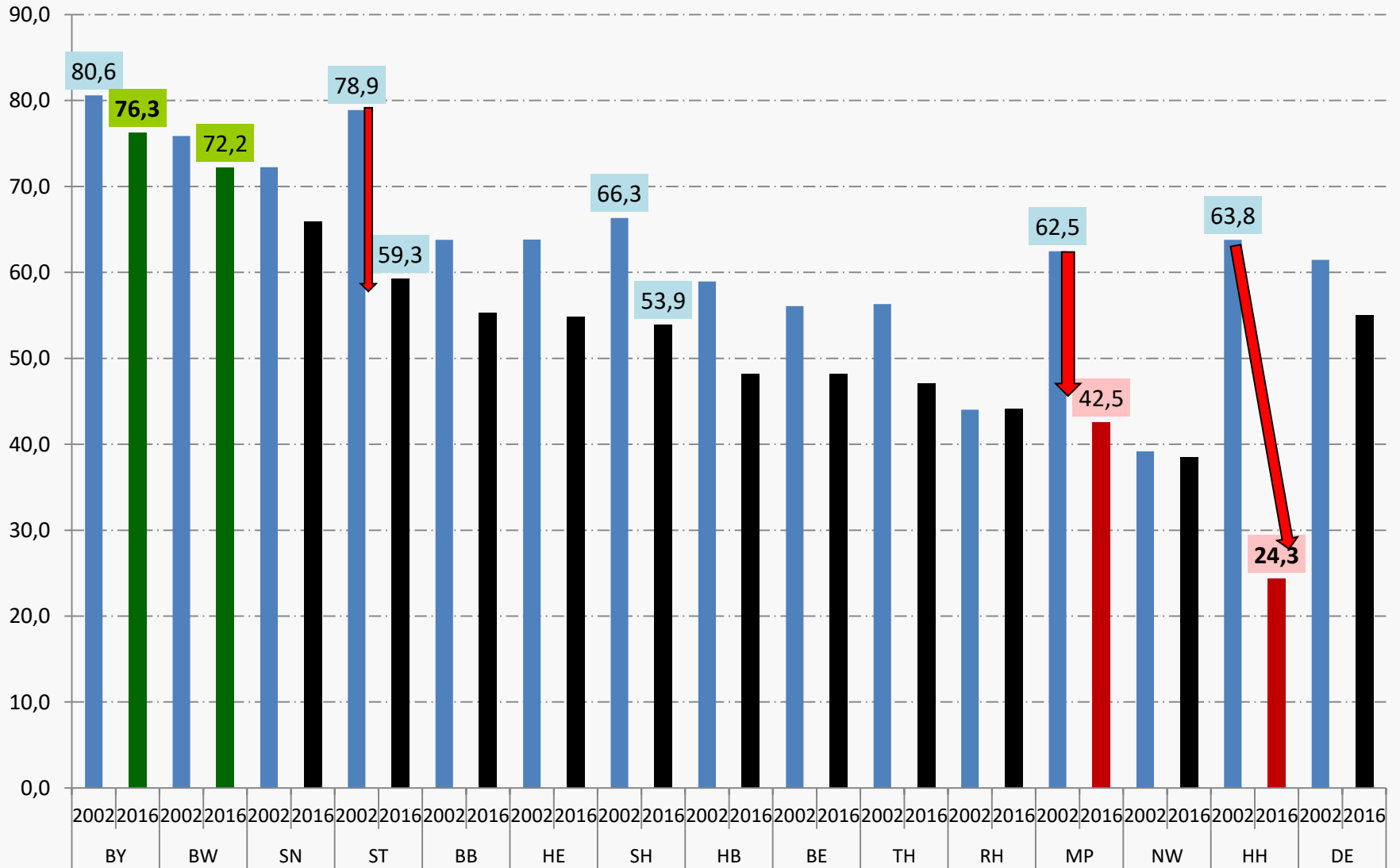
Im Vermarktlichungsregime hat sich die Trägerstruktur stark in Richtung For-Profit verschoben; Trendbruch steht aus



Quelle: Destatis, Krankenhausstatistik (Fachserie 12, Reihe 6.1.1.); eigene Auswertung

Privatisierung in Süddeutschland (noch) am geringsten:

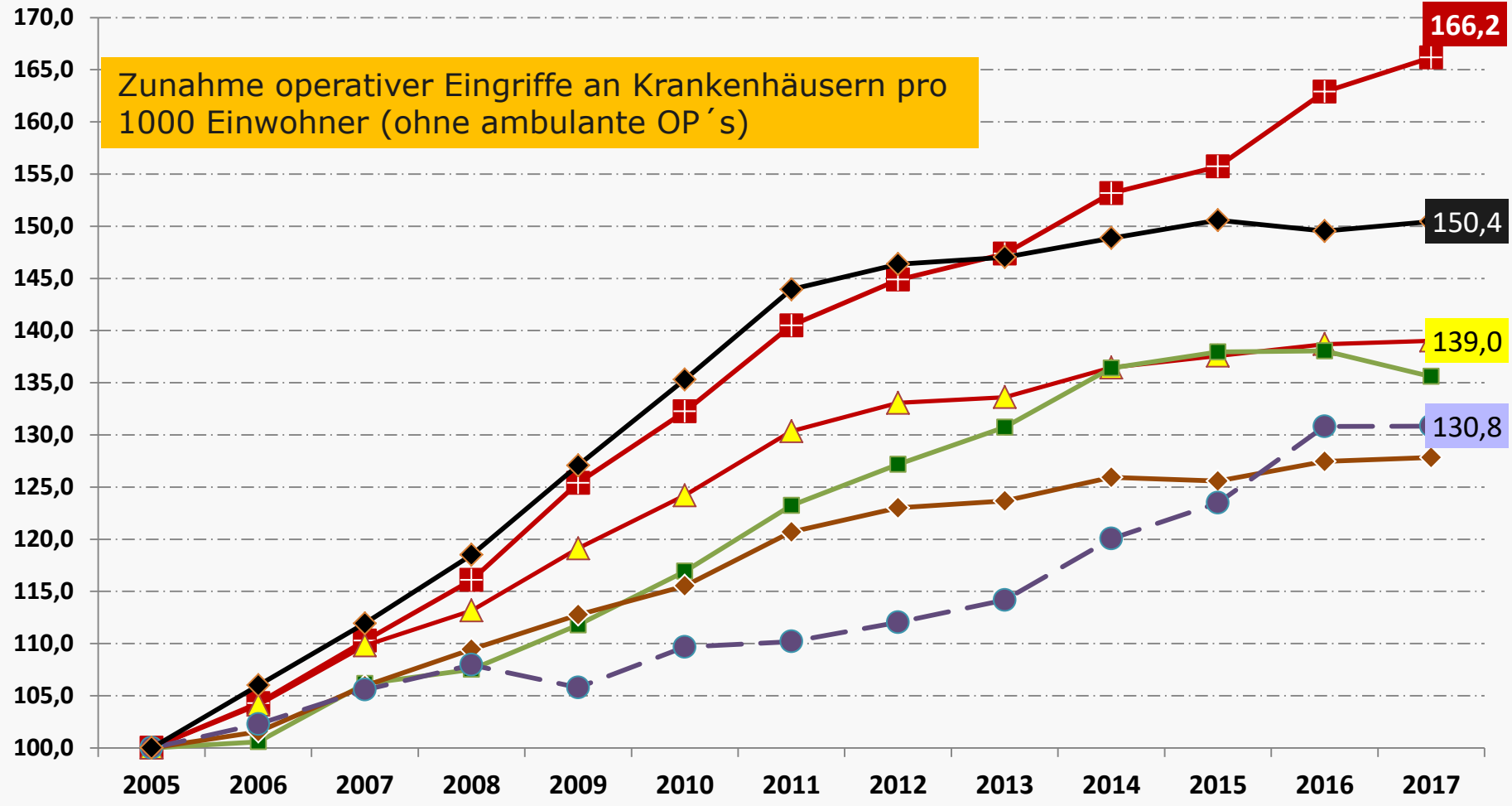
Anteil des Krankenhauspersonals bei öffentlichen Arbeitgebern in Bundesländern 2002 und 2016



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Datenbestand „Ärztliches und nicht-ärztliches Personal in Krankenhäusern, Vorsorge- und REHA-Einrichtungen nach Trägern und Bundesländern“; eigene Auswertung

Erlösgenerierung durch Steigerung der OP-Zahlen statt patientenorientierter Medizin

Zunahme operativer Eingriffe an Krankenhäusern pro 1000 Einwohner (ohne ambulante OP's)

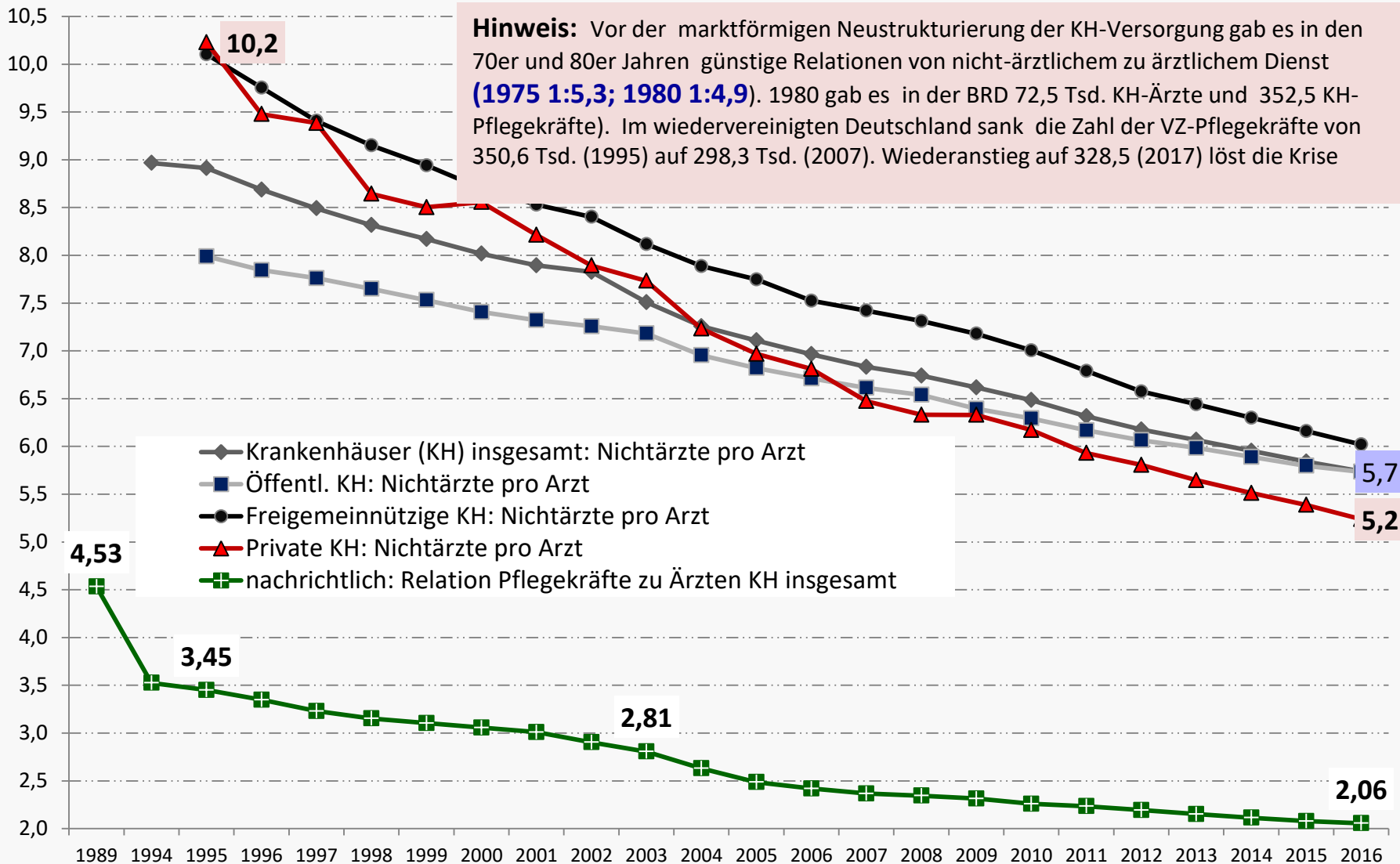


- OPs + Prozeduren insgesamt
- Operationen insgesamt
- Herz
- Verdauungstrakt
- Geburt
- Bewegungsorgane

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Tab. „Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern“; Update von 2019

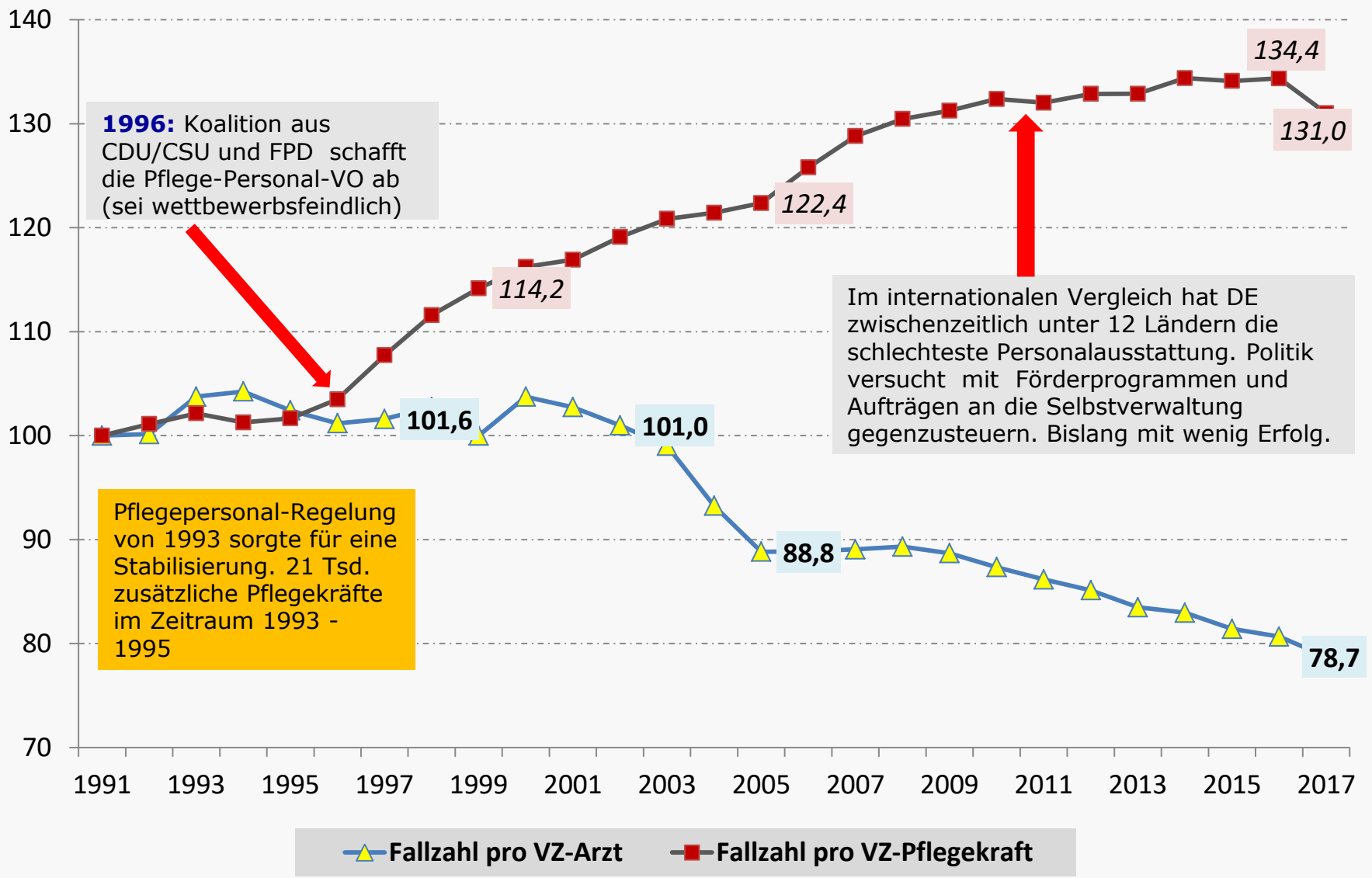
Massive Verschlechterung der Relation von Nicht-Ärzten auf Ärzte als logische Konsequenz

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



Entwicklung der Fallzahlen pro Vollzeit-Ärzte und Vollzeit-Pflegekräfte

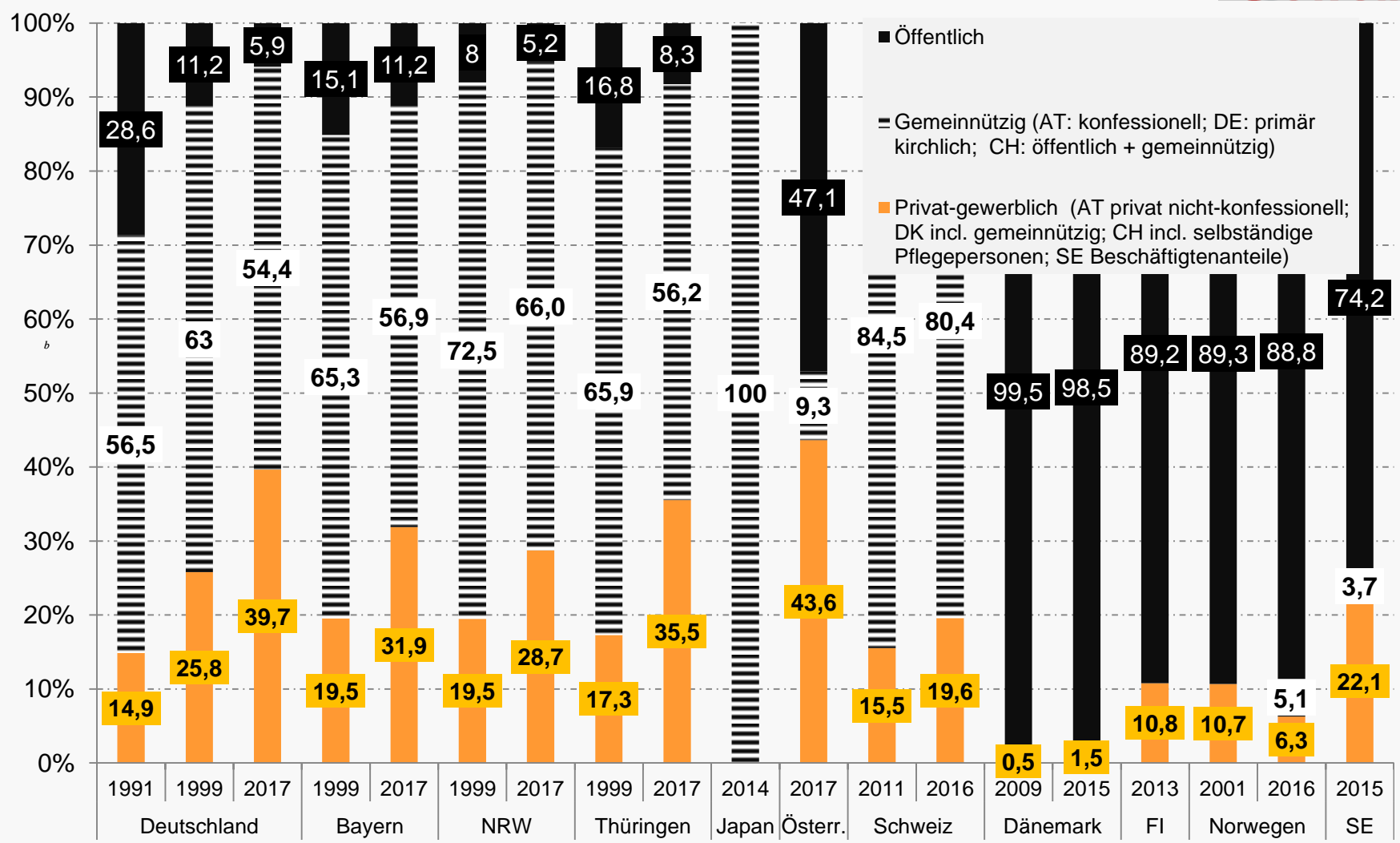
(1991 = 100)



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

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)

Fragmentierung des deutschen Kranken- und Pflegesystems

Bereich	Sicherstellungsauftrag	Leistungserbringer	Finanzierung
Ambulante Krankenversorgung	Kassenärztliche Vereinigungen (KV's)	Niedergelassene Ärzte Therapiepraxen UNI-Kliniken (Ambulanzen)	Zu > 70% öffentlich GKV (110 Kassen stehen 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-Krankenhäuser (KH) der Länder und UNI-Kliniken	Bundesländer	Öffentlich, privat (kommerziell) + frei-gemeinnützig	Dualistische Finanzierung (DRG = Fallpauschalen + Invest-Finanzierung durch die Länder) <u>Ausnahme:</u> Psychiatrie
KH der Berufsgenossenschaften	Gesetzliche Unfallversicherung (GUV)	Eigenversorgung der GUV (SGB VII) in 9 Akut-KH	Bei GUV-Mitgliedern keine Fallpauschalen
REHA-Kliniken	■ Keine Länderzuständigkeit; ■ Geteilte Zuständigkeiten	Zu über 50% Privatkliniken; 20% öffentliche Kliniken (DE Rentenversicherung - DRV) mit Finanzierung und Leistungserbringung aus einer Hand (SGB VI)	1. Monistische Finanzierung über Versorgungsverträge mit Kassen (DRG-System) 2. Eigenfinanzierung durch DRV (kein DRG-System)
Langfristpflege	Pflegeversicherung	Überwiegend privat (Familien und jeweils rd. 14 Tsd. ambulante wie stationäre Dienste)	Überwiegend privat mit Teilleistungen der Pflegeversicherung

Arztzentrierung und geringe Wertschätzung pflegender Berufe

Problem starker Arztzentrierung besteht schon lange mit problematischen Folgen

- ➔ **Ausgebremste Professionalisierung der Pflege**
(Pflege als Magd der Medizin)
- ➔ **Hierarchisierung mit ärztlichem Weisungsvorbehalt verhindert Kooperation**
- ➔ **Fehlende Kooperation kostet Leben**
- ➔ **Integrierte Versorgungskonzeption bleiben Papiertiger**
- ➔ **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 Krankenschwestern**

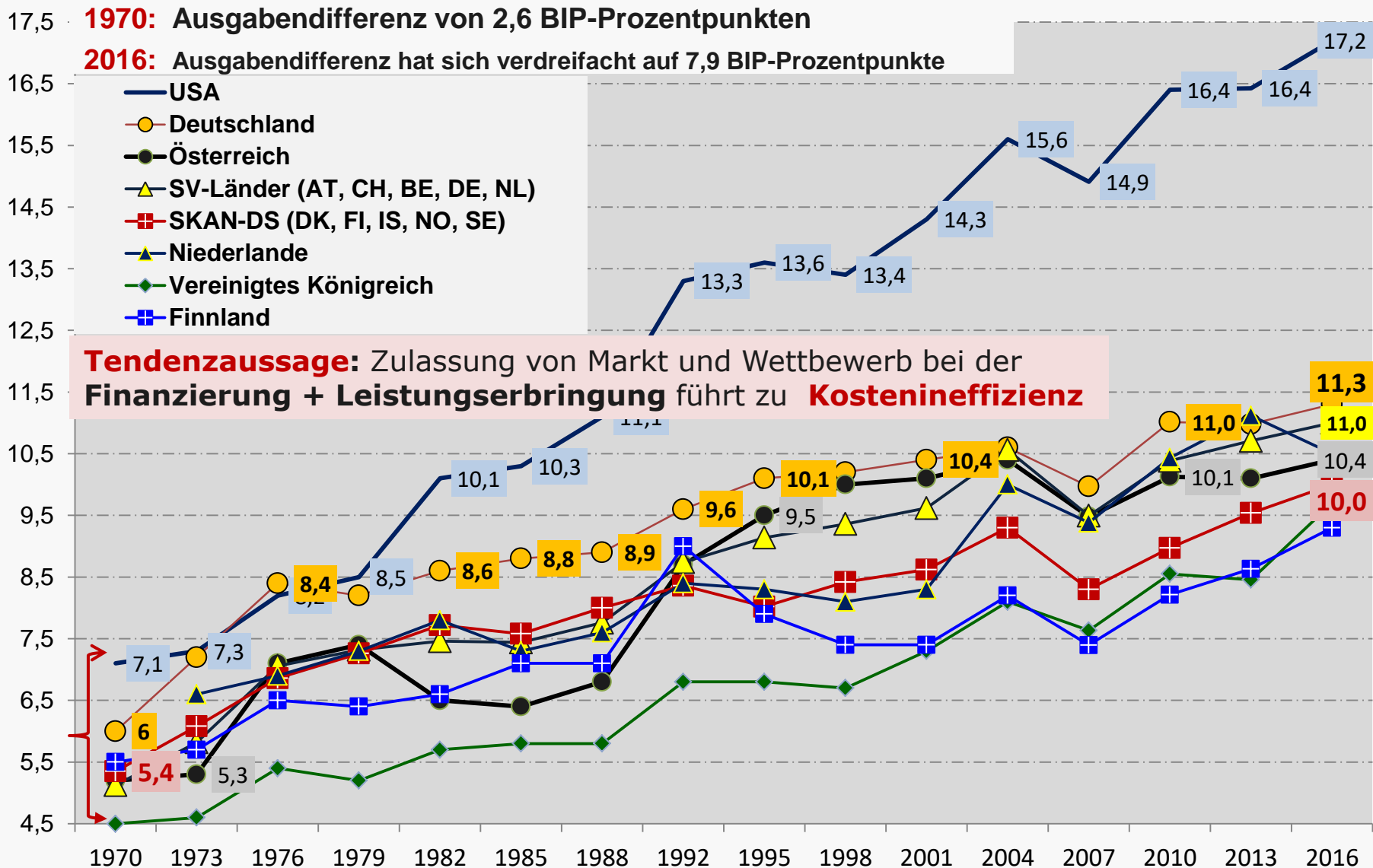
In Germany nurse education has not yet followed European and international trends. The primary reasons are a general lack of understanding of the potential benefits of better qualified nurses for health outcomes, strong opposition from medical organizations and the major trade union, as well as concerns 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).

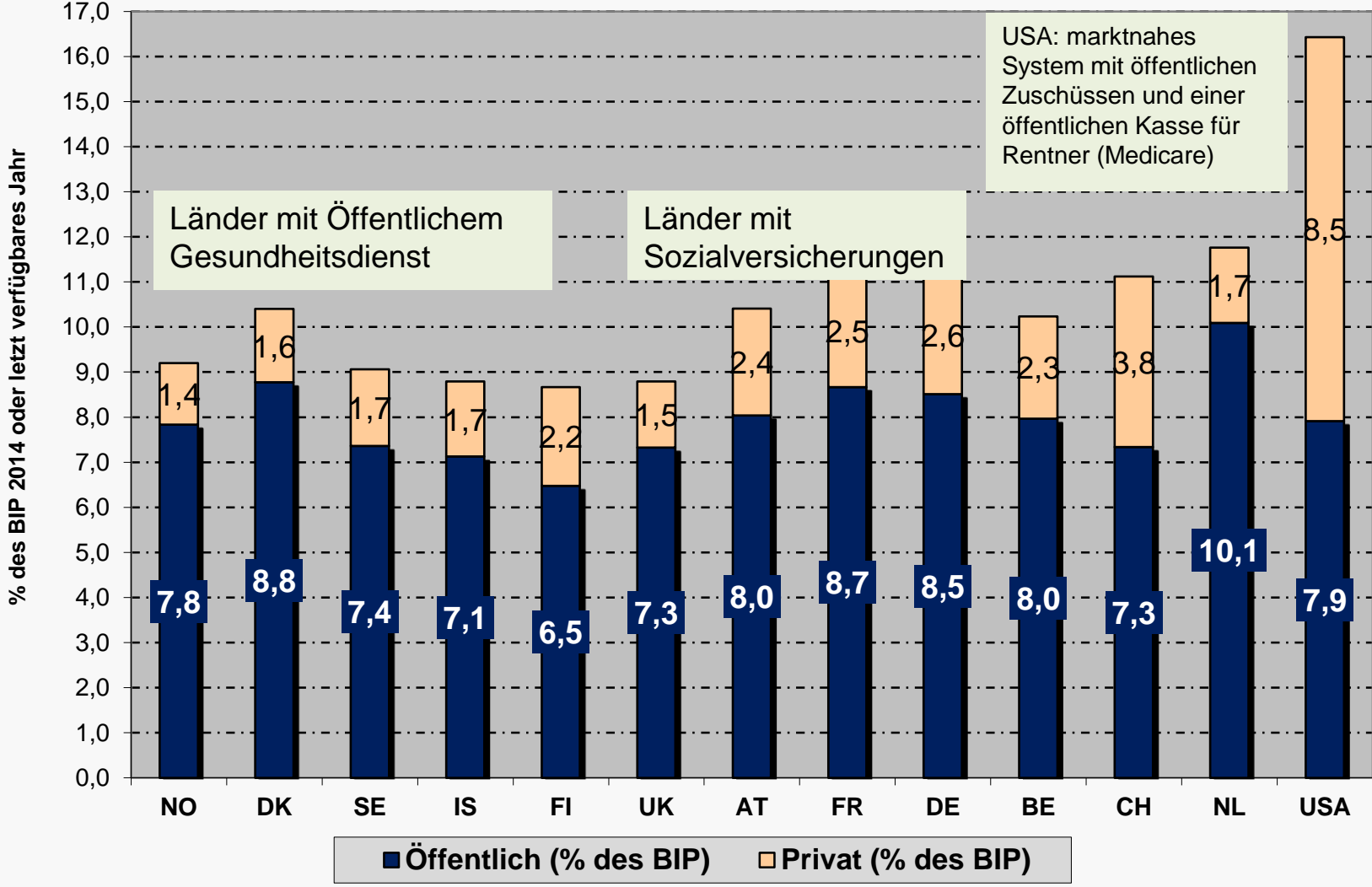
Quelle: Naegler/Wehkam (2018): Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung. Krankenhausärzte und Geschäftsführer im Interview, Berlin (Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft)

Entwicklung der öffentl. + privaten Gesundheitsausgaben (laufend, in % des BIP) nach Systemtypen (LTC ist Teil davon)



Quelle: OECD Health Data, fortlaufend

Gesundheitsausgaben nach Finanzierung

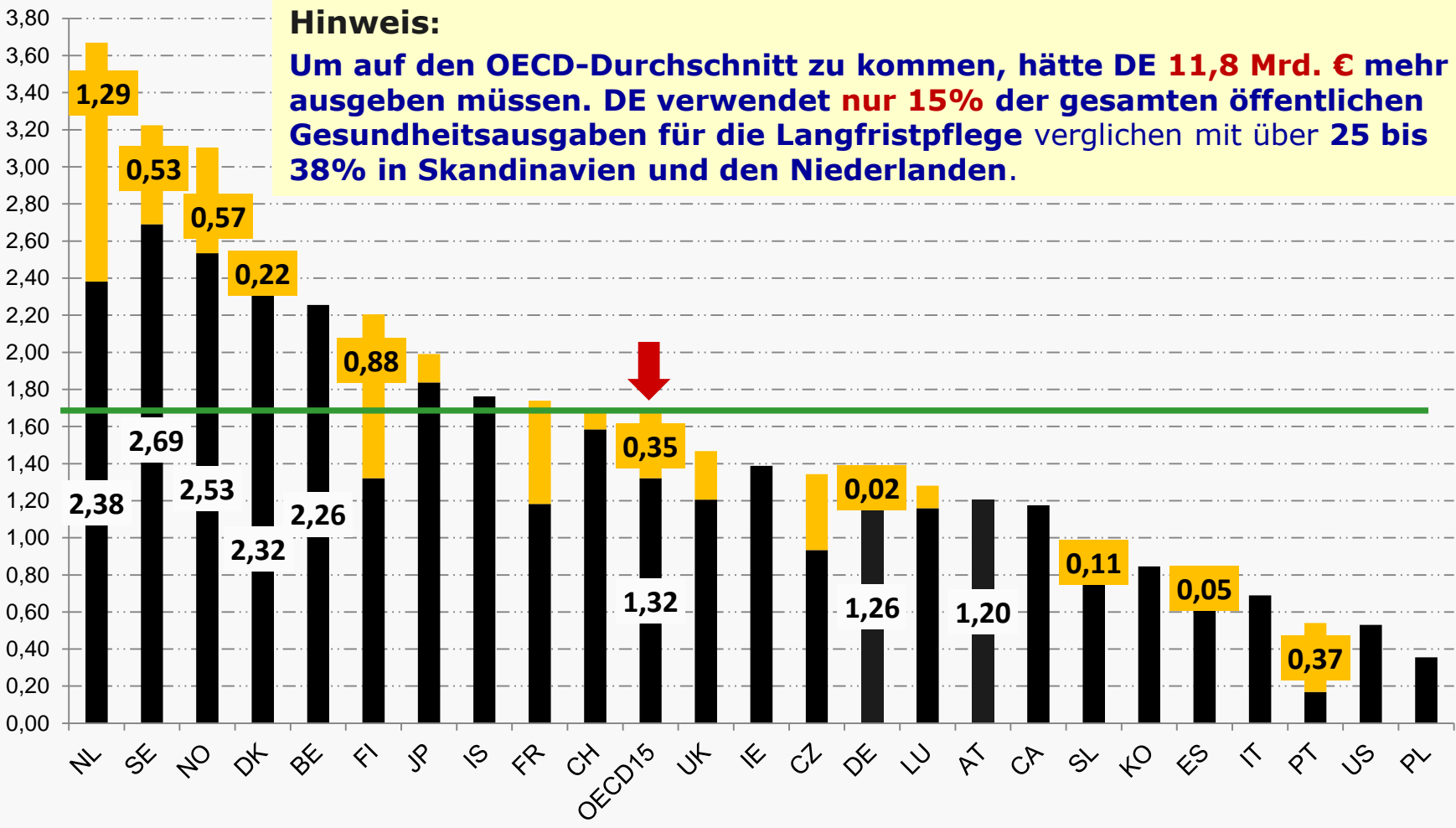


Quelle: Eurostat; Ausgaben der Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung nach Kostenträgern der Gesundheitsversorgung - % [hlth_sha3p]; Update von 2015 (Ausgaben der privaten Krankenversicherung hier unter „privat“ miterfasst)

Öffentliche LTC-Ausgaben (% des BIP) im OECD-Vergleich 2015

(teilweise ohne Sozialkomponente)

Hinweis:
Um auf den OECD-Durchschnitt zu kommen, hätte DE **11,8 Mrd. €** mehr ausgeben müssen. DE verwendet **nur 15%** der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben für die Langfristpflege verglichen mit über **25 bis 38%** in Skandinavien und den Niederlanden.



■ Gesundheits-LTC ■ Sozial-LTC

Quelle: OECD 2017: Health at a Glance; OECD 2018: Health at a Glance, Europe 2018; Der OECD-Durchschnitt beinhaltet nur die 15 Länder, wo durchgängig Angaben auch zu Ausgaben für Sozialdienste verfügbar sind.

2

Krankenhaussektor:

Bessere Krankenhauspflege durch Klinikschließungen?

- Blick auf den internationalen Ergebnisvergleich: Deutschland im Mittelfeld
- Bertelsmann-Studie 2019: Durch Klinikschließungen zu besserer Versorgungsqualität?
- Schlechte pflegerische Personalausstattung
- Warum der Verweis auf Dänemark nicht greift

Selbstwahrnehmung der Lobbyisten trifft internationalen Vergleich: Behandlungsergebnisse

	HAQ Index	Tuberculosis	Diarrhoeal diseases	LRIs	URIs	Diphtheria	Whooping cough	Tetanus	Measles	Maternal disorders	Neonatal disorders	MM skin cancer (SCC)	Breast cancer	Cervical cancer	Uterine cancer	Colon cancer	Testicular cancer	Hodgkin's lymphoma	Leukaemia	Rheumatic HD	Ischaemic HD	Stroke	Hypertensive HD	Chronic respiratory	Peptic ulcer	Appendicitis	Hernia	Gallbladder	Epilepsy	Diabetes	Chronic kidney	Congenital heart	Adverse med treat
Iceland [1]	97	100	98	76	100	100	100	100	100	100	100	72	100	95	99	96	100	100	98	100	87	96	94	100	100	100	100	98	85	100	100	94	93
Norway [2]	97	100	99	90	100	100	100	100	100	100	95	75	97	95	95	95	100	100	95	100	91	90	100	100	87	100	100	99	78	85	100	88	100
Netherlands [3]	96	100	97	81	100	100	100	100	100	100	80	74	97	86	97	97	100	99	97	100	100	95	100	100	100	100	99	92	84	94	97	89	100
Luxembourg [4]	96	100	90	99	100	100	99	100	100	100	99	67	99	82	100	99	100	100	97	89	99	97	92	100	100	100	98	96	84	100	88	100	77
Australia [5]	96	100	96	93	100	100	100	100	100	100	83	100	99	69	86	100	100	100	99	97	96	100	100	91	100	100	100	99	88	89	87	87	88
Finland [6]	96	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	71	100	100	91	92	95	98	90	100	78	84	77	100	81	100	99	96	84	85	100	88	100
Switzerland [7]	96	100	90	98	100	100	100	100	100	100	81	77	93	78	94	99	82	95	97	100	98	100	92	100	100	100	100	99	95	100	99	86	100
Sweden [8]	95	100	99	86	100	100	100	100	100	100	95	73	98	86	96	88	100	94	79	100	81	90	96	100	83	100	100	98	90	86	97	92	99
Italy [9]	95	100	99	100	100	100	100	100	100	100	86	67	98	74	100	99	96	88	67	86	99	98	70	100	100	100	99	92	100	99	89	86	94
Andorra [10]	95	100	96	81	100	100	97	100	100	100	98	58	97	94	97	95	99	99	98	99	85	98	91	74	87	100	99	95	85	94	100	81	92
Ireland [11]	95	97	97	85	100	100	100	100	100	100	88	73	92	89	92	89	95	95	83	97	83	99	97	95	90	100	99	94	86	100	91	80	98
Japan [12]	94	95	90	71	100	100	100	100	100	100	100	27	100	100	92	100	92	92	95	100	99	76	99	93	98	100	100	90	100	100	79	84	99
Austria [13]	94	100	99	100	100	100	100	100	100	100	89	42	89	84	96	91	95	83	95	98	87	100	74	100	99	100	100	99	97	95	80	90	73
Canada [14]	94	100	95	81	100	100	100	100	100	100	70	57	94	79	94	92	97	100	97	91	76	93	100	93	98	100	100	99	97	82	84	79	93
Belgium [15]	93	100	91	74	100	100	100	100	100	100	86	60	94	79	94	93	97	95	88	93	91	92	99	96	94	100	98	94	78	99	92	93	74
New Zealand [16]	92	100	91	100	100	100	100	100	100	96	76	95	89	84	78	88	86	89	90	74	83	93	98	85	100	100	100	97	82	91	70	78	100
Denmark [17]	92	100	90	84	100	100	100	100	100	100	79	53	87	86	91	88	98	85	99	100	97	89	100	98	75	100	98	90	84	78	86	83	95
Germany [18]	92	100	96	83	100	100	100	100	100	100	86	66	92	83	98	94	96	96	37	89	87	97	71	100	86	100	100	95	75	91	82	88	79
Spain [19]	92	99	98	98	100	100	100	100	100	100	88	57	84	60	87	87	79	78	83	82	100	99	96	100	100	100	98	89	100	100	90	90	84
France [20]	92	99	89	89	100	100	100	100	100	100	84	62	89	79	87	86	90	86	69	91	100	100	98	100	100	100	99	97	79	96	99	83	63
Slovenia [21]	91	99	100	98	100	100	100	100	100	100	97	56	83	88	93	78	84	73	94	81	95	87	68	100	88	100	95	88	93	100	100	92	51
Singapore [22]	91	85	99	41	100	100	100	100	100	100	100	30	93	79	89	95	87	90	96	100	67	74	56	100	96	100	100	86	100	100	57	88	100
UK [23]	90	100	94	68	100	100	100	100	100	100	78	80	85	77	93	87	99	94	96	97	85	90	84	80	76	100	87	81	71	93	100	72	84

Ergebnisse der Behandlung und Versorgung **bei 33 Krankheiten:** Deutschland erreicht unter den 20 Bestplatzierten nur Rang 18. Gemessen an den hohen Gesundheitsausgaben ist das kein gutes Ergebnis.

Selbstwahrnehmung der Lobbyisten trifft internationalen Vergleich: **Patientenperspektive**

Deutschland

Sub-discipline	Netherlands	Switzerland	Denmark	Norway	Luxembourg	Finland	Germany	Belgium	Iceland	France	Austria	Sweden	Slovakia	Portugal	United Kingdom
1. Patient rights & Information	125	117	117	125	104	108	108	104	117	104	113	113	113	108	113
2. Accessibility (waiting times)	200	225	188	125	213	150	188	213	175	188	188	113	225	137	100
3. Outcomes	278	278	267	289	244	289	267	233	256	256	233	278	189	233	222
4. Range and reach of services provided	125	94	120	115	109	120	83	115	115	99	104	125	73	89	109
5. Prevention	107	101	95	119	107	101	101	95	113	95	101	101	83	107	113
6. Pharmaceuticals	89	83	78	78	72	78	89	72	56	83	78	78	67	72	78
Total score	924	898	864	850	850	846	836	832	830	825	816	807	749	747	735

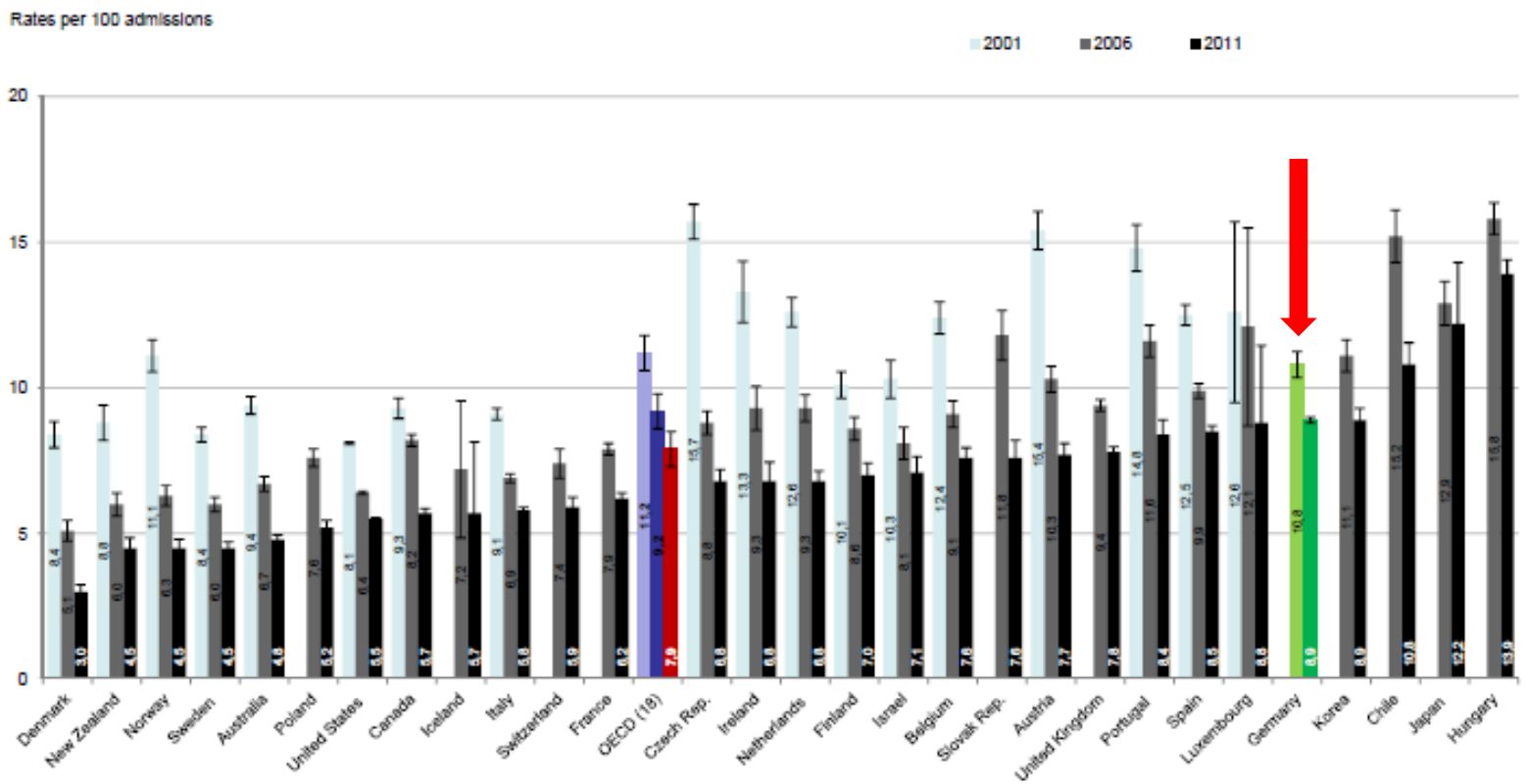
Wartezeiten:
Der Internationale Befund widerspricht den ärztlicherseits vorgetragene Behauptungen, wonach DE bei den Wartezeiten hinter der Schweiz am zweitbesten abschneidet (KV-Präsident Dr. Gassen).

Sub-discipline	Top country/countries	Score	Maximum score
1. Patient rights and information	Netherlands, Norway	125!	125
2. Accessibility	Switzerland, Slovakia	225!	225
3. Outcomes	Finland, Norway	289	300
4. Range and reach of services	Netherlands, Sweden	125!	125
5. Prevention	Norway	119	125
6. Pharmaceuticals	Germany, Netherlands	89	100

Quelle: Health Consumer Powerhouse 2018: Euro Health Consumer Index 2017

Vermeidbare Todesfälle bei Krankenhausbehandlungen

Letalität bei Herzinfarkt-Patienten im Krankenhaus, 2001-2011



Quelle:
Präsentation zu
„Deutsche
Krankenhäuser
im euro-
päischen
Vergleich“ von
Prof. R. Busse
(Folie Nr. 30)

**Eine Senkung auf OECD-Mittelwert würde
>2000 Sterbefälle/ Jahr verhindern, eine
Senkung auf dänisches Niveau sogar 13.000!**

Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

IGES-Studie 2019 im Auftrag von Bertelsmann

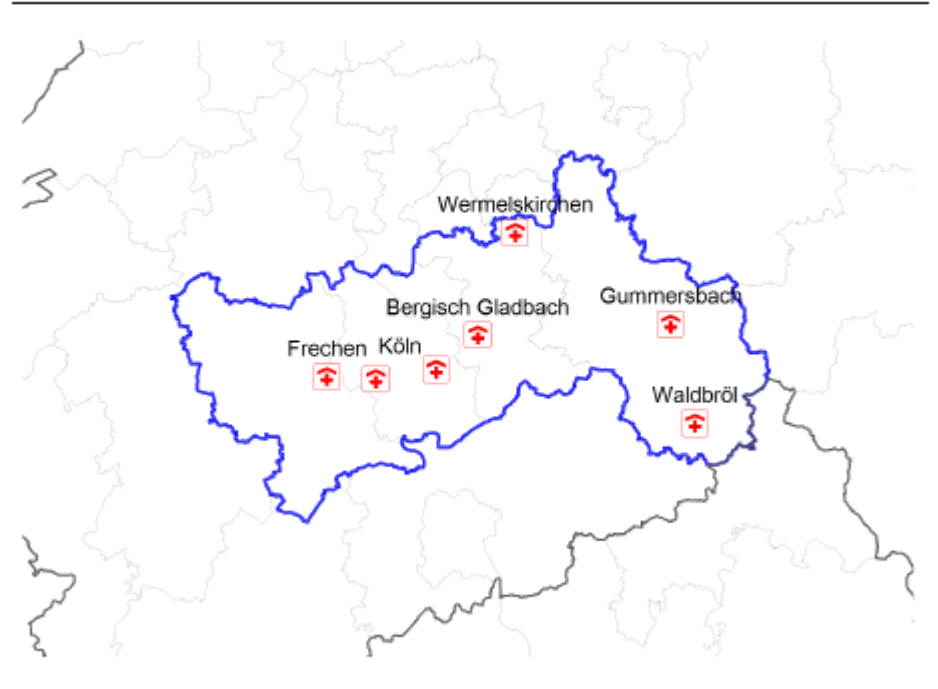
Kernaussage: Halbierung der Zahl von Plankrankenhäusern bringt bessere Qualität und bessere pflegerische Versorgung (Ziel max. 600 KH).

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 weise Deutschland durchschnittlich mehr medizinisches Personal pro Einwohner auf als vergleichbare Länder; andererseits aber weniger Personal pro Patient.

Abbildung 23: Regionale Verteilung der erforderlichen Krankenhausstandorte in der Versorgungsregion 5 gemäß Zielmodell bei Erfüllung des 95-Prozent-Erreichbarkeitskriteriums, 2030



Quelle: IGES

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

Tatsächlich aber:

Auf 1000 Einwohner kommt in Deutschland weniger KH-Personal als in Ländern mit guten Ergebnissen bei Qualität und Outcome

	2009	2011	2013	2015	2016
Deutschland (DE)					
Insgesamt	11,2	11,6	11,9	12,0	12,0
dar. Ärzte	1,7	1,8	1,9	2,0	2,0
dar. Pflegepersonal	4,1	4,4	4,5	4,6	4,6
Dänemark (DK)					
Insgesamt	18,6	18,4	18,9	18,8	
dar. Ärzte	2,5	2,6	2,7	2,8	
dar. Pflegepersonal	8,5	8,4	8,5	8,3	
Island (IS)					
Insgesamt	15,2	14,7	14,4	14,8	15,2
dar. Ärzte	1,7	1,7	1,7	1,9	1,9
dar. Pflegepersonal	6,2	6,2	6,0	6,2	6,3
Norwegen					
Insgesamt	20,0	19,6	18,2	19,1	19,2
dar. Ärzte	2,4	2,4	2,3	2,5	2,5
dar. Pflegepersonal	9,4	9,4	9,0	9,8	9,7
Österreich					
Insgesamt	15,8	16,0	16,1	16,2	16,1
dar. Ärzte	2,5	2,5	2,5	2,6	2,6
dar. Pflegepersonal	7,3	7,4	7,4	7,5	7,4
Schweiz					
Insgesamt	17,9	18,0	18,5	19,1	19,4
dar. Ärzte	2,3	2,3	2,4	2,5	2,6
dar. Pflegepersonal	7,2	7,5	7,8	8,0	8,1

Betrachtung von Pflegekraft pro KH-Behandlungsfall: Mit + **73.000** zusätzlichen Pflegekräften (VZÄ) würde Deutschland das Niveau von Österreich erreichen.

Um das **Niveau der Schweiz** zu erreichen, wäre eine Aufstockung um mehr als **300.000** Stellen nötig.

Absolutzahlen von DE:

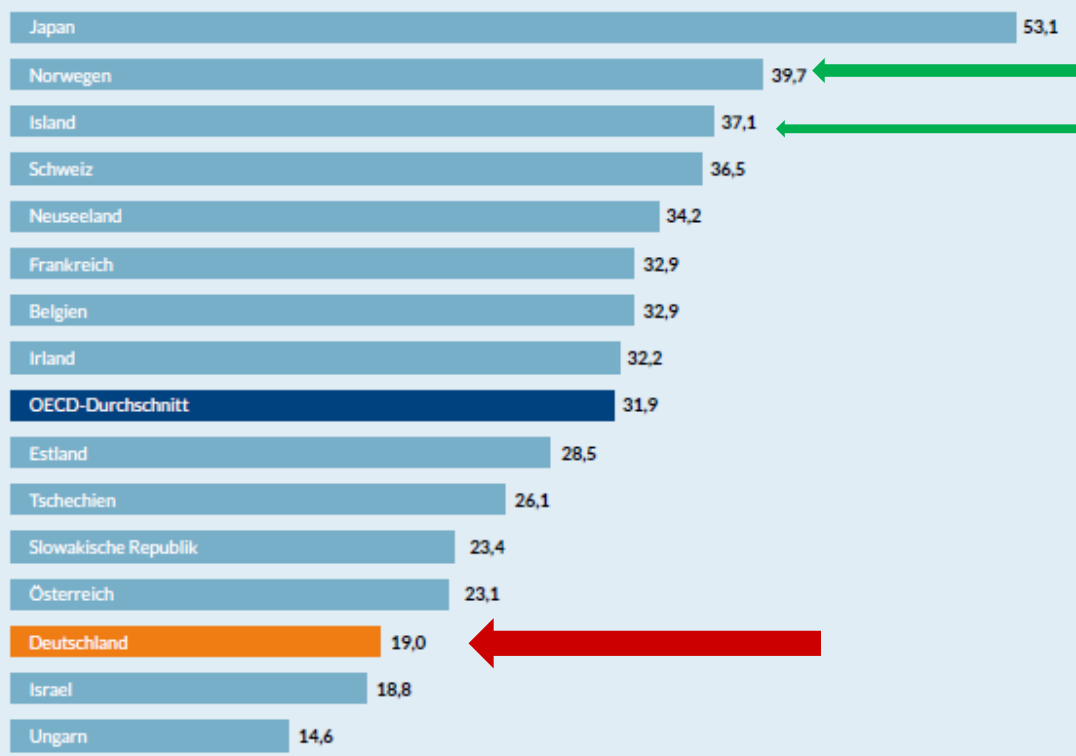
2009: 2016

Insgesamt	918.000	988.000
Ärzte	139.000	166.000
Pflegepersonal	340.000	375.000

Auf 1000 Klinikbehandlungsfälle kommen in DE nach OECD-Statistik halb so viele Pflegekräfte (VZÄ) wie in Norwegen oder Island.

Auch die Schweiz schneidet gut ab

ABBILDUNG 22: Anzahl der Pflegekräfte im Krankenhaus (VZÄ) je 1.000 Fälle im internationalen Vergleich, 2012



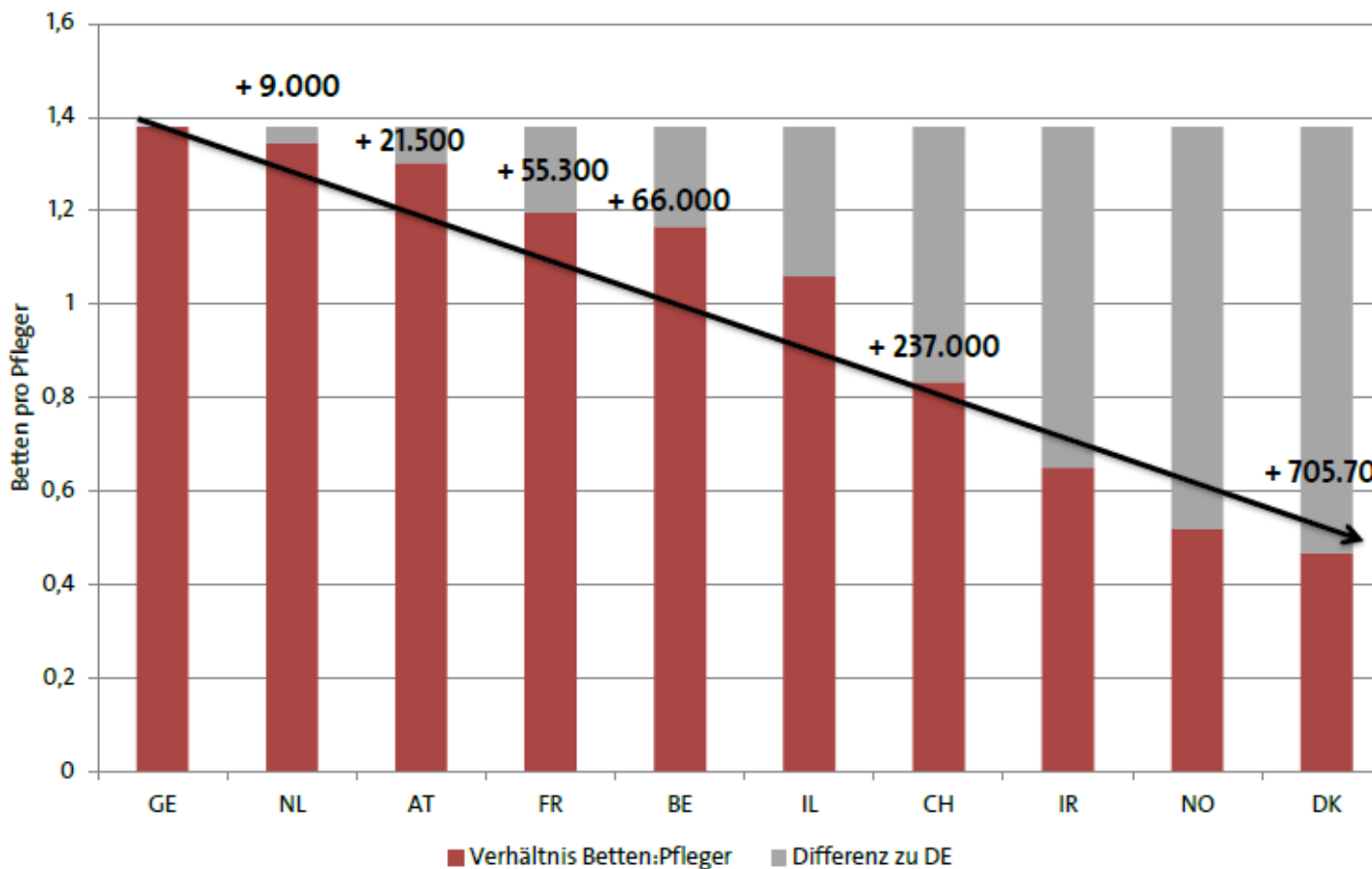
Die Pflegepersonalausstattung ist so schlecht, dass **fachwissenschaftliche Standards nur noch bei einer kleinen Minderheit von rd. 10% der KH voll zur Anwendung kommen.**

Anmerkungen: Berücksichtigt wurden alle OECD-Länder, für die Angaben zur Zahl der Pflegekräfte und der Fallzahl im Jahr 2012 vorlagen. Der OECD-Durchschnitt bezieht sich auf die dargestellten Länder. Pflegekräfte inklusive Hebammen („professional nurses and midwives“) ohne Krankenpflegehilfskräfte („associate nurses“). Auch bei Einbeziehung der „associate nurses“ bleibt Deutschland auf dem drittletzten Rang
 Quelle: IGES auf Basis von OECD-Daten (Stand: 1. Juni 2016)

Quelle: Bertelsmann-Stiftung/iGES (2017): Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus. Internationale Empirie und Status quo in Deutschland.

Personelle Stärke des Krankenhaus-Pflegedienstes anhand der Pflegekraft-Bett-Relation

Abbildung 4: Betten pro Pfleger im Vergleich zu ausgewählten OECD-Mitgliedsstaaten



Zum Vergleich

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

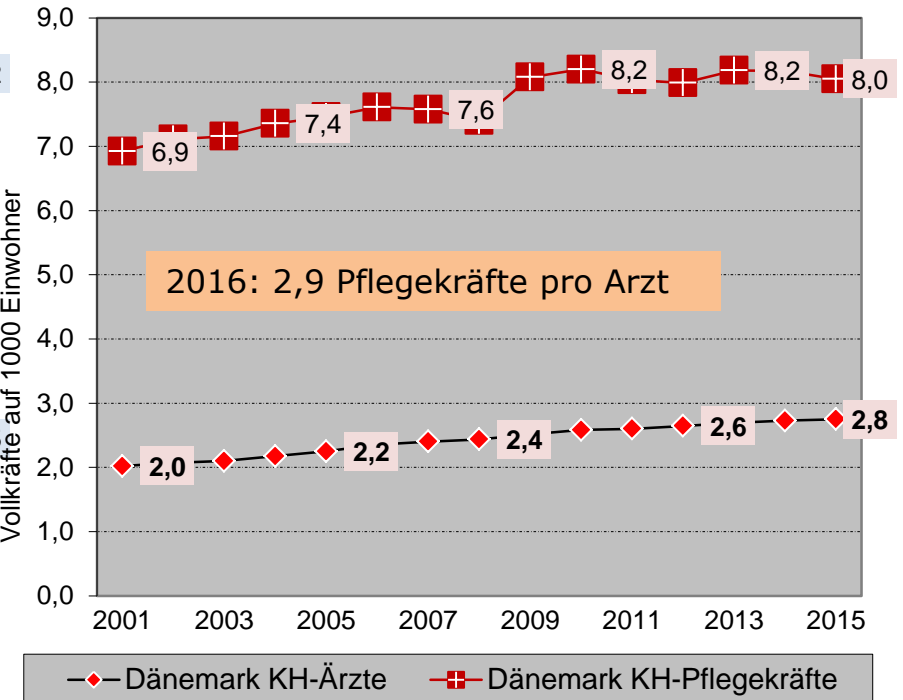
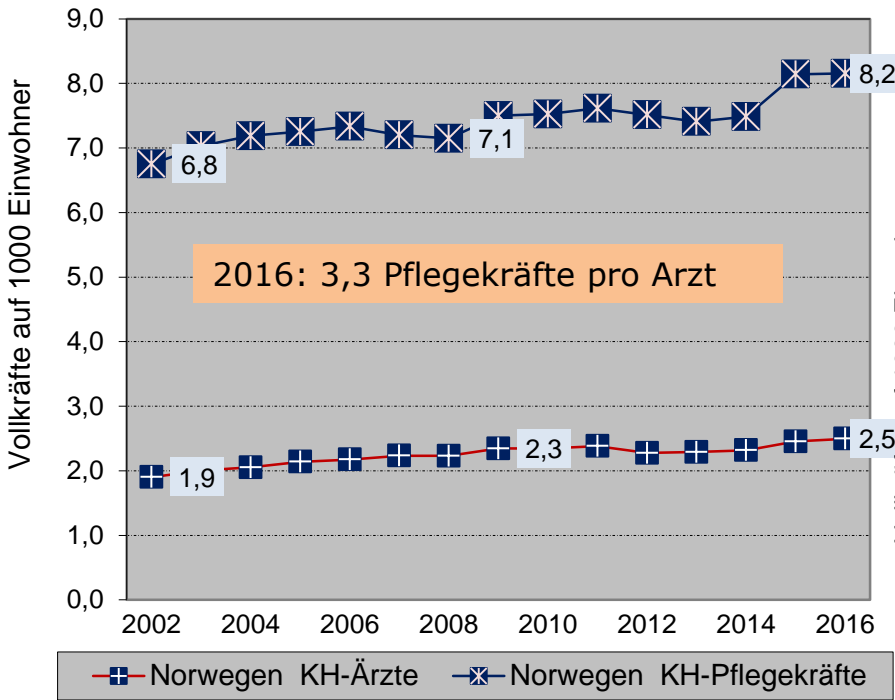
Wollte Deutschland das Niveau von Dänemark erreichen, müsste eine Personal- aufstockung um brutto **705.700** Stellen erfolgen. Netto wären es deutlich weniger, da die Liegezeit in Dänemark annähernd nur halb so hoch ist wie in Deutschland (DE: 7,5 Tage; AT 6,4 Tage, NO 6,1 Tage, DK rd. 4 Tage).

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

Krankenhäuser als Arbeitgeber: Entwicklung der Ärzte und Pflegekräfte auf 1000 EW (Vollzeitkräfte) im Vergleich

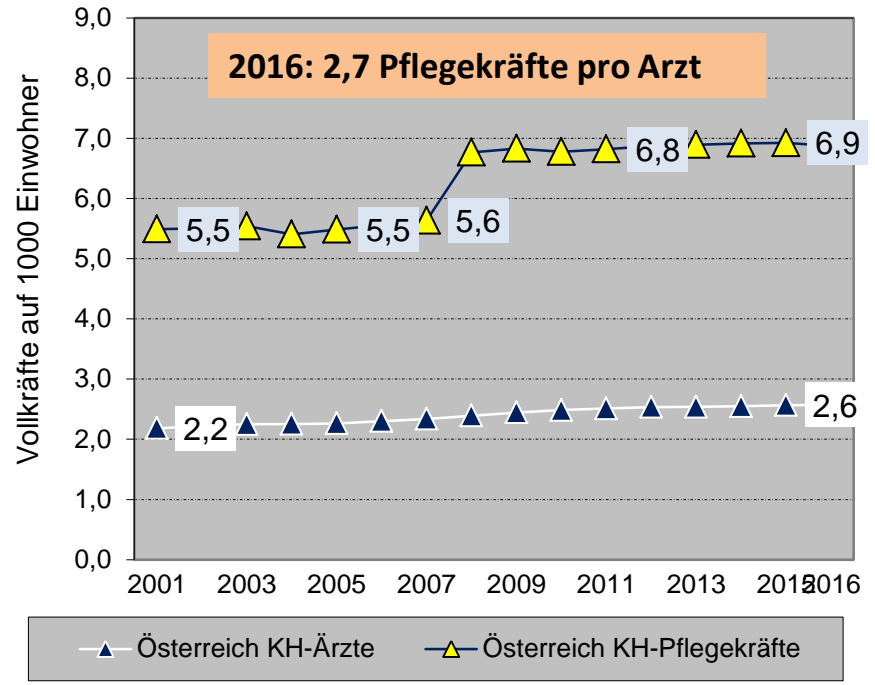
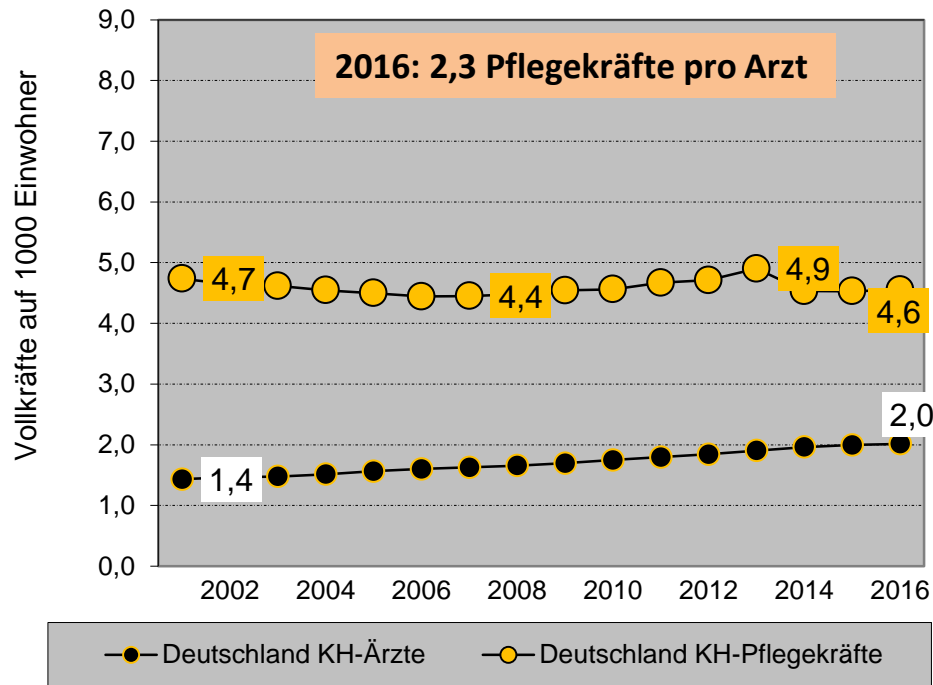
Norwegen: Komplettes öffentliches System
Dänemark: Fast nur öffentliche Krankenhäuser



Quelle: Eurostat, Health personnel employed in hospital [hlth_rs_prshp1]; Update 7-18; eigene Auswertung

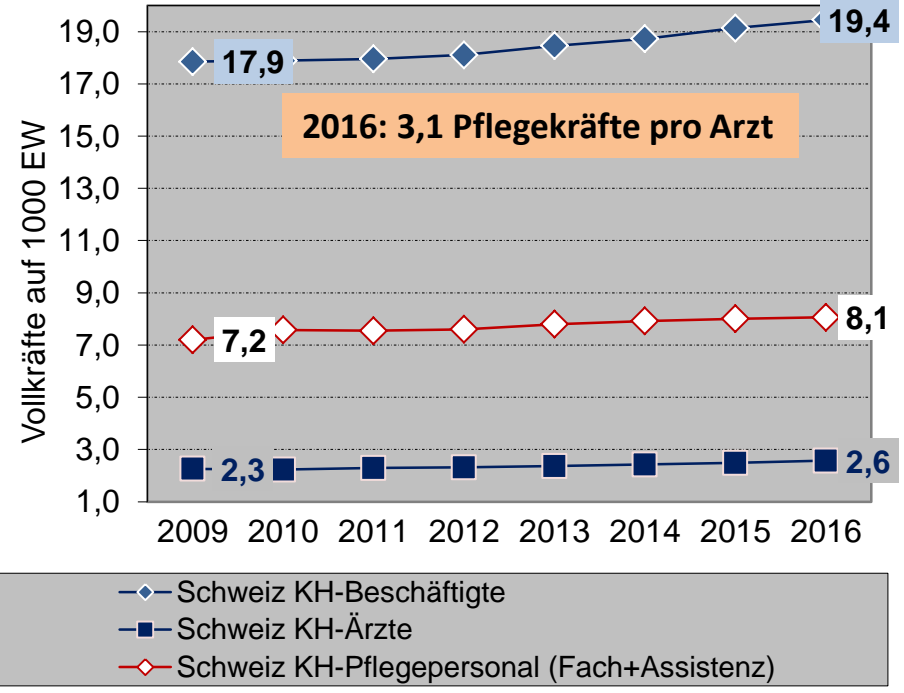
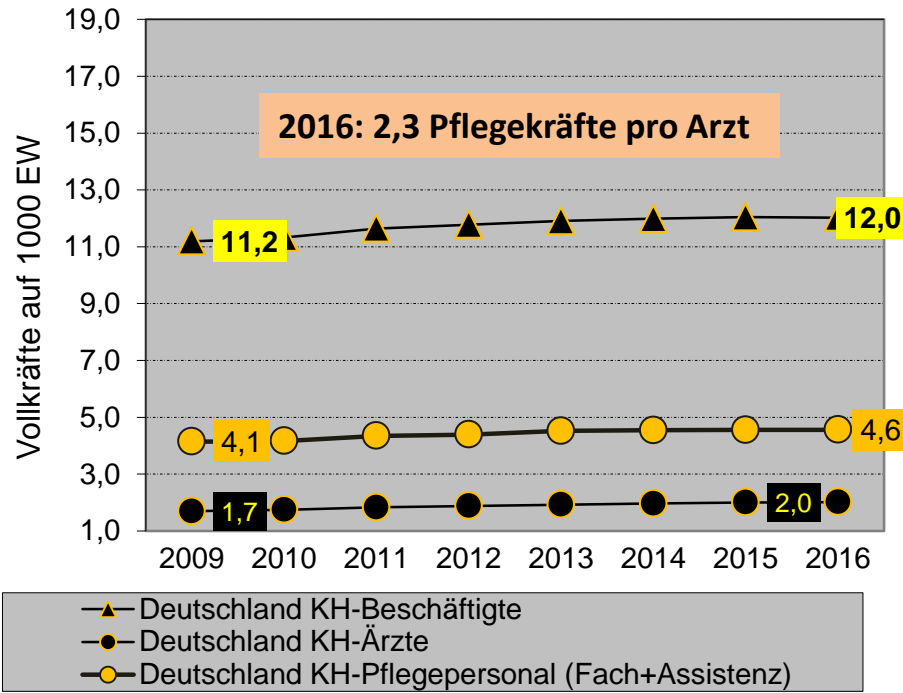
Krankenhäuser als Arbeitgeber: Entwicklung der Ärzte und Pflegekräfte auf 1000 EW (Vollzeitkräfte) im Vergleich

Hohe Krankenhausprivatisierung in Deutschland; geringe in Österreich



Krankenhäuser als Arbeitgeber: Entwicklung der Beschäftigten auf 1000 EW (Vollzeitkräfte) im Vergleich Deutschland - Schweiz

Hohe Krankenhausprivatisierung in Deutschland; geringe in der Schweiz



Quelle: Eurostat, Health personnel employed in hospital [hlth_rs_prshp1]; Update vom 14.03.2019

Dänemark hält andere Lektionen bereit, als von Leopoldina und Bertelsmann suggeriert werden

Fallzahlsteigerungen und Qualität im internationalen Vergleich

Die **Fallzahlentwicklung in Deutschland** ist im internationalen Vergleich **ungewöhnlich**. Bei einer ähnlichen demografischen Entwicklung wie in anderen europäischen Ländern stiegen die Fallzahlen zwischen 1994 und 2013 um 30 Prozent. Im nahezu gleichen Zeitraum (1993 bis 2013) blieben die Fallzahlen im EU-Mittelwert hingegen praktisch konstant – und sanken in Dänemark sogar um 30 Prozent. Auch die Anzahl der Krankenhausbetten liegt in Deutschland deutlich über dem EU-Durchschnitt und hat relativ sogar zugenommen; 1993 lag sie bei 50 Prozent über dem EU-Mittelwert, 2013 um 60 Prozent darüber. Zudem vertei-

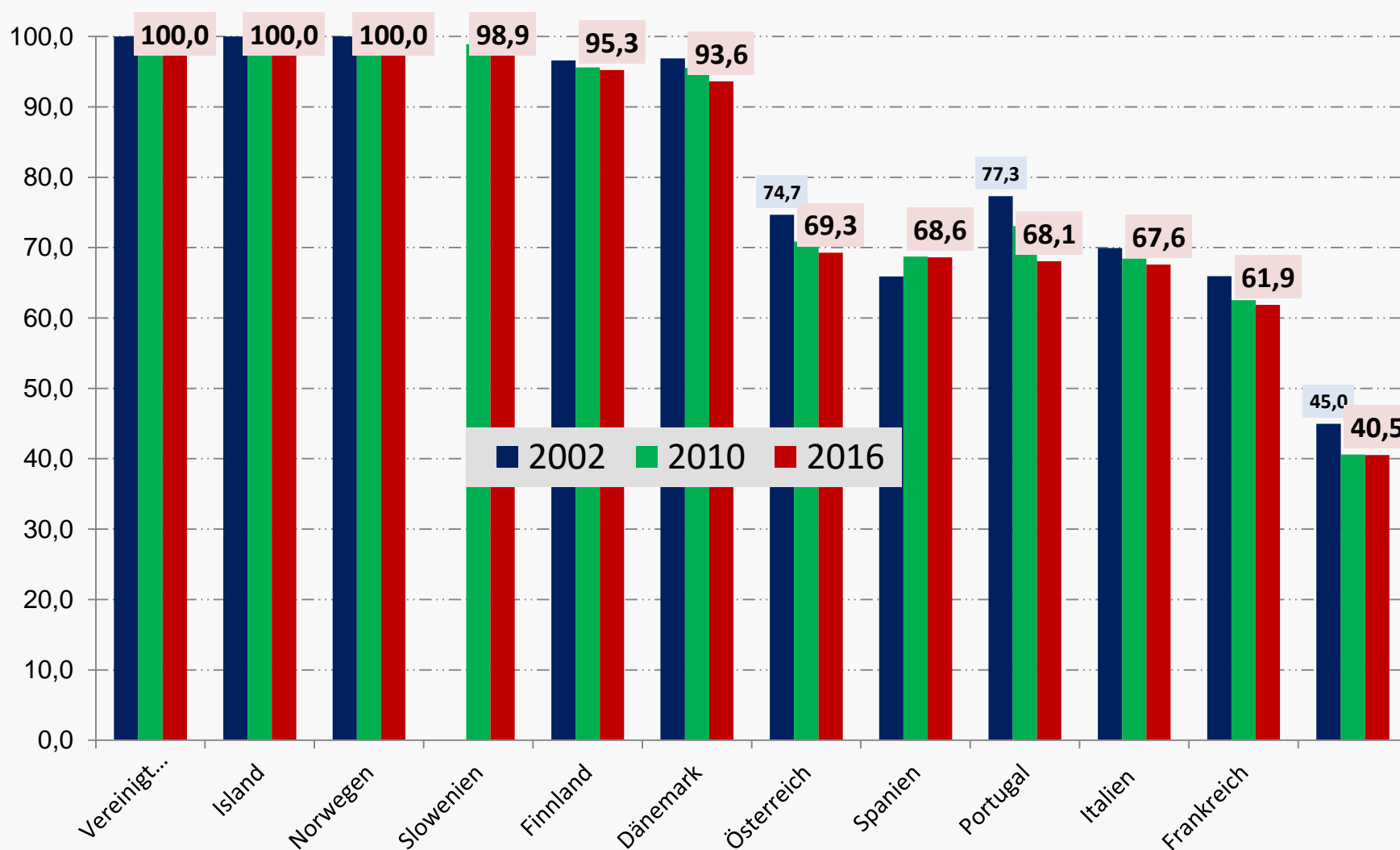
Würden wir die dänische Krankenhausdichte auf Deutschland übertragen, hätten wir nur etwa 320 Krankenhäuser.

Das Grundproblem ist: Es gibt zu viele Krankenhäuser mit zu vielen Betten in Deutschland.

Quelle: Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) (2016): Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem, Dok eines Symposiums von 21.01.2016

In Dänemark gibt es ein quasi-öffentliches Monopol; in Deutschland prägen For-Profit-Träger die Entwicklung

(Anteil der Krankenhausbetten nach öffentlicher Trägerschaft)



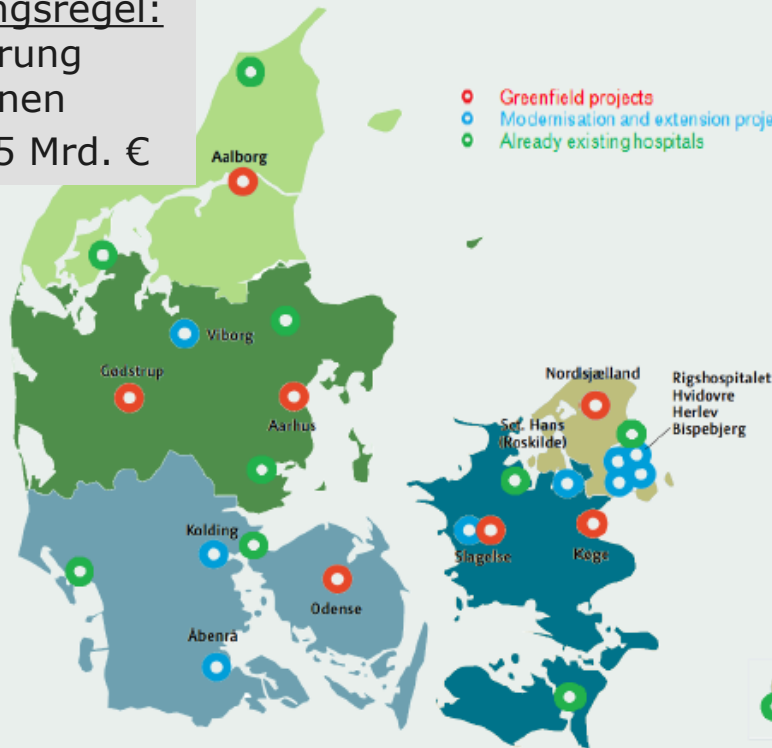
Quelle: Eurostat, Krankenhausbetten nach Trägerschaft [hlth_rs_bds2]; Update vom 05.07.2018; eigene Auswertung

Steuerung, Finanzierung und Leistungserbringung aus einer Hand (26 KH); Privatkliniken dienen als Flexibilitätsreserve

Figure 4
The new hospital landscape

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

○ Greenfield projects
○ Modernisation and extension projects
○ Already existing hospitals

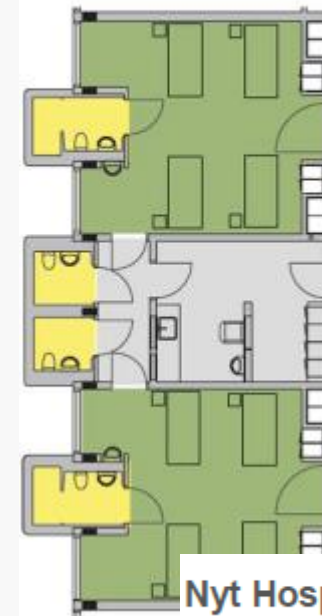


Source: Danish Regions

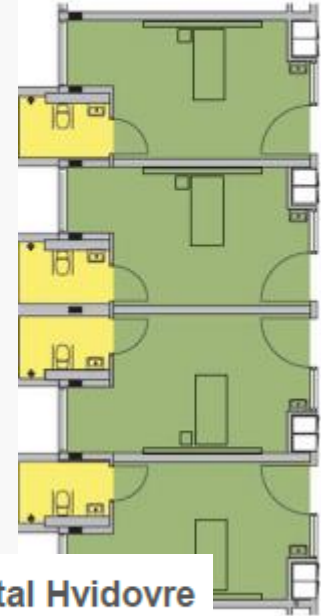
- All GPs keep electronic health records (EHRs), and 98 per cent exchange records electronically.
- GPs receive all laboratory test results from the hospitals electronically.
- 99 per cent of all prescriptions are sent electronically to the pharmacies.
- 97 per cent of all referrals to hospitals are made electronically.
- All referrals to medical specialists and psychologists are made electronically.

Die zugrundeliegenden Systeme sind in gemeinsamem Eigentum von Gesundheitsministerium, der Regionen und Kommunen (MedCom); Patientenzugriff über das Portal „Sundhed.dk“

Before:
4 beds room



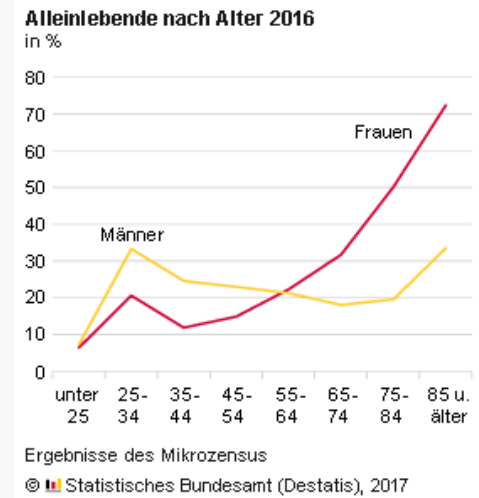
After:
Can be used with 1 bed



Nyt Hospital Hvidovre

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

3



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
- Systematische Unterschätzung des Bedarfs mit Überlastung der Familienpflege
- Formelle Pflegequoten sind in Deutschland im Vergleich niedrig
- Deutsche Pflegeversicherung: keine Vorbild für andere Länder

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

Die Zahl der über 80-Jährigen stieg von 3,3 Mio (1995) auf fast 5 Mio (2017)

Herausforderungen für Kranken- und Altenpflege aufgrund des demografischen Wandels

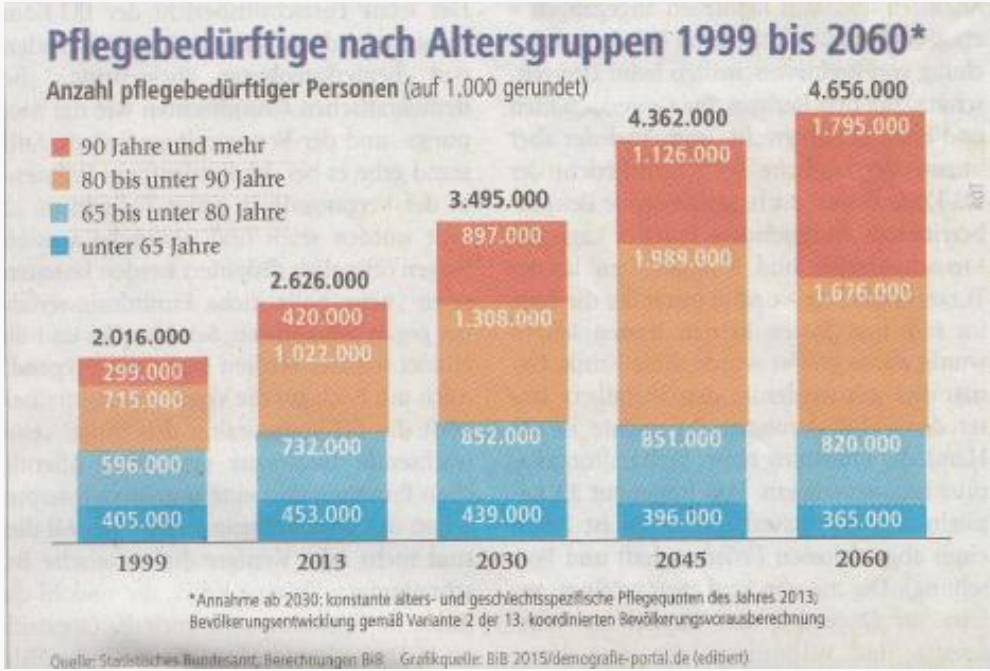
- 1) Immer mehr Menschen leiden an mehreren **chronischen Krankheiten** gleichzeitig
- 2) Immer mehr Menschen leiden unter **Demenz**:
 - Bei den Einwohnern ab 80 Jahren beträgt die Prävalenz mehr als 20% (Alzheimer Europe)
 - Bei den Krankenhauspatienten wächst der Patienten-Anteil mit Demenz
 - 7 von 10 Heimbewohnern leiden unter Demenz (AOK-Pflegereport 2017)
- 3) **7 von 10 Frauen über 75 Jahren leben alleine** (Stat. Bundesamt 2017)
- 4) **Steigende Frauenerwerbstätigkeit**: 2016 waren in DE 77,3% der Frauen im Alter von 20 – 64J erwerbstätig (1995: 63,9%), in Skandinavien im Mittel gut 81,3%. Jede zweite (SKAN: jede Dritte) arbeitet freilich nur in Teilzeit. **Mit steigender Frauenerwerbstätigkeit sinkt die Verfügbarkeit informeller Pflegeressourcen.**

Daraus erwachsen erhöhte Anforderungen an die (Kranken- und) die Altenpflege:

- 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.**

Systematische Unterschätzung der Bedarfsentwicklung

Prognosen und IST-Entwicklung



Entwicklung der Zahl sozialrechtlich Pflegebedürftiger

Jahr	Gesetzl. Pflegeversicherung	Private Pflegeversicherung	Insgesamt
2013	2.479.590	146,4 Tsd.	2.626 Tsd.
2015	2.665.109	178.075	2.843.184
2016	2.749.201	188.567	2.937.768
2018	3.685.389	234.625	3.920.014

Quelle: BGM, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, fortlaufend bis 8-2019

- Gängige Prognosen unterstellen konstante Pflegequoten. Damit Unterschätzung der Bedarfsdynamik
- Steigerung um + 936 Tsd. von 2016 – 2018 resultiert ganz überwiegend aus der Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Professionelle Pflegequoten sind halb so hoch wie in Skandinavien oder der Schweiz: 2017 oder letztverfügbares Jahr

	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

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;

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 fehlt**)
- ➔ **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**

Altenpflege:

Dänemark: Kommunaler Allzuständigkeit

Deutschland: Zerklüftete Zuständigkeiten bei privater Hauptverantwortung

Dänische Grundstruktur

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



Das Deutsche System so komplex-verworren, dass einfache Darstellung gar nicht möglich ist. **Die Allgemeinwohlorientierung ist hier 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 kapital-kräftigen Investoren mit vorrangig Renditezeilen abhängig.
- **Heimaufsicht** ist bezogen auf die Durchsetzung von Qualitätszielen ineffektiv.

Altenpflege steht in der Hierarchie ganz unten; Stellung weit schlechter als in vergleichbaren Ländern

Monatsdurchschnittliche Bruttoentgelte bei SV-pflichtiger Vollzeitbeschäftigung (2017)	Altenpflegefachkräfte		Altenpflegehelfer	
	ABL	NBL	ABL	NBL
Mtl. Bruttoentgelte (€)	2.737	2.211	1.957	1.662
Lohnrückstand gegenüber Krankenpflege	18%	25%	25%	17%
Tarifbindung	Heime		Ambulante Dienste	
	ABL	NBL	ABL	NBL
Tarifbindung (Verbandstarifvertrag)	50	29	28	19

	Österreich	Schweiz
Jahresbruttolohn nach ca. 10 Berufsjahren (DS)	31.846 € (Monats-DS: 2.654 €)	> 62.000 CHF (mtl. 4.000 bis 5000 €)
Spannweite der Entgelte	Eher gering	Große Unterschiede zwischen den Kantonen
Tarifbindung (Bindung an Kollektivverträge)	Über 90%	

Quellen:

- 1) IAB-Forum 16.01.18;
- 2) Sechster. Pflegeversicherungsbericht v. 15.12.2016, BT-Drs. 18/10707, S. 65

<http://www.lohnanalyse.de/de/loehne/details/krankenschwesterkrankenpfleger.html>

4

Kurzatmige Reparaturpolitik und was alternativ nötig wäre

- Politik reagiert mit kurzatmigen Reparaturversuchen
- Das Pflege-Sofortprogramm der GroKo gerät zum Rohrkrepiierer
- Deckelung der Eigenanteile ist überfällig; Finanzierung offen
- Kommunalisierung a la Niederlande könnte den Weg weisen

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 Vergütungsab-schläge 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 erhalten: **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.

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 krankenhausespezifisch über ein Pflegebudget vergütet; bisheriger KH-Eigenanteil von 10% entfällt.
- Tarifsteigerungen sollen vollständig finanziert werden. Bisher trugen KH und Kassen je 50%. Folge: KH refinanzierten ihren Eigenanteil über Personalabbau. Zukünftig: 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 bestehende 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.

Kein Lichtblick in der Altenpflege: Notstandsmaßnahmen geraten zum Rohrkrepiierer

(1) Pflegestärkungsgesetze I – III der 18 Legislaturperiode

- Politik hat die Selbstverwaltung beauftragt, bis **zum 30. Juni 2020** ein **Personalbemessungsverfahren** für Pflegeeinrichtungen zu entwickeln und es dann in die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI einfließen zu lassen. Forschungsprojekt läuft; Ergebnis offen.
- **Ergebnisse bis 2018:** Personalsituation hat sich **weiter verschlechtert**. Für rd. eine halbe Mio. neuer Pflegebedürftigen aufgrund der Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde Null Vorsorge getroffen: kein Hochfahren der Ausbildung; keine bessere Bezahlung, keine Verbesserung der Personalausstattung.

Kein Lichtblick in der Altenpflege: Notstandsmaßnahmen geraten zum Rohrkrepieler

(2) Sofortprogramm Pflege (2018) ist im Kern 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 erscheint unter den schlechten Rahmenbedingungen fraglich. Verlauf der Antragstellung, Bewilligung und Einstellung bestätigt die Befürchtungen. Bis Mitte 2019 wurden nur wenige Stellen besetzt.
- **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 liefert nicht die Finanzierungsmittel, die für echte Schritte zur Aufwertung der Altenpflege erforderlich gewesen wären.

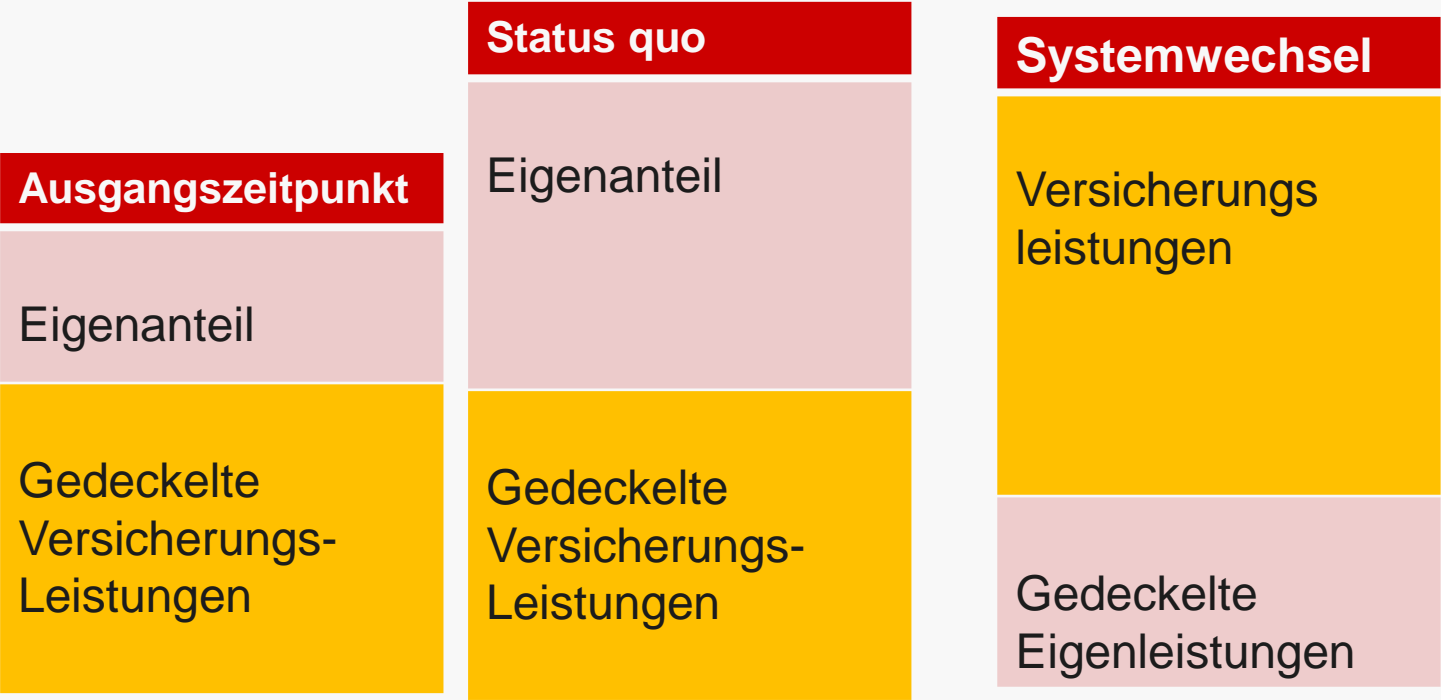
Ohne Paradigmenwechsel können die Herausforderungen kann gute Pflege und Medizin nicht gelingen:

1. Rückbesinnung auf erfolgreiche KH-Politik der 70er Jahre

Regelungs-instrument	Wesentliche Inhalte	Generelle Beurteilung	Pflegeperson-entwicklung
Krankenhaus - finanzierungs-gesetz (KHG 1972)	<p>(1) Selbstkosten werden gedeckt; Gewinnerzielung ist nicht erlaubt</p> <p>(2) Staatliche Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung (Bundesländer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gesetz ist erfolgreich, stößt in den 80er Jahren aber an Grenzen. ■ Qualifikatorische Aufwertung der Pflege und Überwindung der Sektorengrenzen zwischen ambulanter + stationärer Versorgung war kein Thema, gehört aber auf die Tagesordnung. . 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Binnen 5 Jahren: Plus 40% resp. + 67.000 Vollkräfte; ■ Binnen 10 Jahren: Plus 60% resp. plus 100.000 Vollkräfte ■ Lektion Ambitionierter Stellenaufbau kann gelingen

Quellen: Destatis-Krankenhausstatistik, Bundesregierung, HBS-Working Paper Nr. 096 von 10-18 (Prof. Simon)

2. In der Altenpflege ist ein Systemwechsel von der Deckelung der Versicherungsleistungen zur Deckelung der Eigenanteile überfällig mit Perspektive „Vollversicherung“



➔ Schnelle Umsetzung ist nicht zu erwarten, da die rechts-geneigten Parteien (CDU/CSU, FDP, AFD) weder die Steuern noch die Beitragssätze erhöhen wollen.

3. 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.

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>

4. Rückeroberung einer kommunalen Mindestmarktposition

	Heimplätze Ende 2015		Heimplätze 2030 (geschätzt + 271.000) Szenario inaktiver Staat		Heimplätze 2030 (geschätzt): Szenario Trägervielfalt durch aktiven Staat <small>Zusatzbedarf wird gedeckt zu je 40% durch Staat/Kommune + Private Non-Profit-Investoren; 20% durch Kommerzielle</small>	
	Abs.	in %	Abs.	in %	Abs.	in %
Heimbetten	857.301	100	1.128.301	100	1.128.301	100
Öffentliche Träger	52.043	6,1	52.043	4,6	160.443	14,2
Privat Non-Profit	482.353	56,3	482.353	42,8	590.753	52,4
Privat-For-Profit	322.906	37,7	593906	52,6	377.106	33,4

Investitionsbedarf bis 2030 beträgt nach RWI 53 bis 85 Mrd. €. Länder und Kommunen müssten über eigene Gesellschaften in die Schaffung von Plätzen oder die Übernahme von Heimen **jährlich rd. 3 Mrd. €** investieren

Tatsächliche Entwicklung: Inaktiver Staat, inaktive Kommunen

Zahlen für Zusatzbedarf und die erforderlichen Investitionen aus: Pflegeheim Rating Report 2017 (RWI)

Resümee bezogen auf die Langfristpflege

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

- Akademisierung der Pflegefachberufe mit **generalisierter Ausbildung**; Altenpflegefachkräfte (Geriatric Nurses) sind in Schweden tendenziell besser bezahlt als Krankenschwestern (Medical Nurses)
- Langfristpflege 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 und dann freiwillig Tätige) 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.**



Vielen Dank für Eure
Aufmerksamkeit