

Betriebs
Kranken
Kassen

Magazin für Politik, Recht und
Gesundheit im Unternehmen

UPDATE: KRANKENHAUS



■ **KRANKENHAUSPOLITIK**
Pandemiefeste Strukturen
und digitale Reife der
Krankenhäuser

■ **PANDEMIE**
Applaus oder
Verantwortung: Was ist
uns Pflege wert?



BKK
Dachverband



KRANKENHAUSPOLITIK

BESSERE STRUKTUREN AUF DER AGENDA

Von Kerstin Macherey, Politik und Kommunikation,
Ellen Kexel, Versorgungsmanagement

Schon zu Beginn der Corona-Pandemie standen die Krankenhäuser im Fokus politischer Maßnahmen. Mit dem „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“, auf das sich zunächst die Spitzen der Regierungskoalition und später die Regierungschefs der Länder einigten, wird dieser Pfad weiter beschritten. Standen zu Beginn der Pandemie Maßnahmen im Vordergrund, mit denen die Krankenhäuser entlastet und Einnahmeausfälle auf Grund sinkender Patientenzahlen kompensiert werden sollten, wurde nun der – im internationalen Vergleich doch hinterherhinkende Digitalisierungsgrad der Krankenhäuser – endlich auf die politische Agenda gesetzt.



© SOPA Images / Kontributor / Gettyimages

Aus Mitteln des mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) geschaffenen Krankenhauszukunftsfonds, bei dem der Bund die eigentliche Aufgabe der Länder – nämlich die Finanzierung der Investitionskosten – großzügig mit drei Mrd. Euro unterstützt, soll der Digitalisierungsgrad der Krankenhäuser, gemessen anhand von Reifegradmodellen, nach oben geschraubt werden. Ähnlich konstruiert wie der bereits existierende Krankenhausstrukturfonds, leider ohne eine verpflichtende Abstimmung mit den Krankenkassen, soll in die informationstechnische Ausstattung der Notaufnahmen, die digitale Infrastruktur, die Informationssicherheit sowie in die Entwicklung und Stärkung wettbewerbsrechtlich zulässiger regionaler Versorgungsstrukturen investiert werden.

Die Betriebskrankenkassen haben den Prozess der politischen Willensbildung zur konkreten Ausgestaltung dieses Zukunftsprogramms permanent begleitet und unterstützt. Eine weitreichende Digitalisierung kann nach Auffassung der Betriebskrankenkassen die stationäre Versorgung im Sinne des Patienten nachhaltig verbessern und zudem das Krankenhauspersonal entlasten. Auch in diesem Bereich gilt es, das Digitalisierungspotential zu heben und damit die Krankenhäuser zu modernisieren und auf eine zukunftsfähige Versorgung auszurichten. Nach Aufforderung von Abteilungsleiter Ludewig aus dem Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des health innovation hub, doch gerne konkrete Vorstellungen zur Ausgestaltung des Zukunftsprogramms

» Voraussetzung für eine gute Vorbereitung der Versorgungsstrukturen auf künftige Pandemien ist ein Lernen aus der aktuellen. «

Mit Betriebskrankenkassen verbundene Krankenhäuser, wie das Hüttenhospital Dortmund, eine 100-prozentige Tochter der VIACTIV Krankenkasse, heben schon vor dem Impuls des Gesetzgebers ihren digitalen Reifegrad. „Digitalisierung heißt, sich auf neue Technologien einzulassen und komplizierte sowie papierbasierte Prozesse im Krankenhaus zu eliminieren“, schreibt René Thiemann, Geschäftsführer des Hüttenhospitals in seiner Keynote ab Seite 10.

Krankenhäuser zu unterbreiten, haben die Betriebskrankenkassen ein entsprechendes Positionspapier zum Zukunftsprogramm Krankenhäuser in die Debatte eingebracht.

Die Betriebskrankenkassen haben darin konkrete Handlungsfelder skizziert, bei denen eine stärkere Digitalisierung angezeigt und auch zeitnah umsetzbar wäre. Wichtig war den Betriebskrankenkassen, dass die Mittel des Förderprogramms zielgerichtet und nicht mit der Gießkanne verteilt werden. Im Zusammenspiel mit dem bereits bestehenden Strukturfonds muss zudem eine Harmonisierung der Förderschwerpunkte stattfinden. Neben den von der Politik bereits erwogenen Zielen und Maßnahmen befürworteten die Betriebskrankenkassen auch die digitale Ausstattung von Rettungswagen, den Aufbau eines Verzeichnisses für mehr Transparenz über vorhandene (Notfall-)Behandlungskapazitäten, den Anschluss der Krankenhäuser an telemedizinische Notfallnetzwerke, Investitionen zum Aufbau eines digitalen Entlassmanagements sowie den Einsatz von Dokumentations- und

Assistenzsystemen zur Entlastung des Pflegepersonals. Die Umsetzung und Erfolge müssen darüber hinaus nach internationalen Standards messbar sein. Ein bestimmtes vorgegebenes Digitalisierungslevel ist zu erreichen.

Die Betriebskrankenkassen haben auch eingefordert, an der Entscheidung über geförderte Projekte beteiligt zu werden – und das über die Möglichkeit der reinen Stellungnahme hinaus. Denn: natürlich ist die weitere Digitalisierung und auch das mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) auf den Weg gebrachte Engagement des Bundes richtig. Es hätte aber auch zumindest zeitgleich ein Konzept vorgelegt werden müssen, wie die Krankenhausstrukturen der Zukunft aussehen und wie diese auf künftige Pandemiesituationen vorbereitet werden sollen. In alten Vorhabenplänen bzw. alten Tagesordnungen des Bundestages fand sich für diesen Herbst noch die Beratung eines „Krankenhausstrukturgesetzes“. Die Neuordnung der Strukturen, in Richtung einer stärker spezialisierten, an den Bedarfen des Versicherten

ausgerichteten Versorgung mit hoher Qualität und zielgenauerer und qualifizierterer Nutzung der knappen Ressourcen Arzt und vor allem Pflegekraft wird damit wohl erst in der nächsten Wahlperiode auf die politische Agenda genommen – und damit leider ein weiteres Mal nicht konsequent angegangen bzw. verschoben. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen erfolgt mit den nun vorgesehenen Investitionen in die Digitalisierung der Krankenhäuser eigentlich der zweite Schritt vor dem ersten: erst einmal hätten die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser identifiziert werden sollen.

Voraussetzung für eine gute Vorbereitung der Versorgungsstrukturen auf künftige Pandemien ist ein Lernen aus der aktuellen. Dazu braucht es allem voran Transparenz, auch über die Wirkungen der in den letzten Monaten getroffenen Maßnahmen. In Ansätzen versucht das Krankenhauszukunftsgesetz dieses Ziel zu verfolgen, stößt jedoch schnell wieder an Grenzen durch die Regelung, dass Krankenkassen Informationen über

geflossene Ausgleichs- bzw. Leerstandszahlungen nur erhalten, wenn das entsprechende Krankenhaus zusätzliche Mittel bei Erlösausfällen vereinbaren möchte. Dass dies vorrangig die Krankenhäuser sein werden, die durch die geflossenen Freihaltepauschalen die Ausfälle nicht kompensieren können, ist nachvollziehbar. Es bleibt damit nach wie vor im Unklaren, wo Betten und damit Strukturen finanziert wurden, die für eine Versorgung von Corona-Patienten nicht genutzt oder überhaupt benötigt wurden, in einer anderen Verwendung besser aufgehoben wären, aber durchaus knappe Ressourcen wie Pflegekräfte gebunden haben.

Die Krankenhäuser bleiben somit im Fokus gesundheitspolitischer Reformbestrebungen. Die Betriebskrankenkassen werden die Debatte weiterhin mit konstruktiven Vorschlägen begleiten. ■

KEYNOTE

DIGITALE LEISTUNGSKURVE

Von René Thiemann, GF Hüttenhospital / AR VIACTIV Krankenkasse

WARUM ES OHNE DIGITALISIERUNG IN ZUKUNFT TEUER WERDEN KANN

In den vergangenen fünf Jahren hat das Hüttenhospital seine Kosten für IT-Systeme vervielfacht und die eigenen Personalressourcen für digitale Anwendungen gestärkt. Zum Wohl der Patienten muss digitaler Fortschritt im Krankenhaus immer Teil einer Gesamtlösung im Versorgungsnetzwerk sein. Digitalisierung heißt, sich auf neue Technologien einzulassen und komplizierte sowie papierbasierte Prozesse im Krankenhaus zu eliminieren. Krankenhäuser, die heute und in naher Zukunft nicht in die Digitalisierung investieren, werden vom Wettbewerb abgehängt.

Befeuert durch die Gesundheitsangebote globaler Riesen wie Apple, Google und Co. haben Patienten und Versicherte ihre Erwartungen an digitale Services im Gesundheitswesen massiv nach oben geschraubt. Digitale Anwendungen sind im Alltag längst angekommen. Der Modernisierungsdruck auf Leistungserbringer, Versicherer und Dienstleister wächst. Trotzdem nehmen diese die Herausforderung eher zurückhaltend an. Die Barrieren, den Ansprüchen an zeitgemäße E-Health-Angebote nachzukommen, sind groß. Neben den häufig geäußerten Bedenken in Bezug auf Schutz und Sicherheit von Patientendaten mangelt es bislang an einem übergreifenden Rahmen zur digitalen Vernetzung. Einzelne IT-Konzepte und IT-Inseln sind nicht die Lösung, sondern erhöhen die Komplexität von Schnittstellen zum Austausch digitaler Informationen. Das zeigt sich besonders am Beispiel der Krankenhausversorgung.

DAS HAUS AUF DIE ZUKUNFT VORBEREITEN

Auf dem Weg zu mehr Digitalisierung im Klinikalltag hat das Dortmunder Hüttenhospital konsequent darauf geachtet, digitalen Fortschritt im Krankenhaus als Teil einer systemischen Gesamtlösung im Versorgungsnetzwerk umzusetzen. Digitale Anwendungen machen dann Sinn, wenn sie den Mitarbeitern helfen, sicher zu arbeiten und sie entlasten. Sie dienen dazu, die Patientensicherheit zu erhöhen, Prozesse und Dokumentationen zu vereinfachen und transparenter zu gestalten. Neben mehr Interoperabilität im eigenen Hause sollte der Einsatz digitaler Gesundheitsmodule immer die nahtlose Kommunikation mit weiteren Partnern der Gesundheitsversorgung stützen, zum Beispiel mit weiteren Krankenhäusern, Senioreneinrichtungen, Einrichtungen der Rehabilitation, niedergelassenen Ärzten und Krankenhausdienstleistern. Für uns sind mehr Sicherheit und eine nachhaltige Prozessoptimierung zentrale Motive auf dem Weg in die digitale Unternehmenszukunft. In



den vergangenen Jahren haben wir von Anfang an alle am Patienten tätigen Berufsgruppen einbezogen und wichtige Meilensteine erreicht. Nur so konnten Vorbehalte eingefangen und eine emotional-positive Haltung gegenüber dem „Neuen“ entstehen. Informationen im Krankenhaus müssen professionsübergreifend zur Verfügung stehen. Mehrfachdokumentationen gehören der Vergangenheit an, dank der elektronischen Patientenakte. Der Verzicht auf papiergebundene Akten beugt dem Verlust wichtiger Daten vor. Das Tablet am Krankenbett sorgt während der Arztvisite dafür, dass alle wichtigen Informationen zum Patienten verfügbar sind und neue Daten sicher in die Akte eingegeben werden können. Digitale Arzneimittelchecks auf Kontraindikationen geben den Ärzten Sicherheit. Die zukünftige Anbindung der Diagnostik an das HCM (Healthcare Content Management) bündelt wichtige Informationen zum Patienten, die im Archivsystem auch nach dem Krankenhausaufenthalt auf Knopfdruck zur Verfügung stehen. Zudem nimmt das Hüttenhospital am Projekt „virtuelles Krankenhaus“ teil. Beim virtuellen Krankenhaus können die Ärzte aus dem Hüttenhospital über Telekonsile die intensivmedizinische und infektiologische Expertise der Universitätskliniken Aachen und Münster in Anspruch nehmen. Das ist gerade in Corona-Zeiten ein wichtiger Punkt.

KEYNOTE

KEYNOTE

INVESTITION IN DIE ZUKUNFT

Während rund 90 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland weniger als 2 Prozent ihres Umsatzes für IT ausgeben, investiert das Hüttenhospital mehr als 4 Prozent in seine IT-Infrastruktur. Die Verbesserung der IT-Sicherheit, die Einstellung von neuem IT-Personal und eines Datenschutzbeauftragten sowie digitale Medizinkonzepte sind die Haupttreiber auf dem Weg in die digitale Unternehmenszukunft. In Dortmund haben wir das erkannt und rechtzeitig reagiert. Bereits vor fünf Jahren fiel der Startschuss für das digitale Krankenhaus-Informationssystem der Telekom Healthcare Solutions, das mit Unterstützung des Anbieters sukzessive implementiert wurde. Für die Einrichtung von Schnittstellen und Modulen, den Erwerb von Lizenzen sowie Schulungsmaßnahmen und Beratungsleistungen mussten die notwendigen finanziellen Mittel frei geschaufelt werden. Seit dem Jahr 2014 haben sich die Kosten für digitale Systeme (z.B. digitale Therapiedokumentation, Röntgenbildablage und Kommunikationssystem (PACS), Kodier- und Diktatsoftware, etc.) im Dortmunder Krankenhaus für Altersmedizin verfünffacht. Hinzu kommt eine deutliche Verlagerung der Personalkosten von externen Beratern hin zum Ausbau der hauseigenen Ressourcen.

VERNETZUNG MIT KOOPERATIONSPARTNERN

Die Anforderungen der digitalen Realität an die Altersmedizin für Dortmund steigen. Die Versorgung der Patienten und die Einbindung Angehöriger beginnt bereits vor der Aufnahme und endet nicht am Klinikausgang. Deshalb streben wir nachhaltige Verbundlösungen an. Als Konsortialführer des geriatrischen Forschungsprojekts „GerNe Digital!“ wollen wir die Versorgung geriatrischer Patienten durch eine digitale sektoren- und akteursübergreifende Vernetzung optimieren. Daran arbeiten wir gemeinsam mit unseren Projektpartnern der Fachhochschule Dortmund, dem Rechenzentrum Volmarstein (RZV), dem Institut Arbeit und Technik (IAT) ebenso wie mit der MedEcon Ruhr, dem Klinikum Dortmund sowie den Städtischen Seniorenheimen Dortmund. Dies geschieht mittels Zusammenführung der Informationen aus den Krankenhausinformationssystemen (KIS) der beteiligten Kliniken in die elektronische Fallakte (EFA) und der App-basierten Pflege im Quartier (PiQ). Relevante Daten aus dem häuslichen Umfeld oder dem Seniorenheim für die Behandlung geriatrischer Patienten können so barrierefrei den Kliniken und niedergelassenen Ärzten zum Zeitpunkt der (stationären) Aufnahme zur Verfügung gestellt werden. Patienten und deren Angehörige erhalten durch die Übertragung von beispielsweise Entlassdokumenten und weiteren wichtigen Informationen der stationären Behandlung einen transparenten Überblick. Eine mobile App zur Unterstützung im Alltag ist in Vorbereitung. Mit ihr kann „Hilfe auf Knopfdruck“ eingefordert und der Standort geortet werden.

Weitere Partnerschaften erleichtern den digitalen Austausch. Das Hüttenhospital ist Mitglied des Westdeutschen Teleradiologieverbands. Die Nutzung der Plattform erlaubt die unkomplizierte, aktuelle und qualitätsgesicherte Datenübertragung von Röntgenbildern an andere Partner der Versorgungskette.

DIGITAL EMOTIONAL VERBUNDEN

Aktuell hat die Corona-Pandemie gezeigt, dass digitale Technik mehr kann als den Datentransfer zu optimieren, wenn sie kreativ genutzt wird. Im Rahmen des Schutzes unseres Personals und unserer Patienten wurden Besucherzahlen sowie die Besuchszeiten eingeschränkt. Kurz danach wurde das komplette Besuchsverbot erteilt. Die Patienten unseres Hauses sind durch ihr meist sehr hohes Alter und ihre Vorerkrankungen besonders gefährdet. Der Kontakt zu Angehörigen unterstützt den Genesungsprozess und kann nicht durch noch so viel mögliche Zuwendung unseres Klinikpersonals auf den Stationen ersetzt werden. Deshalb haben wir gemeinsam mit unseren Partnern, dem Konsortium VideoBrücke und VIVALcare, das Projekt „VideoBrücke“ umgesetzt. Es ermöglicht den Patienten, ihre Angehörigen zu sehen und mit ihnen reden zu können, ohne sich oder jemand anderen dem Risiko einer Infektion auszusetzen. Mit Hilfe von einfach bedienbaren Tablets und persönlicher Anleitung können sich Patienten und Angehörige per Videotelefonat nah sein, selbst wenn sie sich nicht mit Smartphones, Tablets oder Videotelefonie auskennen.

CHANCEN NUTZEN

In der Vergangenheit ist die Entwicklung des Landesbasisfallwertes hinter der durchschnittlichen Kostenentwicklung zurückgeblieben. Aus diesem Grund wächst der Druck auf die Krankenhäuser, die Prozesse zu optimieren und zu digitalisieren. Dabei geht es im Kern darum, dem klinischen Personal wieder Zeit für seine intrinsischen Kernaufgaben zu geben: Zuwendung für den Patienten, professionelle Pflege, Gespräche mit Angehörigen etc., und nebenher: die Erlöse durch eine ordnungsgemäße Dokumentation und Abrechnung der erbrachten Leistungen zu sichern.

Die Möglichkeiten des digitalen Fortschritts sind vielfältig, wenn wir bereit sind, uns dafür zu öffnen und sie als Team praxisnah umsetzen. Das Hüttenhospital als Teil einer Versorgungskette hat den Mehrwert erkannt. Der ambulant tätigen Ärzteschaft hat sich der Mehrwert digitaler Anwendungen bisher noch nicht erschlossen. Es besteht im Lager der Ärzteschaft die Befürchtung vor einer zunehmenden Bürokratisierung im Alltag. Wir vergeben in unserem Gesundheitssystem eine große Chance, wenn nicht flächendeckend IT zum Wohle des Patienten eingesetzt wird. Digitale Anwendungen helfen, schneller zu werden. Gesammelte Daten können gezielt in der Versorgungsforschung mittels KI-Technologien zur Behandlung von Krankheiten eingesetzt werden. ■



Das Hüttenhospital ist 100-prozentige Tochter der VIACTIV Krankenkasse, nachdem der traditionelle Träger, die BKK Hoesch, in ihr aufgegangen ist. Die VIACTIV ist seit 2012 Träger der Hüttenhospital gGmbH. Damit ist sie eine der wenigen Kassen, deren unternehmerische DNA die Verantwortung für ein Krankenhaus beinhaltet.

PANDEMIE: APPLAUS ODER VERANTWORTUNG

WAS IST UNS DIE PFLEGE WERT?

Von Prof. Dr. habil. Martina Hasseler, Prodekanin der Fakultät Gesundheitswesen an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Frei nach Hans Jonas müssen wir uns dem Prinzip Verantwortung im Gesundheitswesen widmen. Gerade auch in Zeiten von Pandemie und Covid-19. Er beschreibt unter einem Beitrag „Ärztliche Kunst und menschliche Verantwortung“, dass der Arzt der Beauftragte des Patienten ist, der geheilt werden will und sich daraus eine eindeutige Berufsverantwortung ergibt, diesen Patienten nach den Regeln der Kunst so gut wie möglich zu behandeln. Abgesehen davon, dass wir die gesundheitliche Versorgung und die Ermöglichung bestmöglicher Versorgung niemals nur als alleinige ärztliche Leistung darstellen können, da das Outcome der Gesundheitsversorgung nur gemeinsam mit anderen Berufsgruppen und deren Künste ermöglicht wird, ist dieses Primat mit der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens nicht mehr möglich. Dieses Primat wird durch ein ökonomisiertes Gesundheitssystem ad absurdum geführt, weil die Anreizsysteme nicht zwingend darin liegen, das Beste für den Patienten anbieten zu können und als Fürsprecher zu agieren. Abgesehen davon, dass wir in der heutigen Zeit im Denken über und im Umgang mit dem Patienten mit moderneren Konzepten agieren sollten, die die Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten und Pflegebedürftigen in den Vordergrund rücken.

Eine andere Frage der Verantwortung stellt sich mir beim Lesen in diesem Beitrag von Hans Jonas, in dem er fragt, ob die soziale Verantwortung der Ärzte nicht darin liegen sollte, die Krankheiten zu verhindern statt heilen zu wollen. Hans Jonas fragt, ob nicht dieser Sozialaspekt der ärztlichen Kunst und Wissenschaft höher einzuschätzen sei. Diese Frage kann nur bejaht werden, aber aus meiner Perspektive müssen wir diese Frage breiter stellen. Liegt nicht diese Verantwortung im Sinne des Public Health in den jeweiligen Ländern, bei den Staaten? Dieser soziale Aspekt der Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung ist auch nicht allein durch die ärztliche Profession zu erreichen. Wir benötigen ganz andere Public Health Konzepte und die Integration von Berufsbereichen wie Public Health Nurses, Family Health Nurses, Community Health Nurses u.w.m. Die Verhütung von Krankheiten und die Förderung von Gesundheit ist eine gesamtgesellschaftliche und berufsgruppenübergreifende Anstrengung – wie wir auch bei Covid-19 sehen.

Wir benötigen einen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen. Die seit Jahrzehnten anhaltende Kommerzialisierung und Ökonomisierung des Gesundheitswesens wird dem Kriterium einer bedarfsgerechten Gesundheits- und Pflegeversorgung nicht gerecht. Unser Gesundheitssystem ist nach medizinischen Diagnosen ausgerichtet und wir geben uns der Illusion hin, dass wir damit in der Lage sind, die Patienten qualitativ hochwertig und



© Martina Hasseler

bedarfsgerecht zu versorgen. Aber eine medizinische Diagnose sagt erst mal wenig über die Bedarfe in gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung aus. Des Weiteren werden medizinische Diagnosen in ihrer ursprünglichen Absicht und Intention dann verkehrt, wenn sie dazu dienen, Gewinne oder Umsätze zu generieren, da die Anreizsysteme bekanntermaßen dann andere sind. Ob wir damit der Verantwortung einer Gesundheitsversorgung gerecht werden, muss stark in Zweifel gezogen werden.

Die Tatsache, dass wir bislang die Covid-19 Pandemie im Vergleich mit anderen Ländern gut überstanden haben, ist nicht – wie irrtümlich angenommen – allein der Leistungsstärke unseres Gesundheitswesens zu verdanken, sondern vor allem der Situation, dass wir uns gesamtgesellschaftlich eine Art Lockdown geleistet haben. Ohne diesen sogenannten Lockdown hätte uns eine ähnliche Überlast der Versorgung der Patienten wie in einigen anderen Ländern ereilen können. Mittlerweile wird dem von uns Pflegewissenschaftlern und Pflegepraktikern bereits zu einem frühen Zeitpunkt kritisierten Aspekt, dass die Anzahl der Intensivbetten keine Aussagekraft hat, da nicht die Betten die Patienten:innen versorgen, sondern überwiegend hoch qualifiziertes Pflegepersonal auf den Intensiv- und Spezialstationen, Recht gegeben.



KEYNOTE



KEYNOTE



Eine Verantwortung für eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Pflegeversorgung beinhaltet, die Potenziale aller Berufsgruppen zu integrieren. Nur weil wir eine Unter- und Fehlversorgung in der pflegerischen Versorgung in allen Settings und Sektoren, die Problematik nicht ausreichender Pflegepersonal-Patientenschlüssel für die Gesundheitsoutcomes oder auch Konsequenzen von „missed nursing care“ in Deutschland weder untersuchen, noch beachten, und in der Langzeitpflege in wohnortnahen Bereichen eine nicht seltene Überforderung pflegender Angehöriger sowie eine häufig zu beobachtende Unterversorgung Pflegebedürftiger in der Langzeitpflege zulassen, bedeutet es nicht, dass wir keine Probleme in der Versorgung von Patienten haben, die zu ihren Lasten gehen. In der Langzeitpflege leisten wir uns aufgrund des Teilleistungsrecht SGB XI sowie der damit richtungsorientierten Gestaltung der pflegerischen Versorgung, dass uns präventive Potenziale der Pflegeberufe verloren gehen und damit Verschlechterungen der Pflegeversorgung provoziert und leistungsrechtlich unterstützt werden. Es ist im Moment nicht möglich, professionelle und präventive sowie wohnortnahe und zugehende pflegerische Leistungen anzubieten, die die Pflegebedürftigen und erkrankten Menschen in Gesundheitserhaltung und Empowerment unterstützen.

Präventive pflegerische Berufe, wie bspw. Public Health Nurses, Family Health Nurses, Community Health Nurses, School Nurses u.w.m., werden in anderen Ländern mit Erfolg in wohnortnahen Bereichen mit zugehenden Ansätzen eingesetzt, um die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten.

Dieser Verantwortung nachzukommen, erscheint in einem korporatistischen und von Sozialgesetzbüchern definierten Gesundheitssystem schwieriger. Die Pflegeberufe und das Anliegen einer pflegefachlichen und bedarfsgerechten Pflege haben in einem korperschaftsorientierten System keinerlei Bedeutung, da die Pflegeberufe im Kontext der Lobbyistenverbände nicht wichtig genug sind, damit die Versprechungen an die Pflegeberufe gehalten werden. Das derzeitige Gesundheitssystem ist durch vielfältige Ziel- und Interessenkonflikte geprägt. Während der Covid-19 Hochphase im Frühjahr reichte es den Entscheidungsträgern, durch Applaudieren und weiteren wörtlichen Bekundungen, den Pflegeberufen eine von ihrer Seite aus betrachteten Wertschätzung entgegen zu bringen. Sie erkannten: wir haben eine hohe Abhängigkeit von Pflegeberufen und der Pflegepersonal-mangel ist sehr groß. Die Pflegeberufe sollten also in dieser schwierigen Situation bei Laune gehalten werden. Aber diese „Wertschätzungen“ stellen leere Formeln dar. Unser Gesundheitssystem ist gefangen durch unterschiedliche Ziele, Zielvorstellungen und Differenzen der beteiligten Lobbyistenverbände und folgt dem Primat der Ökonomisierung. Das Ziel einer qualitativ hochwertigen sowie bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung scheint verloren gegangen zu sein, da ein ständiges Aushandeln von Zielen und unterschiedlichen Interessen der bestehenden Korperschaften und Verbände erfolgt. Wie und unter welchen

Umständen der Verantwortung einer bedarfsgerechten Pflege in allen Settings und Sektoren und annehmbaren Bedingungen für Pflegberufe und einer fachlichen Pflege entsprechen werden kann – diese Fragen scheinen unerheblich zu sein. Es muss aber betont werden: ein einfaches Posen – frei nach dem Motto – Applaudieren und Singen wir doch mal eine Runde – das reicht nicht und wird ganz sicher der Verantwortung nicht gerecht.

Ergänzen möchte ich auch, dass im Sinne der reziproken Verpflichtung und Verantwortung, die Verantwortung des Staates, der Gesellschaft, der jeweiligen Länder darin liegt, die Gesundheits- und Pflegeberufe zu schützen, die die Patienten und Pflegebedürftigen versorgen. Dazu gehört auch, in Pandemiezeiten für ausreichend Schutzmaterialien, Testmöglichkeiten und weiteres mehr zu sorgen. Eine aktuelle Veröffentlichung im BMJ offenbart, dass die Burnout- und Depressionsrate sowie die Bereitschaft, aus dem Beruf auszusteigen, beim Pflegepersonal in Krankenhäusern in New York mit der Pandemie stark gestiegen ist. Vor Augen haltend, dass die Pflegepersonalschlüssel in Deutschland schlechter sind als in den USA (wie auch im Vergleich mit vielen anderen Ländern) und wir anekdotisch von ähnlichen Erfahrungen von Pflegepersonen gehört haben, müssen wir von Verschlechterungen des Gesundheitszustandes und des moralischen Stressempfindens beim Pflegepersonal in Deutschland ausgehen. Das Prinzip der Verantwortung ist demzufolge nicht einseitig nur bei den Gesundheits- und Pflegeberufen zu sehen, sondern diese Verantwortung ist reziprok. Unter jetzigen Bedingungen wird das Prinzip Verantwortung nur den Berufsgruppen aufgebürdet, die in der Praxis und patientennah arbeiten. Es gibt eine Verantwortung der Arbeitgebenden und Entscheidungsträger für Rahmenbedingungen, die fachliches Arbeiten unter Erhaltung der Gesundheit ermöglichen.

Ich möchte jedoch fragen, ob auch die Verantwortungs- und Entscheidungsträger diesem Prinzip der Verantwortung gegenüber den Gesundheits- und Pflegeberufen nachkommen? Wenn diese gar – so selbst erlebt in einer Diskussion – äußern, durch Covid-19 hätten die Pflegeberufe mehr Wertschätzung erhalten, damit aber lediglich zum Ausdruck bringen, dass der Applaus Wertschätzung genug sei. Wenn sie sich gleichzeitig seit Jahrzehnten verweigern, den Mehrwert professioneller Pflege in die Prozesse der Gesundheitsversorgung zu integrieren. Das Prinzip Verantwortung mancher Entscheidungsträger mit Gestaltung entsprechender Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu sorgen, erkenne ich nicht. Das Prinzip Verantwortung für eine qualitativ hochwertige Versorgung und für die Gesundheit der Menschen, die nicht mit einer gewinnbringenden Gesundheits- und Pflegeversorgung zu verwechseln ist, ist offenbar in den letzten Jahrzehnten mit einer zunehmenden Ökonomisierung und Kommerzialisierung verloren gegangen. ■

