

Update: Entwicklungen der Gesundheitsversorgung

Eine pflegerische Perspektive Die Gesundheitsversorgung von Patient*innen und ihren Familien in stationären und ambulanten Settings ist derzeit vielfältigen Herausforderungen ausgesetzt. Durch strukturelle Neuregelungen – teils lange und kontrovers diskutiert – verändert sich das Gesundheitssystem. Immer im Sinne der Patienten*innen? Ein Überblick. ✍ Erika Sirsch, Inge Eberl

ZUSAMMENFASSUNG

*Neben dem Mangel an Gesundheitsfachpersonal sind vor allem Veränderungen in der Struktur der Krankenhäuser, der stationären Altenhilfe und der ambulanten Versorgung deutlich spürbar. Aktuell sind unterschiedliche Ansätze zur Neuordnung, wie die Ausgliederung der Finanzierung der Pflege aus dem G-DRG System der Krankenhäuser oder das neue Krankenpflegegesetz mit erstmalig vorbehaltlichen Aufgaben, zu verzeichnen. Grundsätzlich stellt sich bei diesen Ansätzen zur Neuordnung die Frage, welche Perspektive in der Gesundheitsversorgung künftig prioritär verfolgt werden soll: die der Versorgungsanbieter*innen in den jeweiligen Settings, die der Gesundheitsfachpersonen oder vielleicht auch endlich einmal die der Menschen mit medizinischem und/oder pflegerischen Unterstützungsbedarfen?*

Schlüsselwörter: Sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung, Pflegefachpersonen, Interprofessionalität, neue Versorgungsformen

Dass die demografischen und epidemiologischen Entwicklungen mit der Zunahme von Pflegebedarf einhergehen, ist beinahe schon eine triviale Erkenntnis. Nicht trivial sind allerdings die Konsequenzen dieser Entwicklungen. So steigt einerseits die Zahl der pflegebedürftigen Menschen, andererseits stehen weniger Personen zur pflegerischen Versorgung zur Verfügung. Spätestens mit der Gruppe der sogenannten Babyboomer treten überproportional viele Menschen in den Ruhestand und gehen als Arbeitskraft und damit auch als Beitragszahler*innen dem Gesundheitssystem verloren. Eine strukturelle Neuordnung des Gesundheitssystems ist dringend erforderlich. Dem trägt unter ande-


rem die Einsetzung einer Krankenhaus-Kommission zur Neuregelung einer modernen und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung durch den Bundesgesundheitsminister im Mai 2022 Rechnung (BMG 2022 b).

Mangel an Pflegefachpersonen

Im Fokus der Gesundheitsversorgung steht der eklatante Mangel in den Gesundheitsfachberufen, insbesondere bei Pflegefachpersonen in allen Sektoren. Derzeit sind Stellen in der Pflege rund 212 Tage unbesetzt (BMG 2022 a).

Zudem sind die Rahmenbedingungen in der Pflege in den Krankenhäusern mittlerweile weniger auf die Bedarfe der Patient*innen und ihrer Familien als auf Erlösorientierung ausgerichtet. Die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen in der Somatik (BMG 2021) und der Psychiatrie (G-BA 2022a) sowie weiterführende Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung, wie beispielsweise die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (G-BA 2022b) und die Implementierung der PPR 2.0 (DKG, DPR & verdi 2022) als Interimslösung sollen eine, an den Patient*innenzuständen orientierte, Personalbemessung ermöglichen und die hohe Arbeitsbelastung reduzieren. Diese Entlastung der Pflegefachpersonen ist dringend geboten. So streikten zuletzt Pflegefachpersonen in den nordrhein-westfälischen Universitätskliniken wochenlang, zuletzt erfolgreich. Sie streikten nicht nur für eine verbesserte Vergütung, sondern für verbesserte Arbeitsbedingungen.

Mit der Ausgliederung der Finanzierung der Pflegeberufe aus den G-DRGs und der Einführung der Pflegebudgets wurden erste Veränderungen in der Finanzierung der Pflegeberufe in Angriff genommen. Aber Relativierungen sind bereits in Vorbereitung. So sollen laut dem Gesetzentwurf der Bundesregierung ab 2024 „für den Krankenhausbereich (...) nur noch die Pflegepersonalkosten qualifizierter Pflegekräfte, die in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt sind, im Pflegebudget berücksichtigt werden“ (BMG 2022b, S. 3). Damit ist zu befürchten, dass es Aufgabenverschiebungen aus anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung auf Pflegefachpersonen geben wird.



Gemeinsam Lösungen erarbeiten: Eine Neuordnung des Gesundheitssystems ist nur mit pflegerischer Expertise möglich.

Auch in der stationären Altenhilfe ist die Arbeitsbelastung seit Jahren hoch. So beschrieben Brause et al. (2015) bereits vor Jahren, dass 37% der Mitarbeitenden in der stationären Langzeitversorgung ein erhöhtes Burnout-Risiko haben. Zudem ist noch unklar, wie sich die generalistische Ausbildung auf die Situation der Pflegefachpersonen in der stationären Altenhilfe auswirken wird, bzw. ob generalistisch ausgebildete Pflegefachpersonen auch in gewünschtem und erforderlichem Maße in der Langzeitversorgung verbleiben werden.

Auch wenn in Deutschland in der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf das Prinzip „ambulant vor stationär“ gilt, ist der Personalmangel in der ambulanten Pflege deutlich angekommen. Bereits 2018 titelte die Frankfurter Allgemeine Zeitung, dass Pflegedienste aufgrund von Personalengpässen Kündigungen an ihre Kunden verschicken und keine neuen Patient*innen mehr annehmen (Mihm 2018). Ein Jahr später beschrieb die Stiftung ZQP ebenfalls, dass der „Personalmangel in der ambulanten Pflege eine gute ambulante Versorgung gefährdet“ (ZQP 2019).

Allerdings variiert der Personalmangel in der Pflege regional, und seit der COVID-19 Pandemie ist der Bedarf an Pflegefachpersonen noch gestiegen. So sind allein in Berlin 2.390 offene Stellen pro Monat zu verzeichnen (Deutsches Ärzteblatt 24.02.2022). Der Personalmangel ist also allenthalben spürbar und es gibt in allen Bereichen eine breite Rezeption dieses Mangels, der auf vielerlei Publikationswegen dargestellt ist. Diese Veränderungen betreffen aber nicht nur Pflegefachpersonen, auch die stationären Gesundheitseinrichtungen und ambulanten Dienste sind in ihrer Struktur in hohem Maße von Veränderungen betroffen.

Veränderungen in den Krankenhäusern

Wurden im Jahr 1991 in Deutschland noch 2.411 Krankenhäuser unterhalten, waren es 2020 noch 1.903 (destatis 2022). Gleichzeitig stiegen die Fallzahlen von 1991 (14.576.613) um mehr als zwei Millionen bis zum Jahr 2020 auf 16.793.962 Fälle (ebd.). Dabei sank die durchschnittliche Verweildauer von 14 Tagen (1991) um knapp die Hälfte auf 7,2 Tage (2020) (ebd.). Die Arbeitsabläufe verdichteten

sich dadurch extrem. Zudem wurden und werden die Versorgungsverläufe von Menschen mit medizinischem oder pflegerischem Unterstützungsbedarf komplexer und sind nicht mehr nur auf die Akutphase im Krankenhaus konzentriert. Aus pflegerischer Sicht hat hier der Standard zum Entlassungsmanagement große Relevanz, die Umsetzung ist aber durch Hemmnisse der strukturellen Abgrenzung der einzelnen Settings erschwert (DNQP 2019).

Ein Abbau von Krankenhausbetten ist seit Jahren zu beobachten. Wie die Politik inzwischen postuliert, sollte dieser nicht unsystematisch erfolgen (Deutsches Ärzteblatt 13.05. 2022), denn es bestehen Unterschiede in der Angebotsstruktur. Zugänge zu Krankenhäusern sind regional sehr unterschiedlich, in dicht besiedelten Gebieten, beispielsweise dem Ruhrgebiet, ist zumeist innerhalb von 30 Minuten ein Zugang zu mehreren Krankenhäusern gegeben, während in ländlichen Gebieten lange Anfahrtszeiten in Kauf genommen werden müssen.

Die Erreichbarkeit von Krankenhäusern kann allerdings nicht der einzige Parameter sein, der in der Gesundheitsversorgung in Betracht gezogen werden muss. Vor allem die Qualität in der Versorgung von Personen mit komplexen Behandlungs- und Pflegebedarfen sollte ausschlaggebend sein. So werden beispielsweise in kleinen Krankenhäusern komplexe Eingriffe auch selten vorgenommen, obwohl in der Nachbarschaft spezialisierte Zentren diese Eingriffe nach festgelegten Qualitätskriterien und aufgrund der hohen Fallzahl mit mehr Routine vornehmen können (Deutsches Ärzteblatt 13.05. 2022).

Die Frage der notwendigen Veränderung in der Gesundheitsversorgung ist also nicht eine bloße Reduktion der Angebote, vielmehr müssen Angebote passgenauer werden und definierten Qualitätsindikatoren und -ergebnissen entsprechen.

Veränderungen in der ambulanten Versorgung

Zeitgleich erleben wir in Deutschland strukturelle Veränderungen in der ambulanten Versorgung. Während in attraktiven Gegenden der Zugang zu Krankenhäusern oder ambulanten Arztpraxen unproblematisch zu sein scheint, gestaltet sich dies in ländlichen Ge-

GEFÖRDERTE PROJEKTE

Der Innovationsfond des G-BA fördert Projekte mit ausgewiesenem Bezug zur sektorenübergreifenden und/oder interprofessionellen Versorgung (Auswahl):

- PSK – Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle
- CoCare (coordinated medical care) – Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung
- Novelle – Sektorenübergreifendes & integriertes Notfall- und Verfügungsmanagement für die letzte Lebensphase in stationärer Langzeitpflege
- CCC-Integrativ – Implementierung eines sektorenübergreifenden, interprofessionellen Programms zur evidenzbasierten Beratung von Krebspatienten im Bereich Komplementäre Medizin und Pflege (KMP) an Comprehensive Cancer Centers (CCCs) in Baden-Württemberg
- HandinHand – Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand – ANP Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region
- FAMOUS – Fallbezogene Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses (APN)

 innovationsfonds.g-ba.de

genden schwieriger. Waren in Sachsen-Anhalt im Jahr 2020 12,3% und in Rheinland-Pfalz 9,5% der Hausarztstühle frei, so waren es in den Stadtstaaten wie Hamburg und Berlin lediglich 0%, bzw. 0,7% (Ärzte Zeitung 24.09.2020; Nolting et al. 2021, S. 14). In den kommenden Jahren muss von einer zunehmenden hausärztlichen Unterversorgung insbesondere im ländlichen Bereich ausgegangen werden. Interessanterweise stellt sich dies bei den offenen Stellen in der Pflege etwas anders dar – hier fehlten in Ballungsräumen viele Pflegende.

Das Ärzteblatt berichtet, das Berlin Spitzenreiter sei, gefolgt von Hamburg mit rund 1.400 und München mit rund 1.200 Stellenangeboten für Pflegekräfte pro Monat (Deutsches Ärzteblatt 24.02.2022). Diese Not macht es auch erforderlich, neue Versorgungsformen durch die Einbindung interprofessioneller Kompetenz zu erproben. Denn die verfügbaren Kompetenzen müssen mit Blick auf die Versorgungsqualität der betroffenen Menschen gebündelt werden.

Inzwischen werden auch durch den Innovationsfond des G-BA Projekte zur Entwicklung und Implementierung von neuen interprofessionellen Versorgungsformen gefördert. Dazu gehören beispielsweise Projekte, die sich mit der Zusammenarbeit von pflegerischen Expert*innen oder Advanced Practice Nurses (APN's) mit Hausarzt*innen befassen (**Kasten**).

Veränderungen in der stationären Langzeitversorgung

Derzeit fokussiert das Gesundheitssystem in Deutschland auf die Heilung von Erkrankungen, wie die Teilnehmer*innen des Think Lap 5 konstatierten, die sich anlässlich eines, durch die Hertie School Berlin und die Robert Bosch Stiftung organisierten, wissenschaftlichen Workshops u. a. mit dem Ziel trafen, Zukunftsszenarien zur Finanzierung eines nachhaltigen Gesundheitssystems zu entwickeln. Prävention spielt eine untergeordnete Rolle (Robert Bosch Stiftung & Hertie School 2021). Zudem besteht eine strikte Trennung bei der Finanzierung der jeweiligen Settings. Diese Trennung besteht auch bei der Leistungserbringung in der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung. So kommt es immer wieder zu Versorgungsbrüchen, etwa bei der Entlassung aus dem Krankenhaus in die stationäre Altenhilfe, wenn die Nachsorge des akuten Pflegebedarfes nicht geregelt ist oder das Medikamentenregime nicht kontinuierlich weitergeführt wird.

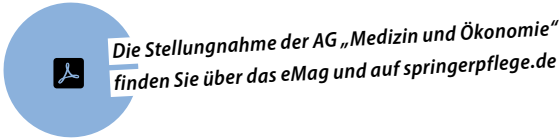
Es kommt an den Schnittstellen der stationären und ambulanten Versorgungseinrichtungen zu Problemen (Gesundheitswesen 2012), das kann aus Sicht der betroffenen Menschen mit Unterstützungsbedarf nicht akzeptabel sein. Es scheint auch so zu sein, dass die Generation der Babyboomer andere Ansprüche an die Versorgung hat als frühere Generationen (Wallerfels 2016). Kurzum – es braucht neue Konzepte in der Gesundheitsversorgung, die auch durch digitale und technische Systeme wie Telecare, digitale Beratungsangebote oder Apps ergänzt werden.

Innovative Ansätze dringend erforderlich

Das aktuelle System der deutschen Gesundheitsversorgung ist von Fallpauschalen, Tagespflegesätzen und Einzelfallverfügen gekennzeichnet, dabei kommt es zu Fehl-, Über- und Unterversorgung sowie zu einer Fragmentierung in den Übergängen der jeweiligen Settings (Robert Bosch Stiftung & Hertie School 2021). Gleichzeitig erfolgt die Finanzierung settingspezifisch, eine sektorenübergreifende Versorgung ist durch diese gesplittete Finanzierung sehr schwierig bis nicht möglich. Das Missverhältnis von komplexer werdenden Versorgungsverläufen, sich verdichtenden Arbeitsabläufen, Personalmangel und strukturellen Hemmnissen in der sektorenübergreifenden, interprofessionellen Arbeit verhindert eine an den Bedarfen von Menschen mit pflegerischem und medizinischem Unterstützungsbedarf sowie ihren Familien orientierte Versorgung. Es braucht angemessene innovative Konzepte, die

- an den Bedarfen der betroffenen Menschen orientiert sind
- wissenschaftliche Grundlagen aufweisen
- die sektorenübergreifenden, stationären und ambulanten Bedarfe berücksichtigen
- interprofessionelle Versorgungskonzepte ermöglichen und
- die Kompetenzerweiterung aller beteiligten Akteur*innen beinhalten.

Die Arbeitsgruppe „Medizin und Ökonomie“ der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Krankenhausreform äußerte sich diesbezüglich in einer aktuellen Stellungnahme. Vertreter*innen der dort vertretenen 182 Fachgesellschaften postulieren ebenfalls eine wissenschaftlich begründete Patient*innen orientierte Gesundheitsversorgung, die sektorenübergreifend und interprofessionell ausgestaltet werden muss (AWMF 2022).



Pflegefachpersonen an der Lösung der Probleme beteiligen

Nachdem nun fast schon jahrzehntelang darüber diskutiert wurde, wie Lösungen für eine gesicherte Gesundheitsversorgung angegangen werden sollten, ist es endlich an der Zeit, Pflegefachpersonen entscheidend an dieser Entwicklung zu beteiligen. Wenn es dazu überhaupt einer Legitimation bedarf, kann mit veränderten gesetzlichen Vorgaben argumentiert werden. Durch das Pflegeberufgesetz (PflBG) werden erstmalig vorbehaltliche Aufgaben für Pflegefachpersonen definiert und gesetzlich festgeschrieben (Deutscher Bundestag 2017). Pflegefachpersonen haben damit die alleinige Steuerungsverantwortung des Pflegeprozesses. Im PflBG wird definiert:

- „Die pflegerischen Aufgaben (...) umfassen
- die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs nach § 5 Abs. 3, (1a),
 - die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses nach § 5 Abs. 3 (1b) und
 - die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege nach § 5 Abs. 3 (1 c)“ (PflBG/ §4.2).“

Eine weitere Stärkung der pflegerischen Akteure wurde durch die Aktualisierung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP) jüngst gegeben. So erhalten Pflegefachkräfte in der ambulanten Versorgung mehr Befugnisse. Dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Aktualisierung der „Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL)“ (G-BA 21.07.2022) den Weg freigemacht (Deutsches Ärzteblatt 21.07.2022).

Die aktuellen Herausforderungen zeigen, dass eine Fokussierung in den Heilberufen allein auf ärztliche Kolleg*innen zu kurz greifen. Ärztliche Kolleg*innen fehlen ebenso in den Gesundheitssystemen wie andere Akteur*innen auch. Mehr Befugnisse für Pflegefachpersonen im interprofessionellen Versorgungskontext können aber dazu beitragen, Versorgungsbrüche zu minimieren. Dazu braucht es neben mehr Kompetenzen für Pflegefachpersonen auch Konzepte, die sektorenübergreifend wirken und angemessen finanziert werden. Auch damit kann es gelingen den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten, damit junge Menschen eine Perspektive in dieser Berufswahl sehen und auch langfristig in diesem Beruf verbleiben.

Pflegefachpersonen benötigen neben einer fundierten Aus- und Weiterbildung auch die nötige „Beinfreiheit“; durch die Rahmenseetzungen der Gesetzgebung und erweiterte Befugnisse muss es ermöglicht werden, im interprofessionellen Kontext diesen vielfältigen Herausforderungen begegnen zu können.




FAZIT

Eine individualisierte medizinische und pflegerische Versorgung muss sich an den Bedarfen der betroffenen Menschen orientieren, nicht an den Bedürfnissen der jeweiligen Versorgungsinstitution Krankenhaus, stationäre Einrichtung oder ambulanter Dienst.

Die aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung zeigen den Veränderungsbedarf deutlich auf.

Bei der Erarbeitung von Lösungen für eine gesicherte Versorgung sind Pflegefachpersonen entscheidend zu beteiligen.

 **Eine umfangreiche Literaturliste erhalten Sie über das eMagazin der PflegeZeitschrift und auf springerpflege.de**

Kontakt:

Prof. Dr. Erika Sirsch, Pflegewissenschaftlerin, Lehrstuhl für Akutpflege, Dekanin der Pflegewissenschaftlichen Fakultät, Vinzenz Pallotti University, Vallendar
erika.sirsch@vpu.de

Prof. Dr. Inge Eberl, Pflegewissenschaftlerin, Professur für Pflegewissenschaft an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt, Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP), Leiterin der Stabsstelle Personalentwicklung und Pflegewissenschaft am LMU Klinikum München