

Gesundheits- und Sozialpolitik

Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen

“

Vertrauen in den Sozialstaat als Grundlage für die Demokratie

Herausgegeben von

Prof. Dr. Volker E. Amelung
Dr. Bernadette Klapper
Franz Knieps

Aus dem Inhalt

- 4 dieKümmerei. Ein Manifest.
Hans W. Höpp, Peter Ihle, Johannes Daniel, Matthias Mohrmann, Harald Rau, Birgit Skimutis
- 14 Patientensteuerung in Deutschland:
Ambulante Versorgung im digitalen Wandel – Herausforderungen und Kontext
Benedict Pöttering
- 18 The road ahead of rethinking Healthcare – Teil 1: Kleine Schritte mit großer Wirkung
Silvia Woskowski
- 23 Personalbemessung in stationären Pflegeeinrichtungen – Zur Legitimation und den fragwürdigen Konsequenzen einer gesetzlich verordneten „Organisationsentwicklung“
Hans-Dieter Nolting, Andreas Büscher
- 32 Personalbemessung in der Krankenhauspflege – Was kommt nach der PPR 2.0?
Christiane Matzke, Jochen Baierlein, Andreas Schmid
- 41 Stillstand oder Aufbruch in der Gesundheits- und Pflegepolitik? – Digital vor ambulant und stationär in einer patientenzentrierten Versorgungslandschaft
Franz Knieps

 Inlibra



Nomos

Gesundheits- und Sozialpolitik

Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen

BEIRAT: Prof. Dr. med. Reinhard Busse, Technische Universität Berlin, Prof. Josef Hecken, Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, Berlin, Dr. Christopher Hermann, ehemaliger Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg, Dr. Johanna Hornung, Kompetenzzentrum für Public Management, Universität Bern, Prof. Dr. med. David Klemperer, Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg, Prof. Dr. Alexandra Manzei-Gorsky, Universität Augsburg, Prof. Dr. Heinz Rothgang, Universität Bremen, Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Universität Köln, Prof. Dr. Heinz-Dietrich Steinmeyer, Universität Münster, Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, Berlin, Prof. Dr. Leonie Sundmacher, Technische Universität München (TUM), Maike Voss, Centre for Planetary Health Policy, Berlin, Prof. Dr. Sascha Wolf, Hochschule Pforzheim

HERAUSGEBER: Prof. Dr. Volker E. Ameling, Dr. Bernadette Klapper, Franz Knieps

REDAKTEUR: Stefan B. Lummer (ViSdP)

EDITORIAL

3

dieKümmerei. Ein Manifest.

Seite 4

Deutschland laufen die Kosten für sein Gesundheitssystem aus dem Ruder, dabei öffnet sich die Schere zwischen Kostenanstieg und Versorgungsqualität. Innersystemische Regulierungen und Insel-Innovationen führen zuverlässig nicht zur notwendigen Strukturtransformation. Eine Autorengruppe um Prof. Dr. med. Hans W. Höpp, Direktor des Instituts für anwendungsnahe Entwicklungs- und Versorgungsforschung iEVF in Köln stellt einen Health-in-all-Policies basierten Gesundheits-Hub vor, der in eine Architektur kommunaler Gesundheitsversorgung integriert ist. Ein Gegenentwurf zu üblichen Verfahren der Versorgung.

THEMA

dieKümmerei. Ein Manifest.

Hans W. Höpp, Peter Ihle, Johannes Daniel, Matthias Mohrmann, Harald Rau, Birgit Skimutis

4

dieKümmerei. Ein Manifest.

Seite 4

Patientensteuerung in Deutschland: Ambulante Versorgung im digitalen Wandel – Herausforderungen und Kontext

Benedict Pöttering

14

Patientensteuerung in Deutschland: Ambulante Versorgung im digitalen Wandel

Seite 14

Zunehmend fehlende niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wirken direkt auf Wartezeiten, Praxislast und regionale Versorgungssicherheit. Benedict Pöttering, VP Public Affairs bei Doctolib Deutschland diskutiert eine digital unterstützte und koordinierte Steuerung von Patientenpfaden als entscheidend, um vorhandene Ressourcen wirksamer einzusetzen, Zugänge gerecht zu priorisieren und die Versorgungsqualität messbar zu verbessern. KI gestützte Steuerung von Patientenpfaden wird die Versorgung chronisch Erkrankter stärken und Prävention in der Regelversorgung verankern.

The road ahead of rethinking Healthcare – Teil 1: Kleine Schritte mit großer Wirkung

Silvia Woskowski

18

The road ahead of rethinking Healthcare – Teil 1: Kleine Schritte mit großer Wirkung

Seite 14

Personalbemessung in stationären Pflegeeinrichtungen – Zur Legitimation und den fragwürdigen Konsequenzen einer gesetzlich verordneten „Organisationsentwicklung“

Hans-Dieter Nolting, Andreas Büscher

23

Personalbemessung in stationären Pflegeeinrichtungen – Zur Legitimation und den fragwürdigen Konsequenzen einer gesetzlich verordneten „Organisationsentwicklung“

Seite 14

Personalbemessung in der Krankenhauspflege – Was kommt nach der PPR 2.0?

Christiane Matzke, Jochen Baierlein, Andreas Schmid

32

Personalbemessung in der Krankenhauspflege – Was kommt nach der PPR 2.0?

Seite 32

Stillstand oder Aufbruch in der Gesundheits- und Pflegepolitik? – Digital vor ambulant und stationär in einer patientenzentrierten Versorgungslandschaft

Franz Knieps

41

Die Pflegepersonalregelung PPR 2.0 gilt als Instrument zur Berechnung des Pflegepersonalbedarfs in Krankenhäusern als Übergangslösung. Sie bildet jedoch weder die Ergebnisqualität der Patientenversorgung ab noch mindestens notwendige fachliche Kompetenzen für qualifizierte Versorgung. Christiane Matzke von der Oberender AG zeigt mit Ihren Kollegen Jochen Baierlein und Professor Andreas Schmid an der Universität Bayreuth, wie digitale Personalbemessungsinstrumente, KI und Spracherkennungssysteme, ebenso wie Pflegeroboter und Sensormatten künftig Personalsteuerung und Personalbedarf erheblich verändern werden.

REZENSIONEN

47

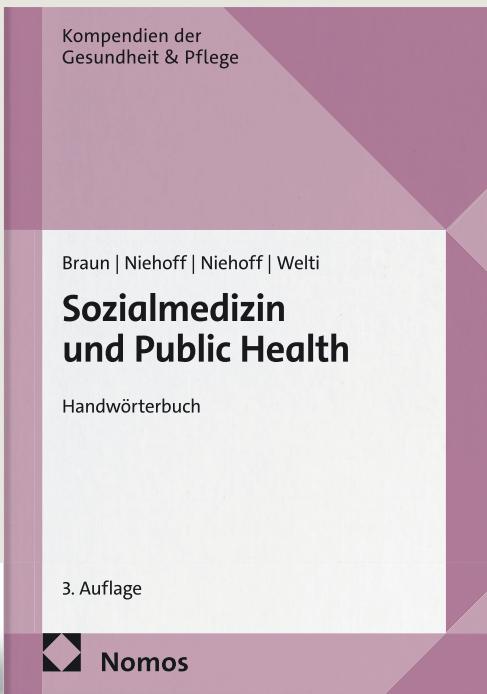
Stillstand oder Aufbruch in der Gesundheits- und Pflegepolitik?

Seite 41

Das Vertrauen in Staat und Demokratie hängt entscheidend davon ab, wie Bürgerinnen und Bürger die Sicherheit bei Gesundheit und Pflege erleben. GuS Herausgeber Franz Knieps sieht Kommunikation, Koordination und Kooperation als Schlüssel für neue, patientenzentrierte Versorgungsformen. Wirtschaftlichkeit und messbare Versorgungsqualität werden massiv beschädigt durch fehlende Zielbestimmungen und dysfunktionale ordnungs-politische Rahmen: Sie fördern egoistische Optimierung von Institutionen und Sektoren.

Gesundheitssystem verstehen

Fachbegriffe, Zusammenhänge und Perspektiven auf einen Blick



Sozialmedizin und Public Health

Handwörterbuch

Von Dr. Bernard Braun, Prof. Dr. med.

Jens-Uwe Niehoff, Max-Erik Niehoff

und Prof. Dr. Felix Welti

3., aktualisierte und erweiterte Auflage 2025,

ca. 428 S., brosch., ca. 29,- €

ISBN 978-3-7560-3131-3

E-Book 978-3-7489-5473-6

(Kompendien der Gesundheit & Pflege)

Erscheint ca. Oktober 2025

Die Begriffe rund um die Systeme der Gesundheitssicherung und -versorgung sowie deren ökonomische und rechtliche Grundlagen sind selbst Fachleuten nicht immer geläufig.

Die 3., weitgehend überarbeitete und erweiterte Auflage bringt über 500 Stichwörter auf den Punkt, enthält neue und aktuelle Schlüsselbegriffe wie Digital-Gesetz, Managed Care, Künstliche Intelligenz in der Medizin und stellt Bezüge zu anderen Gesundheitssystemen her.

In verständlicher Sprache erklärt das Nachschlagewerk die Fachbegriffe. Es richtet sich an Studierende der Medizin, der Gesundheitswissenschaften, der Pflegewissenschaften und des Gesundheits- und Sozialmanagements sowie an Führungskräfte in Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Gesundheitsversorgung.

 Nomos
eLibrary nomos-elibrary.de

Bestellen Sie im Buchhandel oder versandkostenfrei unter nomos-shop.de | Kundenservice +49 7221 2104-222 | service@nomos.de
Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos

Vertrauen in den Sozialstaat als Grundlage für die Demokratie

Im Auftrag der Friedrich Ebert Stiftung haben Sozialwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler den Zusammenhang von der Funktionsfähigkeit der Daseinsvorsorge und der Bevölkerung untersucht, bei Wahlen der extremen Rechten ihre Stimme zu geben. Es war nicht überraschend, dass der Zugang zu gesundheitlichen Leistungen und Einrichtungen – wie zum Beispiel die schnelle Terminfindung bei einem Facharzt – eine wesentliche Bedeutung hat. Der große Soziologe und Jurist Niklas Luhmann hat schon 1968 in einer kleinen, leserwerten Schrift die Bedeutung des Vertrauens für die Stabilität komplexer Systeme herausgestellt und das Verständnis des Begriffs über eine alltagssprachliche Deutung hinaus soziologisch-methodisch interpretiert. Seine Erkenntnisse seien den politisch Verantwortlichen allgemein und speziell im Politikfeld Gesundheit und Soziales empfohlen.

Gerade in der Gesundheits- und Sozialpolitik ist das Vertrauen in die Bereitschaft und die Kompetenz zu Problemlösungen kontinuierlich gesunken. Anders als bei den betroffenen Bürgerinnen und Bürgern zählt das Politikfeld schon lange nicht mehr zu den A-Prioritäten der Parteien der Mitte. Entscheidungen werden nicht nach Erkennbarkeit von Mängeln getroffen, sondern erst dann, wenn die Probleme wie Bambusspitzen unter den Fingernägeln drücken. Entscheidungen beruhen nicht auf den Erkenntnissen reichlich vorhandener Räte und Kommissionen, sondern hängen von der Entfernung zum nächsten Wahltermin in Bund oder Ländern und von der Aggressivität der betroffenen Lobbygruppen ab. Entscheidungen werden nicht vom Vertrauen in die Problemlösungskompetenz der Stakeholder getragen, sondern erstickten Kreativität und Risikobereitschaft in einer Flut von Detailregelungen. Die Kunst einer guten Gesetzgebung ist diesem Politikfeld komplett abhanden gekommen, was nicht an der Qualität der Ministerialbürokratie liegt, sondern vor allem den Allmachtphantasien vergangener Minister und einer undurchsichtigen Überregulierung geschuldet ist.

Viele, darunter auch der Verfasser, hatten gehofft, dass die neue Bundesministerin für Gesundheit Nina Warken als frühere Parlamentarische Geschäftsführerin ihrer Fraktion und gestandene Rechtsanwältin der Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialrecht einen neuen Stil aufdrücken könnte. Eine professionelle Kommunikation, eine breite und frühzeitige Einbindung der Betroffenen und eine Verlässlichkeit bei Zusagen und Vorentscheidungen sollten die Reformpolitik der 21. Legislaturperiode kalkulierbarer machen.

Doch Pustekuchen! Das erste „kleine“ Sparpaket ist wieder mit heißer Nadel gestrickt und soll in allerletzter Minute über den Weg fachfremder Änderungsanträge in einen bestehenden Gesetzentwurf eingefügt werden. Es trifft vor allem die Krankenhäuser, die gerade mal wieder mit Extragebärd aus dem Bundeshaushalt gepampert wurden. Vertrauen und Verlässlichkeit, wo bitte? Wie geronnen, so zerronnen. Und ob man gerade bei Innovationen sparen sollte, darf auch bezweifelt werden. Das deutsche Gesundheitswesen hat sich ja in den letzten Jahrzehnten nicht gerade durch Veränderungsbereitschaft ausgezeichnet und fällt in internationalen Vergleichen bei hohem Input nicht durch herausragenden messbaren Outcome auf.

Gesundheits- und Sozialpolitik wird sich von der Phantasielosigkeit der politisch Verantwortlichen nicht abschrecken lassen. Die Beiträge in diesem Heft reichen von der allgemeinen Einordnung der Koalitionsvereinbarungen in diesem Politikfeld über unkonventionelle Initiativen, Projekte und Geschäftsfelder bis hin zu ungelösten Probleme bei der Personalbemessung in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen. Themenbezogene Hefte zur künftigen Entwicklung der Krankenhausversorgung sowie der multiprofessionellen Primärversorgung werden folgen. Aber leider bleibt es dabei: Es fehlt nicht an Erkenntnissen, sondern an politischem Mut und Handlungsbereitschaft zur notwendigen Veränderung. Frau Warken übernehmen Sie!

Franz Knieps

dieKümmerei. Ein Manifest.

PROF. DR. MED.
HANS W. HÖPP,
DR. MED. PETER IHLE,
PROF. DR. JOHANNES
DANIEL SCHÜTTE,
MATTHIAS MOHRMANN,
PROF. DR. HARALD RAU,
BIRGIT SKIMUTIS

Prof. Dr. med. Hans W. Höpp ist Direktor des Instituts für anwendungsnahe Entwicklungs- und Versorgungsforschung iEVF gGmbH, Köln

Dr. med. Peter Ihle ist CIO der PMV forschungsgruppe der Universität zu Köln

Prof. Dr. Johannes Daniel Schütte ist Leiter des Instituts für Sozialpolitik und Sozialmanagement (ISSM) an der TH Köln

Matthias Mohrmann ist stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf

Prof. Dr. Harald Rau ist Beigeordneter der Stadt Köln und Leiter des Dezernats V – Soziales, Gesundheit und Wohnen

Birgit Skimutis ist Leiterin derKümmerei sowie des Sektors Versorgungsmanagement im HNC HerzNetzCenter, Köln

Strukturwandel ist eine Forderung der Stunde – auch im Gesundheitssystem. Aber mit welchen übergeordneten Zielen sollte dieser verbunden sein und an welcher Stelle müsste ein solcher ansetzen? Diese zentralen Fragen hat dieKümmerei, ein in Köln etabliertes, Health in all Policies (Hiap)-basiertes Strukturmodell aufgegriffen. Die Evaluationsergebnisse des sozialräumlichen Gesundheits-Hubs werden im Folgenden ebenso dargestellt wie dessen Integration in eine Architektur kommunaler Gesundheitsversorgung und die möglichen Impulse für gesundheitspolitische Richtungsentscheidungen.

Die Blickperspektive

Whatever it takes. Auf bestimmte Herausforderungen mag diese Agenda die politisch zielführende Antwort sein. Nicht jedoch für das Gesundheitssystem: Hier konnten in den zurückliegenden Jahren weder innersystemische Regulierungen noch kleinteilige Investitionen oder gar der Markt die stetig wachsende Diskrepanz zwischen Kosten und Versorgungsqualität entscheidend mindern. Über-, Unter- und Fehlversorgung, Steuerungsdefizite, Nichterreichbarkeit vulnerabler Gruppen, sektorale Fragmentierung, Unübersichtlichkeit und systemischer Autismus – an diesen Wirksamkeitsbarrieren hat sich bis heute trotz zahlreicher gesetzgeberischer Maßnahmen nur wenig geändert. Finanzierungsnöte, Unattraktivität der Gesundheitsberufe und eine weiter abnehmende individuelle Gesundheitskompetenz¹ sind nur einige der offenkundigen Folgen. Eine systemisch adäquate Umsetzung der zweifelsfrei in der Bundesrepublik vorhandenen sektoralen Potentiale sieht anders aus.

Spät, aber noch nicht zu spät für ein Innehalten und den Blick auf grundlegende, wenn auch weitgehend verdrängte Fragen: Ist die Autopoiesis der Sozialsysteme noch immer das richtige Sprungbrett zur Bewältigung komplexer Herausforderungen? Ist der punktuelle Eingriff in das Mikrosystem kurativer Gesundheit wirklich effizienter als ein zielorientierter konzertierter Ordnungsrahmen gesundheitsrelevanter Ressorts? Ist die Grenze individueller Verhaltensprävention nicht schon erreicht und in der Konsequenz die Notwendigkeit verhältnispräventiver In-

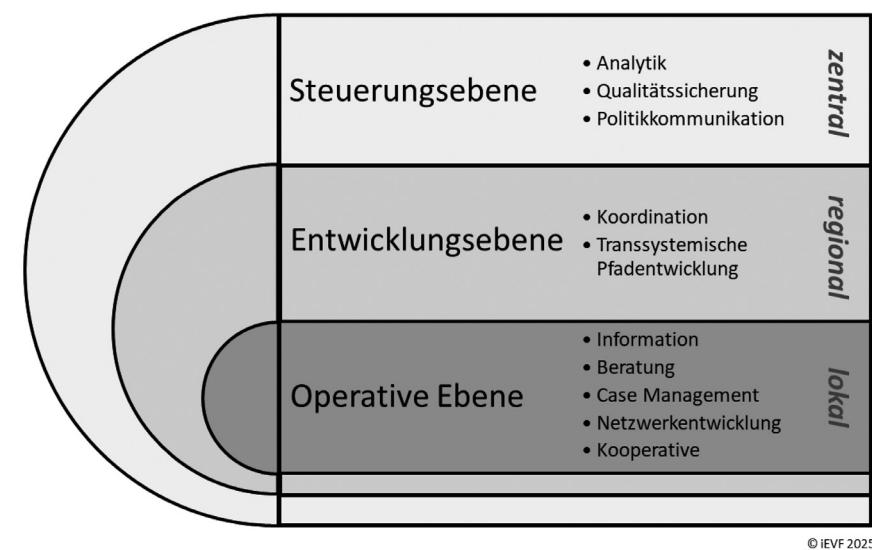
terventionen hinreichend belegt²? Und ist es nicht an der Zeit, über die individuelle, digitale, navigationale und organisationale auch die Gesundheitskompetenz des Systems einzufordern und diese mit in den Mittelpunkt des strategischen Diskurses zu stellen?

Die lauter werdende Forderung nach einem vorrangigen Strukturwandel³ ist insoweit mehr als begründet und notwendig – dies allerdings in einer Tiefe, die von dem üblichen polypragmatischen Reflex in der Regel nicht bedient wird. Für die Konturierung einer auch in der Zukunft belastbaren Gesundheitsversorgung, die Identifizierung der Bürger_innen mit dem Versorgungs- und demokratischen System insgesamt sowie die Sicherstellung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit aber ist diese Diskussion in der gesellschaftlichen Breite unumgänglich. Um eine solche empirisch und faktisch zu fördern hat das Modell derKümmerei einige der angesprochenen Aspekte konzeptionell integriert. Mit den aktuell abgeschlossenen externen Evaluationen liegen nun erstmalig in der Bundesrepublik Daten zum Leistungsvermögen sowie Routinedaten-gestützt zur systemischen Wirkung eines mehrdimensionalen Hiap-Strukturmodells vor.

Das Modell

DieKümmerei ist ein sozialräumlicher, Health in all Policies-basierter Gesundheits-Hub. Alleinstellungsmerkmale des Modells sind die grundsätzlich rechts-kreisunabhängige Herangehensweise unter Einbeziehung von Medizin, Sozialem, Arbeit, Bildung, Wohnen, Mo-

Abbildung 1: dieKümmerei | Struktur und Funktionsebenen



Quelle: iEVF 2025

bilität und Umwelt sowie die mehrdimensionale Aufstellung. Auf der lokalen operativen Ebene hält dieKümmerei neben der Quartiers-Lounge und der Einzelfallarbeit die von ihr gemanagte Kooperative vor. Hierbei handelt es sich um Räumlichkeiten des Stützpunktes, die im Sinne eines Coworking-Space von inzwischen 14 Akteuren im strukturierten Wechsel genutzt werden – darunter Jobcenter, Krankenkassen, Deutsche Rentenversicherung, Familienkasse, Wohlfahrtsverbände, Gesundheitsamt, Sozialpsychiatrisches Zentrum sowie Rechts- und Schuldnerberatung. Diese Struktur ist gleichzeitig auch der aktuell im Modellquartier nicht benötigte Link zur grundsätzlich möglichen Einbindung von Praxen, Pflege oder Primärversorgung.

Funktional ergänzt wird die vor Ort-Basis durch die regionale Entwicklungsplattform. Deren Aufgabe ist es, nach Identifizierung konkreter Versorgungshürden im Austausch mit allen thematisch involvierten Akteuren Prozess- oder Strukturoptimierungen zu entwickeln und – sofern möglich – auch in der gemeinsamen Umsetzung zu erproben. Den strukturellen Schlussstein schließlich bildet die interne Steuerungs- und Anbindungsebene an die Kommunalpolitik.

Die Vertikalstruktur spiegelt nicht nur die unterschiedlichen Lebens- und Entscheidungsräume, sondern auch die dem Modell zugrundeliegende und von der derzeitigen Praxisroutine abweichende

bottom up-Philosophie: Gesundheit ist zentraler Teil des Lebens vor Ort und wird wesentlich durch die Bedingungen der Lebenswelt determiniert. Damit ist der lokale Raum der entscheidende Ort für die Erfassung realer Bedarfe (Sensorik) sowie für die Umsetzung (Motorik) und Wahrnehmung von Lösungsangeboten. Unverzichtbare Katalysatoren sind dabei Transparenz und Konnektivität: Die Entwicklung bedarfsangepasster Lösungswege erfordert nicht nur die Einbindung der Bürgerschaft und die Abstimmung mit benachbarten Räumen und Akteuren, sondern auch die unmittelbare Kommunikation mit der Politik und die Verlinkung mit den entsprechenden Entscheidungsebenen. Der Kreislauf Bedarfserfassung vor Ort – Abstimmung von Lösungsoptionen mit regionalen Akteuren – Entscheidung über politische Gremien – Umsetzung und Erprobung vor Ort hat im Idealfall das Potential, als geschlossene Wertschöpfungskette in ein selbstlernendes System gesundheitlicher Versorgung einzumünden.

Damit ist dieKümmerei der zur Wirksamkeitsbeurteilung komprimierte Pilot der bereits beschriebenen und in Köln umgesetzten Versorgungsarchitektur zur kommunalen Gesundheitsplanung und Gesundheitssteuerung⁴. In diese fließen sowohl die lokale Struktur als auch die beiden darauf aufsattelnden Funktionsebenen korrespondierend ein. Zentrale Größen sind in beiden Fällen die Lebensräume mit der darin lebenden

Bürgerschaft und der jeweiligen, über Indikatoren erfassbaren Gesundheitslage.

Entwickelt wurde das Gesamtkonzept derKümmerei im Institut für anwendungsnahe Entwicklungs- und Versorgungsforschung (iEVF gGmbH) Köln, wobei auf nunmehr 15jährige Erfahrungen aus mehreren transdisziplinären Quartiersmodellen mit Populationsbezug zurückgegriffen werden konnte. Die konkrete Umsetzung erfolgt über das HNC HerzNetzCenter Köln als Managementgesellschaft in enger Zusammenarbeit mit der AOK Rheinland/Hamburg und der Stadt Köln. Finanziell getragen wird das Modell von der AOK Rheinland/Hamburg (§140a SGB V) sowie dem HNC. In den Jahren 2021 bis 2024 war zusätzlich auch die IKK classic an der Finanzierung beteiligt.

Zum Kernteam derKümmerei zählen zehn Mitarbeiter_innen mit unterschiedlichen Ausbildungen (Case Management/EVA/ Gesundheitswissenschaften/ Gesundheitsökonomie/ Sozialpädagogik), Ethnien und Sprachkompetenzen. Geleitet wird dieKümmerei von einer Sozialpädagogin mit zertifizierter Zusatzqualifikation in systemischem Coaching, Familienmediation und Kinderschutz im Rahmen der Frühen Hilfen.

Als operativer Modellraum derKümmerei wurde der deprivierteste der insgesamt zehn im Förderprogramm „Starke Veedel – Starkes Köln“ definierten Sozialraumgebiete der Stadt Köln festgelegt. Die dortige Morbiditätslage wird im Rahmen der Ergebnisdarstellung näher erläutert. Die soziodemografischen Eckdaten des Sozialraumgebietes Blumenberg/ Chorweiler/Seeberg-Nord mit insgesamt 27.068 Einwohner_innen stellen sich wie folgt dar:

- Anteil Einwohner mit Migrationshintergrund 75 %
- Anteil Haushalte mit Kindern 33 %
- Arbeitslosenquote 16 %
- SGB II-Quote 30 %
- SGB II-Quote <15 Jahre 45 %
- Anteil Grundsicherung im Alter 30 %
- Gymnasialquote 21 %
- Wahlbeteiligung Bundestagswahl 2025 auf Stadtteilebene 59 %
- Verhältniszahl Einwohner/Hausärzt_innen auf Bezirksebene 2.414

Quellen: Amt für Stadtentwicklung und Statistik / Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Modellstart war der 01. Juli 2019. Die Eröffnung des lokalen Stützpunktes im Zentrum von Chorweiler und damit inmitten des Sozialraumgebietes erfolgte am 16. September 2021.

Die Fragen

Aus dem mehrdimensionalen Portfolio der KÜmmerei ergibt sich zwangsläufig ein komplexer Fragenkatalog. Insofern war es naheliegend, die begleitende Evaluation zweigleisig anzulegen. Dabei hat das Institut für Sozialpolitik und Sozialmanagement (ISSM) der TH Köln die formative Evaluation übernommen⁵. Die quantitative Evaluation auf Sekundärdatenbasis erfolgte durch die PMV Forschungsgruppe der Universität zu Köln⁶.

Im Mittelpunkt der Evaluationen standen folgende Fragen:

- Ist ein sozialräumliches HiaP-Modell überhaupt vor Ort umsetzbar?
- Wie gestalten sich Nachfrage und Akzeptanz?
- Werden auch ansonsten schwer zugängliche Bevölkerungsgruppen erreicht?
- Ist die Mehrdimensionalität des Konzeptes und damit das Kölner Versorgungsmodell faktisch zu realisieren?
- Sind auf Basis der Routinedaten Systemeffekte erkennbar?

Die Methodik

Die formative Evaluation setzt auf einer bereits 2020 vom Institut für Sozialpolitik und Sozialmanagement (ISSM) der TH Köln erstellten Status quo-Analyse auf. Der nunmehr vorliegende Abschlussbericht⁵ inkludiert die Ergebnisse eines evaluativen Lehrforschungsprojektes unter aktiver Einbeziehung von zwölf Studierenden. Drei Teams bearbeiteten jeweils einen der drei Teilbereiche 'rechtskreisübergreifende Fallarbeit'/Entwicklung von innovativen Lösungsansätzen'/Veränderungen auf der Strukturebene'. Dazu eingesetzt wurden Fallvignetten, strukturierte Interviews und eine online-Befragung. Bei der anonymisierten Primärdatenerhebung wurde auf die relationale Datenbank der KÜmmerei zurückgegriffen. Beobachtungszeitraum war der 01.07.2021 bis zum 30.06.2024.

Grundlage für die quantitative Wirkungsanalyse der KÜmmerei sind die

dem Evaluator von der AOK Rheinland/Hamburg vertragsgemäß zur Verfügung gestellten aggregierten Sekundärdaten aus dem Modellraum Blumenberg/Chorweiler/Seeberg-Nord (Chorweiler) und aus zwei vordefinierten Vergleichsräumen: der Gesamtstadt Köln (Köln) sowie dem in der soziodemografischen Charakteristik am ehesten vergleichbaren Sozialraumgebiet Porz-Ost/Finkenberg/Gremberghoven/Eil (Porz). Details zu den Vergleichsräumen sind dem Evaluationsbericht zu entnehmen⁶. Die räumliche Zuordnung orientiert sich an der vom Amt für Stadtentwicklung und Statistik der Stadt Köln vorgegebenen kleinräumigen Matrix. Berücksichtigt bei der Datenanalyse wurden alle im entsprechenden Jahr durchgängig Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg mit Wohnsitz in einem der untersuchten Gebiete. Erfasst wurden dabei die Zeiträume 2017 bis 2023. Der Primärdatenanalyse wurde der Zeitraum von der Eröffnung des lokalen Stützpunktes am 16.09.2021 bis zum 30.09.2024 zugrunde gelegt.

Die bei der Sekundärdatenanalyse letztlich berücksichtigten 15 Indikatoren (Tab.1) wurden nach Vorrercherche in der Literatur aus einem Pool von insgesamt 150 Merkmalen in einem interdisziplinären Abgleichverfahren nach der nominal-group-Methode⁷ konsentiert. Dabei war es Ziel, ausgehend von den Routinedaten ein Indikatorenset zu entwickeln, welches in der Summe die räumliche Gesundheitslage zu charakterisieren vermag und die Kategorien Morbidität, Versorgung, Systemnutzung und Kosten repräsentiert.

In einem nächsten Arbeitsschritt ist im Rahmen des Kölner Versorgungsmodells geplant, die medizinischen Indices mit kommunalen Daten aus den Bereichen Soziales, Arbeit, Wohnen, Bildung und Umwelt zu einem hybriden Gesamtindex der gesundheitlichen Lage zusammenzuführen. Analog der Sozialberichterstattung⁸ ist davon auszugehen, dass ein solcher mehrdimensionaler, HiaP-orientierter Gesundheitsindex das kommunale Gesundheitsmonitoring erleichtern und es ermöglichen wird, sozialräumliche Stärken und Schwächen übersichtlicher und umfassender zu beschreiben.

Im Zentrum des Modellkonzeptes steht der Raum einschließlich aller darin beheimateten Personen (direkter Populationsbezug). Gemäß der funktionalen Mehrdimensionalität der KÜmmerei wird

der Mensch in diesem Szenario nicht nur in der Fallarbeit direkt, sondern gleichzeitig und mittelbar auch über die lebensräumlichen Resonanzen, d.h. dessen Gestaltung und Funktionsweise adressiert. Entscheidende Größe für die Effektbeurteilung komplexer Interventionen ist insofern die gesundheitliche Gesamtlage. Diese im medizinischen Feld eher untypische Agenda unterscheidet die KÜmmerei nicht nur von meist Zielgruppenfokussierten Forschungs- und Versorgungsansätzen, sondern schränkt partiell auch die Anwendung gängiger Evaluationsverfahren ein. Adjustierungen und Matching bergen infolge der damit verbundenen Partitionierung das Risiko, die Modellintention der Nichtexklusion zu konterkarieren und Effekte zu unter- oder überschätzen. In der quantitativen Evaluation wurde daher in kritischer Abwägung sowohl auf die rechnerische Homogenisierung der beiden vorgegebenen Sozialraumgebiete als auch auf ein Matching der Versichertengruppen verzichtet. Eine Korrektur erfolgte lediglich bei den in diesem Beitrag nicht näher beleuchteten Indikatoren mit Chronikerbezug.

Gleichwohl bleibt unbestritten, dass Standardisierungen und Zielgruppenanalysen für eine aktive Versorgungssteuerung unverzichtbar sind. Zudem beinhaltet die Nichtanwendung dieser Verfahren das Manko, dass unmittelbare Kausalitätszuschreibungen beobachteter Effekte nur noch bedingt möglich sind. Allerdings kann auch bei ausschließlicher Betrachtung unkorrigierter Daten dann ein Wirkzusammenhang unterstellt werden, wenn die Rahmenbedingungen in den zu vergleichenden Räumen bis auf die Etablierung/ Nichtetablierung der Interventionsstruktur in der Projektzeit keinen relevanten Veränderungen unterliegen. Diese Voraussetzung ist bei der vorliegenden Evaluation der KÜmmerei gegeben.

Die Antworten

Im Folgenden werden die Ergebnisse der beiden Evaluationen zusammengefasst dargestellt, wobei die quantitativen Auswertungen (Primär- und Sekundärdatenanalyse) in den Mittelpunkt der Synopse gestellt sind. Aus Platzgründen werden allerdings auch diese nur auszugsweise wiedergegeben. Die konkrete Auswahl der hier berücksichtigten Daten und In-

Tab. 1: Medizinisches Indikatorenset zur Beschreibung der sozialräumlichen Gesundheitslage

Morbidität		
M1	* Anteil Vers. mit chron. Erkrankung (DM, HI, COPD)	/allen Versicherten
M2	* Anteil Vers. mit Diagnose F20-69	/allen Versicherten
Versorgung		
M3	* Wahrnehmungsquote Vorsorge (HPV + Prostata)	/alle Versicherte W>20 Jahre und M>45 Jahre
M4	* Anteil Vers. ≥60 Jahre mit Influenzaimpfung	/alle Versicherten ≥60 Jahre
M5	* Teilnahmequote DMP COPD	/allen Versicherten mit COPD
M6	* Verschreibungshäufigkeit Antidepressiva ohne F-Diagnose	/allen Versicherten ohne F-Diagnose
System		
M7	* Anteil Vers. ≥50 Jahre ohne HA/FA-Besuch in 12 Monaten	/allen Versicherten ≥50 Jahre
M8	* Anteil Vers. mit >30 HA/FA-Besuchen/ 4 Quartale	/allen Versicherten
M9	* Inanspruchnahmerate Ärztlicher Notdienst	/Versicherte/Jahr
M10	* Inanspruchnahmerate Notfallambulanz	/Versicherte/Jahr
M11	* Summe stationärer Behandlungstage	/Versicherte/Jahr
M12	* Anteil Vers. mit ≥3 KH-Aufnahme innerhalb 12 Monaten	/allen Versicherten mit KH-Aufnahme
M13	* Anteil ASK an KH- Aufnahmen	/allen KH- Aufnahmen/Jahr
Kosten		
M14	* Summe KH- Ausgaben	/Versicherte/Jahr
M15	* Summe Gesamtausgaben	/Versicherte/Jahr

DM=Diabetes Mellitus; HI=Herzinsuffizienz; COPD=Chronisch obstruktive Lungenerkrankung; F-Diagnose=ICD10 F20-F69; HPV=Humanes Papillom Virus; ACE=ACE-Hemmer; Sart=Sartane; MRA=Mineralokortikoid-Rezeptorantagonist; HA=Hausarzt; FA=Facharzt; KH=Krankenhaus; ASK=Ambulant-sensitive Krankenhausfälle

© iEVF 2025

Quelle: iEVF 2025

Indikatoren orientiert sich an der inhaltlichen Nähe zu dem Fragenkatalog. Die Gesamtergebnisse beider Evaluationen sowie Verfahrensdetails sind in den im Netz abrufbaren Berichten hinterlegt^{5,6}.

Formative Evaluation

Die formative Evaluation der Kümmerrei hatte den Auftrag, die faktische Umsetzung des Konzeptes engmaschig zu verfolgen und zum Schlusspunkt 30.06.2024 Erreichtes mit den initialen Zielsetzungen abzugleichen. Unterschieden wurden dabei analog den Modelldimensionen die Handlungsfelder Fallarbeit, Entwicklung innovativer Lösungsansätze sowie Strukturimplikation. Die Evaluatoren_innen kommen bei der Gesamtbewertung zu einem uneingeschränkt positiven Urteil: „Insgesamt zeigte sich eine hohe Wirksamkeit der Kümmerei auf allen drei Ebenen. Die rechtskreisübergreifende Fallarbeit konnte klar herausgearbeitet werden, die Werkstattrunden sind für die beteiligten

Akteure wertvolle Vernetzungsrunden mit einer hohen Lösungskapazität und die strukturpolitischen Aktivitäten wurden in der Onlinebefragung durchweg positiv bewertet.^{5,6}

Primärdatenanalyse

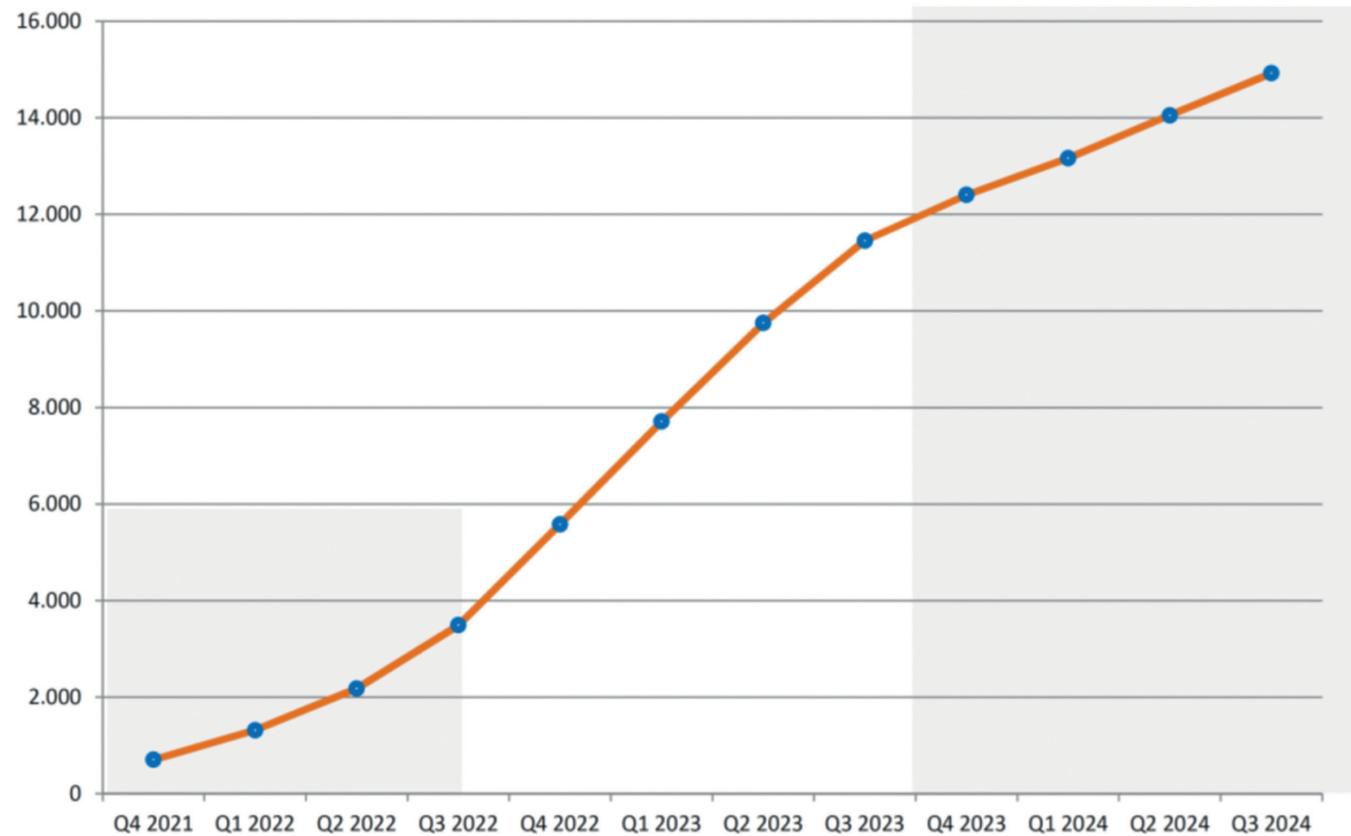
In der Kümmerei selbst waren in dem 36-monatigen Beobachtungszeitraum vom 16.09.2021 bis zum 30.09.2024 11.262 persönliche Erstkontakte zu verzeichnen. Telefon- oder digitale Kontakte sind hierbei ebenso wie Wiedervorstellungen nicht berücksichtigt. Rechnet man die Kontaktzahlen der innerhalb der Kümmerei agierenden Kooperative hinzu, so wurde die Gesamtstruktur in drei Jahren von insgesamt 14.923 Bürger_innen erstmals persönlich aufgesucht. Im gleichen Zeitraum fanden zusätzlich 7.525 Folgekontakte statt. Abb. 2 verdeutlicht, dass lediglich während der Coronapandemie und in der Phase der durch einen Wasserschaden eingeschränkten Funktionalität eine ge-

ringe Reduktion der Inanspruchnahme zu verzeichnen ist.

Infolge der hohen und mit den vorgehaltenen Ressourcen kaum zu bewältigenden Fallfrequenz erwies sich im Alltag eine administrative Triage als unausweichlich, zumal Erstkontakte möglichst unmittelbar bearbeitet und nicht in einer Terminschleife geparkt werden sollten. Letztendlich resultierte aus dieser Vorgabe eine Dreiteilung: Kurzkontakte mit schnell zu beantwortenden Anliegen (<10 Minuten) werden von allen in der Kümmerei tätigen Mitarbeiter_innen beantwortet, um die übrigen Anfragen kümmern sich ausschließlich Gesundheitslotsinnen. Detaillierte Daten werden hierbei nur dann in der von HNC entwickelten Datenbank dokumentiert, wenn sich aus dem dann auch längeren Erstgespräch (>60 Minuten) ein komplexer, meist mit Folgeterminen einhergehender Handlungsbedarf ergibt. Die nachfolgend präsentierten Analyseergebnisse resultieren aus diesem, in der Datenbank dokumentierten „Kernkollektiv“ (N= 873).

Abb.2: dieKümmerei I Entwicklung Erstkontakte

16.09.2021 bis 30.09.2024



Erfasst sind alle persönlichen Erstkontakte einschließlich der Kooperative. Nicht enthalten sind Telefon- und E-Mail-Kontakte.
 Grau schraffiert sind Zeitzonen mit eingeschränkter Funktionalität (Coronapandemie Q4 2021 bis Q3 2022; Wasserschäden mit eingeschränkter Nutzung von Interimsräumlichkeiten Q4 2023 bis Q4 2024)

© iEVF 2025

Quelle: iEVF 2025

Hiernach wird dieKümmerei aktuell am häufigsten von Frauen (63%) im mittleren Alter zwischen 25 und 49 Jahren (53%) aufgesucht. Im Kernkollektiv besitzt nur jeder vierte die deutsche Staatsangehörigkeit und in nur 41% der Fälle konnten die Erstgespräche in deutscher Sprache geführt werden (Top 5-Liste s. Tab 2.). Im Abgleich mit dem Sozialraum ist dies ein nachdrücklicher Beleg für die Niedrigschwelligkeit und die gelungene Einbindung auch ansonsten nur schwer erreichbarer Bevölkerungsgruppen.

Der Top-Liste ist ebenfalls zu entnehmen, dass die Hauptanliegen vorrangig die Bereiche Versorgungskoordination und Kommunikation mit Praxen, Kliniken, Ämtern und Behörden betreffen –

dies korreliert mit der fragmentierten und organisational nicht sonderlich gesundheitskompetent aufgestellten Versorgungslandschaft. Die erfragten Auslöser für den Besuch derKümmerei wiederum zeigen den bestehenden und andernorts nicht deckbaren Unterstützungs- und Informationsbedarf, gleichzeitig aber auch die positiven Impuls- und

Netzwerkeffekte: Mehr als jeder Vierte suchte selbstständig Hilfe, die häufigsten Tippgeber waren Familie oder Personen aus dem weiteren persönlichen Umfeld und immerhin jede fünfte Klientin wurde vom Arzt oder einer sozialen Einrichtung an dieKümmerei verwiesen.

Um die zu erbringenden Leistungen sowohl inhaltlich als auch ressourcenbe-

Tab.2: dieKümmerei I Kontaktcharakteristiken

Kernkollektiv N= 873 | 16.09.2021 bis 30.09.2024

1. Staatsangehörigkeit	Dialogsprache	Anlass	Trigger				
1 Deutschland	25%	deutsch	41%	Versorgungskoordination	24%	Eigener Antrieb	27%
2 Afghanistan	11%	persisch	12%	Korrespondenz Ämter/Behörden	16%	Personliches Umfeld	25%
3 Irak	9%	arabisch	10%	Jbcenter / BA	10%	Soziale Dienste	11%
4 Iran	8%	englisch	10%	Bewältigungsunterstützung	8%	Arzt / Klinik	9%
5 Syrien	7%	dari/farsi	5%	Kommunikation Arzt / Klinik	8%	Familie	5%

© iEVF 2025

Quelle: iEVF 2025

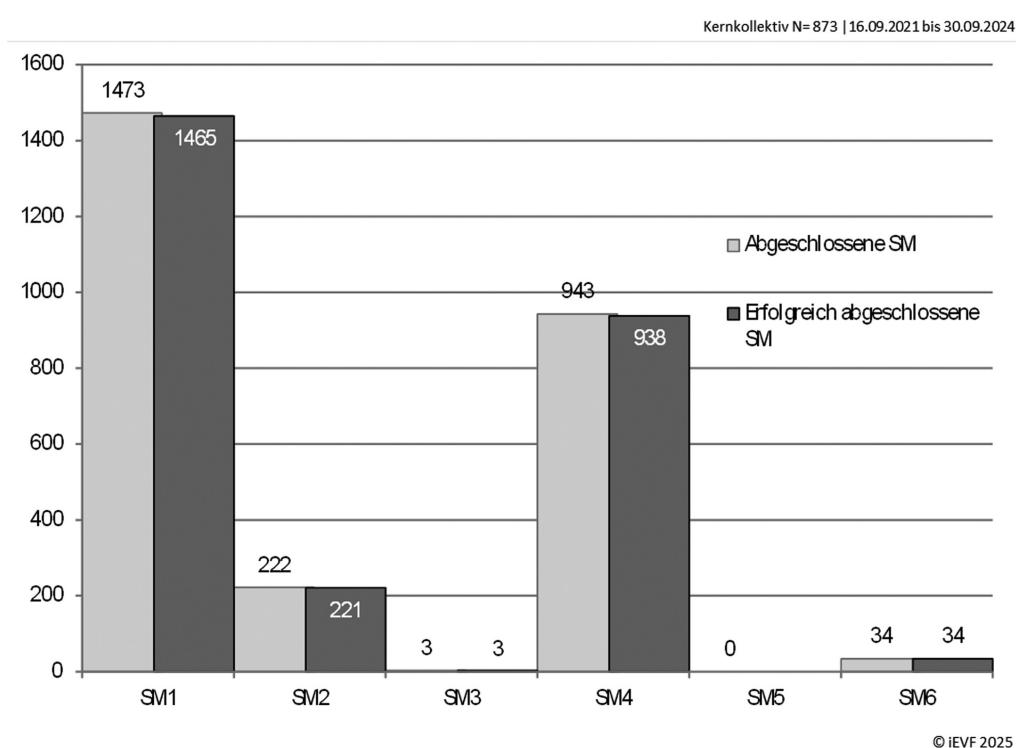
Sekundärdatenanalyse

Nachfolgend werden als Auszug des evaluativen Abschlussberichtes die zeitabhängigen Veränderungen der Indikatoren M1 (Chronische Erkrankungen), M2 (Psychische Erkrankungen), M10 (Inanspruchnahme Notaufnahme), M11 (Stationäre Behandlungstage) und M15 (Gesamtkosten) näher erläutert. Erfassungszeitraum waren die Jahre 2017 bis einschließlich 2023. In den Abbildungen sind die Ergebnisse sowohl grafisch als auch tabellarisch dargestellt. Zusätzlich dort angeführt ist jeweils die prozentuale Änderung des Indikatorwertes über den Modellzeitraum (2019 bis 2023), die Bezugspopulation sowie die Operationalisierung. Verglichen werden gemäß vertraglicher

Vorgabe die drei bereits im Kapitel Methodik näher beschriebenen Sozialräume: der Modellraum Blumberg/ Chorweiler/Seeberg-Nord (Chorweiler), der Sozialraum Porz-Ost/ Finkenberg/ Gremberghoven/Eil (Porz) sowie die Gesamtstadt Köln (Köln). Ergänzend in der Darstellung berücksichtigt sind die Daten des Kernkollektiv derKümmerei, d.h. der darin betreuten Klient_innen mit besonders intensivem Unterstützungsbedarf.

Ausweislich Abb.4 ist die Morbiditätslast in den drei Raumstrukturen ungleich verteilt: Der Modellraum zeigt hiernach nicht nur bei den chronischen, sondern auch bei den psychischen Erkrankungen die deutlich höchste Prävalenz. Diese wird nur übertroffen durch die in der Kontrollgruppe – ein Hinweis auf die Plausibilität des in derKümmerei gepflegten Triagemusters und der Ressourcenzuordnung. Auffällig ist darüber hinaus, dass Chorweiler bei dem Anteil psychisch Erkrankter auch die im Vergleich höchste Zuwachsrate aufweist. Das Chronikerniveau hingegen bleibt während des Modellzeitraums in den beobachteten Räumen bis auf einen geringen Anstieg in Köln weitgehend konstant.

Abb.3: dieKümmerei I Servicemodule (SM)- Verteilung und Erfolgsrate



Quelle: iEVF 2025

zogen besser einschätzen und analysieren zu können, arbeitet dieKümmerei mit Leistungskategorien, den sog. Service-modulen. Diese gliedern sich wie folgt:

- Servicemodul 1 | Integrative Beratung und Vermittlung | Mittlere Dauer [MD] 42 Stunden
- Servicemodul 2 | Kommunikationsunterstützung bei Arzt- oder Behördenbesuch | MD 7 Tage
- Servicemodul 3 | Inhouse-Erststellung Medikationsplan | MD 20 Tage
- Servicemodul 4 | Komplexes Koordinationsmanagement | MD 46 Tage
- Servicemodul 5 | Überleitungsmanagement | keine Daten für MD
- Servicemodul 6 | Case Management bei chronischer Problematik | MD 300 Tage

Im Kernkollektiv wurden im Beobachtungszeitraum insgesamt 2.675 Services erbracht, davon konnten 2.661 erfolgreich abgeschlossen werden. Verteilung und Erfolgsrate der einzelnen Service-module sind Abb. 3 zu entnehmen. Im Rahmen der Services erfolgten insgesamt 1.021 Vermittlungen, d.h. Einbindungen sonstiger Akteure in die Fallbetreuung sowie 60 Fallübergaben. Die Misser-

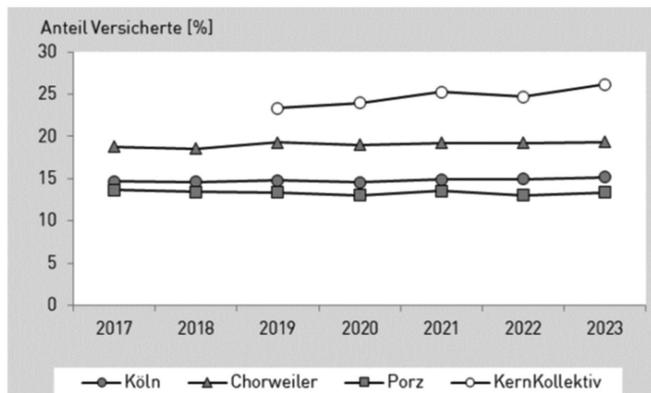
folgsrate bei den netzwerkgestützten Kooperationen betrug 3,9%. Die Klientenzufriedenheit wurde jeweils am Ende eines Servicemodule mittels Fünferskala erhoben. Danach bewerteten 91% der Klient_innen Leistung und Ergebnis als sehr gut, 8% als gut, 0,9% als befriedigend und nur zwei Klientinnen als mangelhaft.

In derKümmerei vor Ort fanden zudem in Abstimmung und überwiegend in Kooperation mit Netzwerkpartnern 22 Schulungen und 6 Schulungsentwicklungsrunden statt, die thematisch auf den zuvor eruierten Bedarfen aufbauten. Zusätzlich wurden im Modellzeitraum 26 Informationsveranstaltungen zu gesundheitsrelevanten Themen durchgeführt.

Auf der Entwicklungs- und Leitungsebene erfolgten unter transsystemischer Einbindung der thematisch relevanten Akteure 202 Netzwerkveranstaltungen, 50 Projektplanungs- und Management-sitzungen sowie 12 Werkstattrunden zur konzentrierten Optimierung der Versorgungspfade und zur Entwicklung von Strukturverbesserungen. Ergänzend war dieKümmerei in insgesamt 77 Struktur-entwicklungsrunden auf lokaler, kommunaler und Landesebene eingebunden.

Abb.4: Morbiditätslast Vergleichsräume

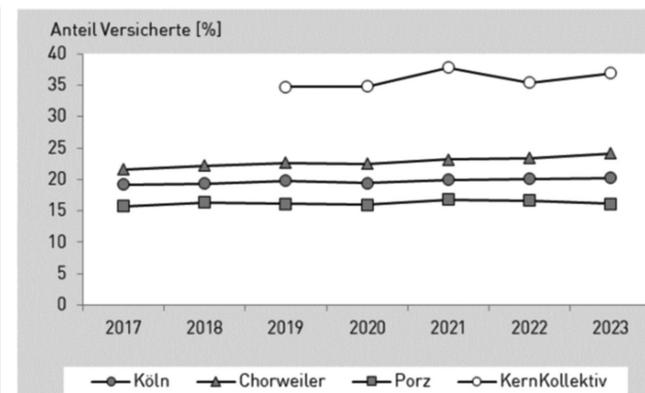
Anteil Versicherte mit mindestens einer chronischen Erkrankung (DM/ HI/ COPD) | Indikator M1



Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz
2019 -> 2023	+2,5%	+0,3%	+0,2%

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte | Operationalisierung: Vorliegen einer gesicherten Diagnose über KV/HzV in mindestens 2 Quartalen oder mindestens einer stationären Hauptdiagnose (ICD-Codes: DM=E10*-E14*, HI=I50*, COPD=J44*)

Anteil Versicherte mit psychischer Erkrankung | Indikator M2



Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz
2019 -> 2023	+2,3%	+6,7%	+0,1%

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte | Operationalisierung: Vorliegen einer gesicherten Diagnose über KV/HzV in mindestens 2 Quartalen oder mindestens einer stationären Hauptdiagnose (ICD-Codes: F2*, F3*, F4*, F5*, F6*)

© PMV 2025

Quelle: PMV2025

Trotz der Krankheitsproblematik ist im Modellraum zwischen 2019 und 2023 mit 25% eine vergleichsweise drastische Reduktion der Inanspruchnahme der klinischen Notaufnahme zu verzeichnen (Abb.5). Dies ist umso überraschender, als diese Entwicklung nicht durch eine überschießende Nachfrage beim Ärztlichen Notdienst (M9) kompensiert wird, sondern auch diese im Vergleich mit Porz und Köln eine deutliche Abnahme aufweist⁶.

In Chorweiler zeigt ebenso die Summe der stationären Behandlungstage pro Versicherten den ausgeprägtesten Rückgang in der Modellphase (Abb.6). Dies steht im Einklang mit der hier nicht explizit dargestellten Beobachtung, dass im Modellraum auch der Anteil von Versicherten mit ≥ 3 Krankenhaus-Aufnahmen in 12 Monaten (M12) um 28% und damit deutlich stärker als in beiden Vergleichsräumen sinkt und gleichzeitig die Krankenhauskosten pro Versicherten (M14) in Chorweiler nahezu konstant bleiben, d.h. entgegen der Entwicklung in Porz und Köln keinen deutlichen Anstieg erkennen lassen⁶.

Ein überraschend positiver Trend ist auch bei den Gesamtausgaben pro Versicherten zu verzeichnen (Abb.7). Zwar lie-

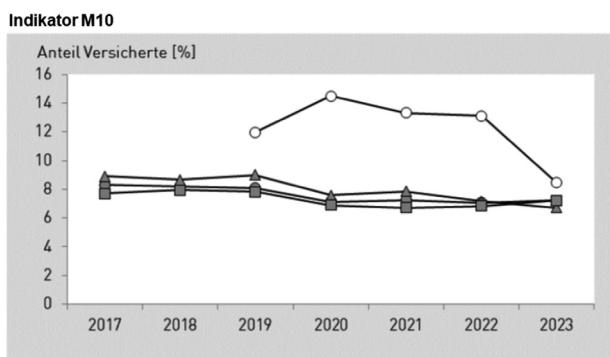
deutliche Anstieg der Kosten zwischen 2019 und 2023 ist in Chorweiler jedoch mit plus 16,3% (Porz +19,8% / Köln 18,3%) am relativ geringsten ausgeprägt.

Über die hier angeführten Indikatoren hinaus zeigt die Evaluation bezogen auf Chorweiler positive Entwicklungen auch beim Anteil männlicher Versicherter mit Vorsorgeuntersuchung im Bereich der Prostata (M3b) sowie bei der Verschreibungshäufigkeit von Antidepressiva ohne F-Diagnose (M6). Über die Jahre gleichbleibender bzw. sogar zunehmender Verbesserungsbedarf hingegen besteht lediglich bei der Influenza-Impfung (≥ 60 Jahre; M4) sowie der HPV-Vorsorgeuntersuchung von Frauen ≥ 20 Jahre (M3a) – beides vor dem Hintergrund der

Transparenz und Konnektivität sind entscheidende Katalysatoren: Erst aus der Einbindung der Bürgerschaft, der Abstimmung mit benachbarten Räumen und Akteuren, der unmittelbaren Kommunikation mit Politik und der Verlinkung mit den Entscheidungsebenen resultiert das Potential eines selbstlernenden Systems gesundheitlicher Versorgung.

gen die Absolutkosten in Chorweiler auch 2023 noch gering über den in Köln und Porz, der erwartbare und in allen Räumen

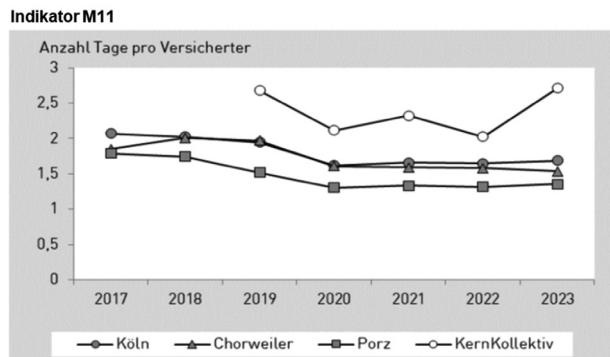
im Modellraum vorherrschenden Ethnien sowie der darin tiefverankerten Impfskepsis keineswegs triviale Anforderungen.

Abb.5: Inanspruchnahme Notaufnahme

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	KernKollektiv
2017	8,3	8,9	7,7	
2018	8,2	8,7	8,0	
2019	8,1	9,0	7,8	12,0
2020	7,1	7,6	6,9	14,5
2021	7,2	7,8	6,7	13,3
2022	7,1	7,2	6,8	13,1
2023	7,2	6,7	7,2	8,5
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	KernKollektiv
2019 -> 2023	-10,6%	-25,3%	-7,8%	-29,3%

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte | Operationalisierung: Aufnahme im stationären Bereich mit Aufnahmespezifikation 07
© PMV 2025

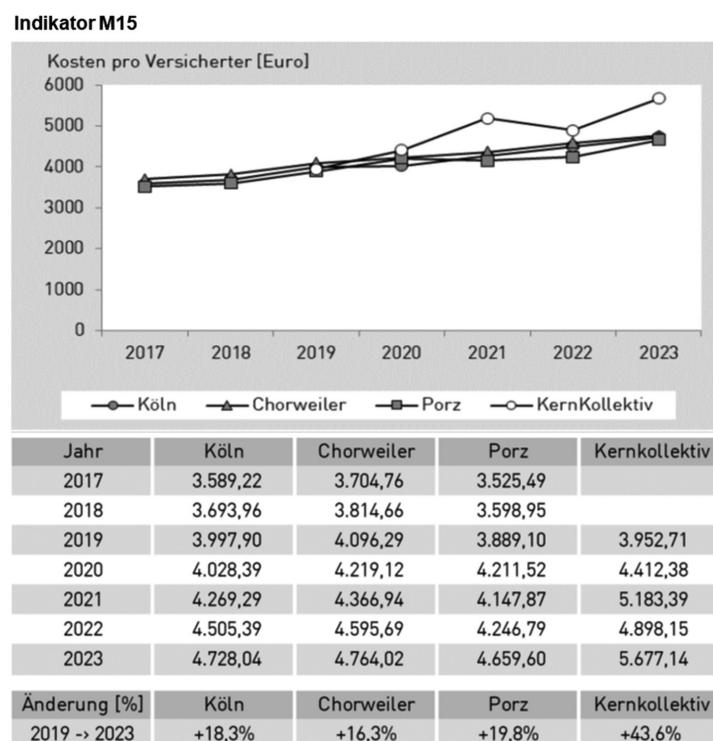
Quelle: PMV2025

Abb.6: Stationäre Behandlungstage pro Versicherter

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	KernKollektiv
2017	2,1	1,9	1,8	
2018	2,0	2,0	1,7	
2019	1,9	2,0	1,5	2,7
2020	1,6	1,6	1,3	2,1
2021	1,7	1,6	1,3	2,3
2022	1,6	1,6	1,3	2,0
2023	1,7	1,5	1,4	2,7
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	KernKollektiv
2019 -> 2023	-13,4%	-22,1%	-10,9%	+1,3%

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte | Operationalisierung: Summe der Verweildauer bei stationärer Krankenhausbehandlung
© PMV 2025

Quelle: PMV2025

Abb.7: Gesamtausgaben pro Versicherter

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte | Operationalisierung: Summe der Bruttoausgaben aller Leistungsbereiche
© PMV 2025

Quelle: PMV2025

Zusammengefasst beantworten die Ergebnisse beider Evaluationen sämtliche im Anforderungskatalog angeführten

Fragen positiv. Dies ist angesichts der nur kurzen Zeitschiene eher überraschend. Die Beobachtung erstaunt umso mehr,

als die Funktionalität nicht nur des Stützpunktes während der Coronapandemie und durch einen zum Freizug der eigentlichen Räumlichkeiten zwingenden Wasserschaden über insgesamt 21 Monate erheblich eingeschränkt war, die Effekte somit teilweise sicher unterschätzt sind. Darüber hinaus sollte nicht vergessen werden, dass die Ergebnisse in einem Sozialraum mit besonders herausfordernder Soziodemografie und überdurchschnittlich hoher Morbiditätslast erzielt werden konnten.

Die Analyseergebnisse zeigen und sind gleichzeitig Ausdruck einer unerwartet hohen Akzeptanz des Modells auf Seiten von Bürger_innen und Akteuren. Sie belegen die Zielgenauigkeit des konzeptionell-operativen Ansatzes und die Erreichbarkeit und Motivierbarkeit ansonsten marginalisierter Bevölkerungsgruppen. Darüber hinaus lässt die Sekundärdatenanalyse zwei wohl auch über die indirekten Impulse des mehrdimensionalen Modells getriggerte Effektschwerpunkte erkennen: Die Verbesserung der bedarfsgerechten Navigation und damit die Entlastung vorgehaltener Versorgungsstrukturen sowie die Reduktion der Kosten – ganz ohne repressiven Steuerungsansatz.

Neben der Einschätzung der aktiven Leistungsfähigkeit erlauben die Daten

gleichzeitig auch eine passive Lesung: Der durch vorhandene Institutionen, Angebote und Routinen nicht zielführend zu deckende Koordinations-, Kommunikations- und Kooperationsbedarf ist hoch – und zwar auf allen Ebenen, d.h. bei Bürger_innen ebenso wie bei Organisationen und Akteuren. Dies untermauert einmal mehr die Forderung nach einem mehrdimensional vernetzten und koordinierenden System-Interpatat.

Das Resümee

Die KÜmmerei als komprimierter Pilot der Kölner Gesundheitsarchitektur ist ein ideeller, struktureller und operativer Gegenentwurf zu den gegenwärtigen Versorgungsmustern. Health in all Policies anstelle kurativer SGB-Isolierung, Regionalität vor Zentralismus, Verhältnisprävention sticht Verhaltensprävention, Rahmensexzung statt punktueller Lösungsversuche, Außensteuerung anstelle interner Regulierung, Zusammenarbeit statt Wettbewerb, Gesundheit als Demokratiewerkstatt und nicht als kafkaeske Monstranz. Und trotzdem oder vielleicht auch gerade deswegen trägt die Arbeit des Modells ausweislich der Evaluationsergebnisse Früchte – unerwartet in Ausmaß und Geschwindigkeit.

Wie kann das sein? Ist der Ansatz nicht viel zu komplex, zu unübersichtlich und damit kaum vermittelbar? Die evaluationsbelegten Erfahrungen und die Praxis sprechen hier eine klare Sprache: Die konzeptionelle Komplexität interessiert weder die Bürger_innen, die sich mit ihren gesundheitlichen Anliegen in der KÜmmerei bestens aufgehoben fühlen, noch die Akteure gesundheitsrelevanter Branchen einschließlich der Kliniken und Praxen, die in der konzertierten Zusammenarbeit eine spürbare Entlastung und eine persönliche Wirkmächtigkeit fern der institutionell-bürokratischen Einschränkungen erfahren. Dazu passt auch die hohe Arbeitszufriedenheit aller Mitarbeiter_innen der KÜmmerei, die mit einer einzigen Ausnahme (dualer Studiengang Sozialpädagogik) ihren ursprünglichen medizinischen und sozialen Arbeitsfeldern bereits aus inhaltlicher Frustration den Rücken gekehrt hatten. In der gesellschaftlichen Realität und in der individuellen Wahrnehmung ist die Erkenntnis bereits angekommen: Herausforderungen der Moderne sind

per se komplex und bedürfen ebenso komplex konfigurierter, großdimensionierter und zugleich vermittelbarer Lösungen. Herkömmlich arbeitsteilige, fragmentierende und bürokratische Reaktionsmuster der Politik und der Systeme sind hier nachweislich überfordert. Perpetuierungsversuche laufen eher in das Risiko, die Akzeptanz der Institutionen und des Gemeinwesens als entscheidenden Säulen der Demokratie kontinuierlich weiter zu erodieren. Dies alles gilt auch und in besonderem Maße für das SGB-fixierte Gesundheitssystem in seiner zentralen Bedeutung für jede Bürgerin dieses Staates.

Warum aber waren bei anderen populationsbezogenen Versorgungsmodellen bislang keine vergleichbaren Effekte nachweisbar^{9,10}? Hier ist man geneigt, in leicht abgeänderter Form auf das Mantra Bill Clinton's zurückzugreifen: „It's the concept, stupid!“. Die herkömmlichen Modelle adressieren in erster Linie bestimmte Bevölkerungsgruppen – in der Regel Patientinnen – und erwarten über diese einen linearen Effekt in der Gesamtbevölkerung (indirekter Populationsbezug). Im Gegensatz dazu steht beim interventionellen Konzept der KÜmmerei der soziale Lebensraum mit allen darin beheimateten Bürger_innen, Akteuren und Organisationen im Fokus (direkter Populationsbezug). Analog der Mehrdimensionalität des Modells sind damit auch dessen präventive Impacts vielgestaltig und werden über die systemübergreifenden Netzwerke im Raum gespiegelt, multipliziert und potenziert. Die Einzelfallarbeit ist demzufolge nur ein kleiner Teil des operativen Portfolios und dient neben der Problemlösung vorrangig der konkreten Bedarfsermittlung, die ihrerseits Ausgangspunkt ist für die regionalen Entwicklungsrunden. Der beschriebene Surround-Faktor dürfte der letztlich entscheidende Treiber für die evaluierten Effekte sein und auch am ehesten erklären, warum diese anders als erwartet bereits nach relativ kurzen Beobachtungszeiträumen (Sekundärdatenanalyse: 4,5 Jahre Modell/ Primärdatenanalyse: drei Jahre nach lokaler Stützpunkteröffnung) und trotz Corona festzustellen sind.

Mit dem positiven Wirknachweis und den zwischenzeitlich gewonnenen Erfah-

rungen sind auch die gegenüber transformativen Ansätzen fast routinemäßig geäußerten Bedenken weitgehend ausgeräumt: Trotz der Komplexität ist das hier vorgestellte mehrdimensionale HiaP-Modell nachweislich und vollumfänglich umsetzbar. Ein kompetitiver Wettbewerb um die ohnehin knappen Personalressourcen ist damit nicht zwangsläufig verbunden. Im Gegenteil: Das neue Tätigkeitsfeld netzwerkgestützter, transsystemisch arbeitender Gesundheitslotsen eröffnet erfahrungsgemäß Möglichkeiten, bereits dem Gesundheitssystem nicht mehr zur Verfügung stehende Mitarbeiter_innen zurückzugewinnen. Und auch bei der Finanzierungsfrage ergeben sich ungeahnte Perspektiven. So lassen die Evaluationsdaten vermuten, dass allein aus dem medizinischen Sektor heraus

die KÜmmerei ist ein ideeller, struktureller und operativer Gegenentwurf zu den gegenwärtigen Versorgungsmustern. Noch aber fehlt der politische Mut, die notwendige System- und Strukturtransformation konsequent anzugehen.

eine entsprechende lokale Einrichtung nahezu kostenneutral etabliert und betrieben werden könnte – auch wenn dies weder der HiaP-Ausrichtung noch der Mitverantwortung der kommunalen Körperschaften entspräche. Ergänzende und durchaus realistische Ansätze wie die Kontrahierung der Krankenkassen, solidarische Finanzierungskonzepte im lokalen Rahmen sowie die auch in korrespondierenden Gesundheitsressorts (Soziales etc.) zu erwartenden kommunalen Einsparpotentiale sind hier noch nicht berücksichtigt.

Ungeachtet dieser Überlegungen nimmt der politische Rechtfertigungsdruck in dem immer weiter an den Rand seiner Funktionsfähigkeit gedrängten Gesundheitssystem kontinuierlich zu. Es bleibt zu hoffen, dass der hier erstmals vorgelegte Wirknachweis eines mehrdimensionalen HiaP-Modells die Diskussion über angemessene und machbare Strategievarianten befähigt und

das Erfordernis einer systemischen Gesundheitskompetenz unterstreicht. Was derzeit noch fehlt ist der politische Mut, eine notwendige System- und Strukturtransformation konsequent anzugehen und damit den Beckett'schen Knoten zu durchtrennen: „Wladimir: 'Im Grunde ändert sich nichts'. Estragon: 'Nichts zu machen'“¹¹.

Literaturverzeichnis

[1] Kolpatzik, K., Bollweg, T., Fretian, A., Okan, O. (2025). Gesundheitskompetenz in Deutschland 2024. Ergebnisbericht. Technische Universität München. School of Medicine and Health. Department of Health and Sport Sciences. WHO Collaborating Center for Health Literacy. München. DOI: <https://doi.org/10.14459/2025md1772956>

[2] Wiesing, U., Scherere, M. (2025). Weichen für eine nachhaltige Gesundheitspolitik stellen. Tagesspiegel Background Gesundheit & E-Health. Standpunkte 06.05.2025. https://background.tagesspiegel.de/gesundheit-und-e-health/briefing/weichen-fuer-eine-nachhaltige-gesundheitspolitik-stellen?utm_source=bgge+vorschau&utm_medium=email

[3] Zeeb, H., Loss, J., Starke, D., Altgeld, T., Moebus, S., Geffert, K., Gerhardus, A. (2025). Public health in Germany: structures, dynamics, and ways forward. *Lancet Public Health*. Published online March 3 (2025). [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00033-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00033-7)

[4] Höpp, HW., Mohrmann, M., Rau, H., Nießen, J., Schlanstedt, G., Altin, S., Wehner, C., Skimutis, B. (2023). Gesundheitskiosk, Gesundheitsregionen – und dann? G+S 4-5, 93-99

[5] Leitner, S., Schütte, JD. (2025) dieKümmerei – Ein sektorenübergreifendes Unterstützungsarrangement in Köln-Chorweiler. Abschlussbericht zum evaluativen Lehrforschungsprojekt. Abrufbar unter: https://www.th-koeln.de/angewandte-sozialwissenschaften/diekummerei_116321.php

[6] Ihle, P., Höpp, HW. (2025). dieKümmerei – eine quantitative Wirkungsanalyse. PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln. Abrufbar unter: <https://www.pmvforschungsgruppe.de/projekte/diekummerei.html>

[7] Delbecq, AL, van de Ven, AH. (1971). A group process model for problem identification and program planning. *The Journal of Applied Behavioral Science* 7 (4), 466-492.

[8] Stegemann, T. (2020). Lebenslagen in Sozialräumen auf einen Blick: Indizes in der kommunalen Berichterstattung. G.I.B. Gesellschaft für innovative Beschäftigungsförderung mbH, Bottrop. ISSN-Nr. 1866-0401

[9] Wild, EM., Schreyögg, J., Golubinski, V., Ress, V., Schmidt, H. (2020). Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen. Evaluationsbericht INVEST Billstedt/Horn/ 01NVF16025. Abrufbar unter: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/140/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn_Evaluationsbericht.pdf

[10] Schubert, I., Stelzer, D., Siegel, A., Köster, I., Mehl, C., Ihle, P., Günster, C., Dröge, P., Klöss, A., Farin-Glattacker, E., Graf E., Geraedts, M. (2021). Ten-year evaluation of the population-based integrated health care system „Gesundes Kinzigtal“. *Dtsch Arztebl Int* 118: 465–72. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0163

[11] Beckett, S. (1981). Warten auf Godot. Deutsche Übertragung Elmar Tophoven. In: Dramatische Dichtungen 1. Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main, 37

Danksagung: Die Autoren danken Stefan Lopez Seijas, AOK Rheinland/Hamburg, für die aggregierten Routinedaten sowie Frau Dr. Ingrid Schubert, PMV forschungsgruppe, für wertvolle Anregungen zum Manuskript.

Patientensteuerung in Deutschland: Ambulante Versorgung im digitalen Wandel

Herausforderungen und Kontext

BENEDICT PÖTTERING

Benedict Pöttering ist VP Public Affairs bei Doc-tolib Deutschland. Der Health-Tech-Anbieter hat im November 2025 eine KI gestützte Praxissoftware mit KI-Assistenten für Telefon-service, Dokumentation und Abrechnung auf den Markt gebracht.

Die ambulante Versorgung in Deutschland sieht sich mit einer Reihe von Herausforderungen konfrontiert. Eine alternde Bevölkerung, zunehmende Multimorbidität und begrenzte personelle und finanzielle Ressourcen verschärfen die Anforderungen insbesondere an Arztpraxen, die das Rückgrat der wohnortnahmen Versorgung bilden. Neben Kapazitätsfragen belasten steigende Koordinationsbedarfe, komplexere Behandlungspfade und wachsende Erwartungen an Erreichbarkeit und Transparenz die Praxen im täglichen Betrieb zusätzlich.

Die tatsächliche Versorgungszeit schrumpft durch zu erledigende Verwaltungstätigkeiten: Rund 61 Tage pro Jahr entfallen je Praxis auf Bürokratie [1]. Die Folge ist, dass jede zweite MFA angibt, Patientinnen und Patienten nicht mehr in der gewünschten Tiefe zugewandt begegnen zu können [2]. Verstärkt werden die Engpässe durch den sich abzeichnenden Fachkräftemangel: Bis 2040 werden rund 50.000 Ärztinnen und Ärzte fehlen – mit absehbaren Folgen für Wartezeiten, Praxislast und die regionale Versorgungssicherheit [3]. Gleichzeitig bleiben potenzielle Kapazitäten für die Patienten ungenutzt und wertvolle Behandlungszeit verfällt. Terminausfälle verursachen zudem erhebliche Kosten, wie Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) belegen: Allein durch kurzfristig nicht wahrgenommene Termine (*No-Shows*) entstehen einer Vertragsarztpraxis durchschnittliche Kosten von jährlich fast 3.500 Euro [25]. Dass dies ein flächendeckendes Problem ist, bestätigt eine Umfrage des Instituts des Verbands der Privaten Krankenversicherung, laut der 62 % der Befragten Terminausfälle als wirtschaftliche Belastung für ihre Praxis ansehen [26].

Bislang fehlt eine explizite, wissenschaftlich fundierte Kennzahl, die den

Digitalisierungsgrad im ambulanten Sektor erfasst, wie es sie beispielsweise für Krankenhäuser gibt. Jedoch bietet das jährliche „PraxisBarometer Digitalisierung“ des IGES Instituts, eine repräsentative Studie im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), detaillierte Einblicke in diesen Bereich [20]. Die jüngste Erhebung von 2024 zeichnet ein ambivalentes Bild: Einerseits wird die Kommunikation der Praxen zunehmend digitaler und Kernanwendungen wie die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und das eRezept sind im Praxisalltag etabliert. Allerdings gibt es weiterhin erhebliche Hürden und Bedenken. Dazu gehören die wahrgenommene zusätzliche Arbeitsbelastung durch die elektronische Patientenakte (ePA) und technische Schwierigkeiten, wie die ineffiziente Signaturdauer, die stark vom jeweiligen Praxisverwaltungssystem abhängt. Folglich werden die Möglichkeiten zur Entlastung und besseren Koordination noch nicht voll ausgeschöpft. Insbesondere der digitale Austausch an den Schnittstellen zwischen den Sektoren, beispielsweise mit Krankenhäusern, stagniert.

Vor diesem Hintergrund und angesichts der Pläne der schwarz-roten Bundesregierung, ein verpflichtendes Primärarztsys-

tem in Deutschland zu etablieren [28], wird eine digital unterstützte und koordinierte Steuerung von Patientenpfaden von entscheidender Bedeutung sein. Sie soll die vorhandenen Ressourcen wirksamer einsetzen, Zugänge gerechter priorisieren und die Versorgungsqualität messbar verbessern. Die Ärztin bzw. der Arzt sollte dabei stets die letzte Entscheidungsinstanz bleiben: Digitale Systeme liefern Informationen, strukturieren Prozesse und unterstützen Entscheidungen, ersetzen aber keine ärztliche Indikationsstellung, keine klinische Erfahrung und kein patientenzentriertes Urteil [4]. Zugleich werden die menschliche Zuwendung und Interaktion deutlich gestärkt, insbesondere die Arzt-Patienten-Beziehung, da durch die bürokratische Entlastung der Gesundheitsfachkräfte hierfür wieder mehr Raum und Zeit geschaffen werden kann.

Patient im Fokus: Von der Organisation der Behandlung hin zur Prävention

Inzwischen sind digitale Werkzeuge in der Breite der Praxen angekommen und werden u.a. zur Terminorganisation, strukturierten Anamnese, Informationsvermittlung und Nachsorge genutzt [5]. Eine passgenau implementierte Termin- und Kapazitätssteuerung senkt No-Shows und verhindert Leerlauf, stärkt die Transparenz und erleichtert die Priorisierung – insbesondere im Akutbereich. Das Potenzial dieser Systeme zeigt sich exemplarisch bei etablierten Anbietern: Durch automatische Terminerinnerungen und die kurzfristige Neuvergabe abgesagter Termine führen nutzerfreundliche Patientenmanagement-Systeme bereits heute jährlich ca. 1,5 Millionen Stunden ärztlicher Behandlungszeit in die Versorgung zurück. Ergänzend heben digitale Wartelisten bislang ungenutzte Kapazitäten: Pro Jahr werden über 400.000 Behandlungsstunden aufgefüllt – ein Effekt in der Größenordnung der Jahresarbeitszeit von rund 150 Ärztinnen und Ärzten. [6] Auch bei Patientinnen und Patienten mit Sprachbarrieren zeigt sich der Mehrwert des Einsatzes digitaler Lösungen: 73 % der nicht-deutschsprachigen Menschen in Deutschland meiden die telefonische Terminvereinbarung aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten [7]; mehrsprachige Buchungswege senken diese Hürde deutlich. Das Ergebnis sind verlässliche Behandlungspfade, kürzere Wartezeiten und

eine Auslastung, die Patientenbedarf und Praxisrealität besser zusammenbringt.

Diese qualitative Herangehensweise ermöglicht einen systemimmannten Wandel: Weg von einem kurativen, reparierenden Gesundheitssystem hin zu einem präventiven Ansatz, der Krankheiten aktiv verhindert. Die wissenschaftliche Basis hierfür liefert die salutogenetische Perspektive [21]. Im Gegensatz zur Pathogenese, die nach den Ursachen von Krankheiten fragt, stellt die Salutogenese die Frage: „Was hält den Menschen gesund?“. Der Fokus liegt also auf der Stärkung von Schutzfaktoren, Ressourcen und der individuellen Widerstandsfähigkeit. Indem der durch Digitalisierung geförderte Bürokratieabbau Freiräume für solche präventiven und salutogenetischen Beratungen schafft, können chronische Erkrankungen verhindert werden, was nicht nur die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten steigert, sondern langfristig auch erheblich Kosten im Gesundheitswesen spart. Der Sachverständigenrat für Gesundheit wies bereits in seinem Gutachten 2001 darauf hin, dass Investitionen in die Krankheitsverhütung langfristig erhebliche Einsparungen bewirken können. Obwohl das Potenzial schwer zu quantifizieren ist, wurde eine theoretische Größenordnung von 25 bis 30 Prozent der damaligen Gesundheitsausgaben genannt, die durch konsequente Prävention vermeidbar wären [29]. Diese Größenordnung kann auch heute noch als relevant angesehen werden.

Signifikant behandlungsunterstützend kann auch die direkte Integration von Leitlinienempfehlungen in Form kontextbezogener Hinweise (z. B. zu Arzneimittelwechselwirkungen oder klinischen Warnzeichen, sogenannten „Red Flags“) in der Versorgungspraxis wirken [5][17]. Dadurch wird die Aufmerksamkeit der Behandler auf das Wesentliche gelenkt und mehr Zeit für die direkte Interaktion zwischen Arzt und Patient geschaffen. Auch dabei gilt stets: Algorithmen tragen Indizien und Symptome zusammen und machen Vorschläge, die Ärztinnen und Ärzte entscheiden. KI fungiert als Werkzeug und Hilfsmittel, das die menschliche Expertise erweitert, statt sie zu ersetzen [22]. Die klinische Gesamtschau, die (ggf. partizipative) Ent-

scheidungsfindung und die individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung bleiben in der Hand der ärztlichen Profession. Die Ärztin oder der Arzt trägt weiterhin die Letztverantwortung, da sie oder er als einzige Instanz den Gesamtkontext beurteilen kann, den eine KI nicht zu erfassen vermag [22].

Auch außerhalb des Behandlungszimmers trägt die automatisierte, patientenzentrierte Kommunikation (einschließlich Erinnerungsfunktionen, Vorbereitungshinweise und Nachsorgepläne) zur Stabilisierung von Abläufen sowie zur Förderung der therapeutischen Adhärenz und Gesundheitskompetenz bei. Vor allem in der Prävention zeigt sich das Potenzial deutlich: Obwohl Vorsorgeuntersuchungen nachweislich Leben retten, schneidet Deutschland im internationalen Vergleich oft nur mittelmäßig ab. So zeigen Daten der OECD beispielsweise, dass die Teilnehmeraten an Früherkennungsuntersuchungen für Brustkrebs in Deutschland signifikant unter denen von Spitzenreitern wie Dänemark oder Finnland liegen [23]. Noch immer geben rund 25 % der Menschen in Deutschland an, nie zur Vorsorge zu gehen – digitale Tools senken diese

KI gestützte Steuerungsinstrumente ermöglichen es, präventive Maßnahmen systematisch in der Regelversorgung zu verankern und die strukturierte Versorgung chronisch Erkrankter zu stärken. Dies unterstützt maßgeblich den angestrebten Wandel von einem kurativen zu einem präventiven System.

Hürde, indem sie Planung vereinfachen und Aufmerksamkeit zur richtigen Zeit erzeugen [8]. Studien belegen, dass Erinnerungsfunktionen, niedrigschwelliger Zugang und Personalisierung das Gesundheitsverhalten messbar verbessern [9]. In der Versorgungspraxis führt das innerhalb weniger Wochen zu einem zusätzlichen Buchungsaufkommen im sechsstelligen Bereich, das durch digitale Präventionskampagnen über Monate weiter anwächst [10]. Solche digital gestützten Steuerungsinstrumente ermöglichen es, präventive Maßnahmen systematisch in

der Regelversorgung zu verankern, die strukturierte Versorgung chronisch Erkrankter zu stärken und so den gesundheitspolitisch angestrebten Wandel von einem kurativen zu einem präventiven System maßgeblich zu unterstützen [11].

Integration und Nutzerzentrierung als Erfolgsfaktoren

Der Nutzen digitaler Systeme entfaltet sich auch in der Koordination der Behandlung. Beispiele sind gesicherte, kontextbezogene Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten sowie mit dem Krankenhaus; fallbezogene Konsile; strukturierter Dokumentenaustausch und interdisziplinäre virtuelle Fallkonferenzen. Dort, wo solche Kanäle alltagsfest etabliert sind, berichten Praxen und Leistungserbringer von weniger Doppeluntersuchungen, schnelleren Rückmeldungen und klareren Pfaden für

xisalltag. Dieser komplementäre Ansatz vermeidet Medienbrüche, erhöht Datenqualität und Zugriffsverlässlichkeit und stärkt die ePA, ohne sie zu ersetzen [14] [15]. Europäische Vergleichsarbeiten unterstreichen, dass genau diese standardisierte, interoperable Kopplung von Primärsystemen und nationalen Akten der Hebel für messbare Effekte auf Qualität, Sicherheit und Effizienz ist [16].

Damit digitale Lösungen im Gesundheitswesen erfolgreich implementiert werden können, müssen sie intuitiv und nutzerfreundlich gestaltet sein. Ihr Potenzial liegt nicht nur in erweiterter Funktionalität, sondern in verbesserter Bedienbarkeit: Dies beinhaltet klare und konsistente Oberflächen, kontextuelle Hilfen, minimale Klickpfade, robuste Standardprozesse und einen durchgängigen Dokumentenfluss. Diese nutzerzentrierte Gestaltung ist essentiell, damit Nutzer die

Eingabe nicht beim Minimum belassen und so die Erstellung und Nutzung zusammenhängender strukturierter Daten zu fördern. Studien verweisen auf substanzielle Entlastung im Behandlungsalltag, wenn Dokumente, Bescheinigungen, Recalls, Abrechnungsprüfungen und Plausibilitätsprüfungen verlässlich automatisiert sind. Dies schafft wertvolle Zeit für eine patientenorientierte Versorgung und Prävention [5][11]. Eine nutzerorientierte Gestaltung ist somit längst nicht nur eine wünschenswerte Option, sondern eine Grundvoraussetzung für nachhaltige Nutzung, hohe Datenqualität und Patientensicherheit.

Gesellschaftliche und wirtschaftliche Bedeutung

Digital gestütztes Patientenmanagement ist ein gesellschaftlicher Schlüsselbereich: Es erhöht die Zugänglichkeit wie auch Resilienz des Gesundheitswesens, stärkt Teilhabe und Produktivität und macht Versorgung steuerbar – auch und gerade in Krisen. Ein praktisch umgesetzter, vernetzter Informations- und Kommunikationsfluss im Gesundheitswesen ist eine entscheidende Voraussetzung, um die Patientensicherheit zu erhöhen und die Mortalitätsrate zu senken – dies wird durch präzisere Diagnosen und eine signifikante Reduzierung von Behandlungsfehlern erreicht [27]. Angesichts

stetig steigender Gesundheitsausgaben und Lohnnebenkosten sind ökonomisch entstehende Effizienzgewinne durch vermiedene Doppeluntersuchungen, bessere Ressourcenutzung und reduzierte administrativen Lasten von entscheidender Bedeutung. Ein zentraler Hebel ist hierbei auch, die Anzahl der Arzttermine pro Kopf – die in Deutschland im internationalen Vergleich außergewöhnlich hoch ist – durch digitale Kommunikation und bessere Steuerung zu reduzieren. Eine Studie von McKinsey & Company beziffert das jährliche Einsparpotenzial durch Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen auf insgesamt 42 Milliarden Euro, was rund 12 % der gesamten Gesundheitsausgaben entspricht [24]. Davon entfallen allein 6,4 Milliarden Euro auf eine bessere Datentransparenz zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und weitere 9,9 Milliarden Euro auf die Umstellung auf papierlose Datenverarbeitung, was die administrativen Lasten erheblich reduziert [24].

Damit Europa in einem sensiblen, hochregulierten Feld wie Gesundheit auch künftig handlungsfähig bleibt, braucht es international konkurrenzfähige Anbieter, die nach europäischen Regeln entwickeln und betreiben. Faktoren wie Datenschutz, Interoperabilität und Sicherheit sind Grundvoraussetzung; sie sind Wettbewerbsfaktoren und Standortvorteil zugleich.[18][19] Innovation entsteht dabei vor allem dort, wo private Akteure in einem klaren, verlässlichen Rahmen schnell handeln und (weiter-) entwickeln können. Die Rolle des Staates fokussiert sich auf Geben des gesetzlichen Rahmens Standardsetzung, Infrastruktur und Anreizgestaltung.

Fazit

Digital gestütztes Patientenmanagement ist dann effektiv, wenn es ärztliche Entscheidungen stärkt, Abläufe vereinfacht, Prävention systemisch verankert und relevante Daten jederzeit verfügbar macht – in der Praxis, im Team und entlang des gesamten Behandlungspfades. Zukünftig kann die ePA der zentrale Knotenpunkt für den sicheren medizinischen Datenaustausch werden, während die Praxissoftware als produktive Arbeitsoberfläche dient, ergänzt durch modulare Lösungen für spezifische Versorgungsbedarfe.

Durch die Verbindung von Prävention, Nutzerfreundlichkeit, Interoperabilität und ärztlicher Souveränität entsteht so ein umfassendes System, was die Behand-

Einweisungen, Entlassung und Nachsorge [12][13]. Für Patientinnen und Patienten wird Versorgung dadurch kohärenter, für Teams planbarer. Diese kollegiale Zusammenarbeit ist nicht Selbstzweck, sondern vor allem ein Qualitäts- und Sicherheitsgewinn, insbesondere bei komplexen Verläufen, Multimorbidität und polypharmazeutischen Konstellationen.

Dabei hat insbesondere die ePA das Potential, zum Rückgrat des Datenaustauschs zu werden. Moderne Praxislösungen arbeiten daher bewusst Hand in Hand mit der ePA: Sie fungieren als praxisnahe Gesundheits-Oberfläche bzw. Dashboard, speisen strukturierte Behandlungsdaten ein (z. B. Diagnosen, Medikationsänderungen, Arztbriefe), ziehen patientenorientierte Informationen aus der Akte heran und verknüpfen diese mit den Arbeitsprozessen im Pra-

lungsqualität und Patientenzufriedenheit steigert, alle Beteiligten zeitlich entlastet und die Zukunftsfähigkeit der ambulanten Versorgung sichert. Das Ziel aller dieser Bemühungen bleibt dasselbe: Die Gesundheit der Menschen zu verbessern sowie deren Mobilität und Lebensqualität bis ins hohe Alter zu fördern.

Literaturverzeichnis

[1] Ärzte Zeitung: Bürokratie kostet jede Praxis 61 Arbeitstage (nach KBV-Bürokratieindex BIX). <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Buerokratie-kostet-jede-Praxis-61-Arbeitstage-414322.html>

[2] Felix Burda Stiftung: Es liegt nicht am Gehalt allein – Studie der Hochschule Fresenius fühlt MFA den Puls. <https://www.mynewsdesk.com/de/felix-burda-stiftung/pressreleases/es-liegt-nicht-am-gehalt-allein-studie-der-hochschule-fresenius-fuehlt-mfa-den-puls-3306818>

[3] Zm-online (Zahnärztliche Mitteilungen): Bis 2040 fehlen fast 50.000 Ärztinnen und Ärzte (Ärztemangel, Prognose 2040, Versorgung). <https://www.zm-online.de/news/detail/bis-2040-fehlen-fast-50000-aerztinnen-und-aerzte>

[4] Bundesärztekammer: Ärztestatistik 2024. Überblick zu Altersstruktur, Tätigkeitsarten und Verteilung. PDF: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErtztestatistik_2024.pdf

[5] Bitkom Research: Digitalisierung in Praxis und Klinik 2025 (Präsentation mit aktuellen Indikatoren, u. a. ePA-Haltung, Digitalisierungsgrad, Telemedizin-Aspekte). PDF: <https://www.bitkom.org/sites/main/files/2025-05/bitkom-praesentation-digitalisierung-in-praxis-und-kliniken-2025.pdf>

[6] Doctolib: Interne Berechnungen (2024)

[7] Doctolib (Umfrage): 7 von 10 Patientinnen berichten von Kommunikationsproblemen im Gesundheitswesen. <https://about.doctolib.de/news/7-von-10-patientinnen-berichten-von-kommunikationsproblemen-im-gesundheitswesen/>

[8] STADA: Health Report 2023 – Prävention (2023). <https://www.stada.de/gesundheit/stada-health-report/stada-health-report-2023/praevention>

[9] Bundesministerium für Gesundheit: CHARISMHA – Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (2016). PDF: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/App-Studie/CHARISMHA_gesamt_V.01.3-20160424.pdf

[10] Doctolib: Interne Berechnungen (2025)

[11] BARMER Arztreport 2025 (Versorgungsdaten und Trends, inkl. Präventions- und Inanspruchnahmeaspekte; Methodik im Anhang). PDF: <https://www.barmer.de/resource/blob/1304178/7e8ca88a40e684661290308197e80148/dlpressemappe-arztreport-2025-data.pdf>

[12] KBV: PraxisBarometer Digitalisierung – Übersichtsseite (aktuelle Ausgaben mit Befunden zu digitaler Kommunikation/Anwendungen in Praxen). <https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/studien-und-berichte/praxisbarometer-digitalisierung>

[13] G-BA/Innovationsfonds: Der Innovationsfonds – Stand der Dinge (20.06.2025). Überblick zu Projekten/Umsetzungsstand; Kontextbelege zu digitalen Kommunikationspfaden/Konsilen. PDF: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/48/2025-06-20_Der-Innovationsfonds_Stand-der-Dinge.pdf

[14] gematik: ePA „für alle“ – Infopaket (Funktionsüberblick, Integration in Prozesse, Rollout-Perspektiven). PDF: https://www.gematik.de/media/gematik/Medien/ePA_fuer_alle/Infopaket_allgemein/gematik_ePAfuerAlle_Infopaket_Handout_EN.pdf

[15] gematik/INA: Jahresbericht Kompetenzzentrum für Interoperabilität (Berichtsjahr 2024, veröffentlicht 2025). Maßnahmen, Standards, Empfehlungen (Interoperabilität ePA/Primärsysteme). PDF: https://www.ina.gematik.de/fileadmin/Dokumente/Jahresberichte/20250327_Jahresbericht_Kompetenzzentrum_2024.pdf

[16] Europäische Kommission: Digital Decade 2025 – eHealth Indicator Study (Monitoring-stand 31.12.2024, EU-27, IS, NO). Landingpage (mit Downloads): <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/digital-decade-2025-ehealth-indicator-study>

[17] Bitkom: Transparenzbericht 2025 (Abschnitte zu DiGA/Telemedizin; ergänzende Indikatoren/Positionierungen). PDF: <https://www.bitkom.org/sites/main/files/2025-06/Bitkom-Transparenzbericht-2025.pdf>

[18] BMWK: Digitale Strategie 2025 (Strategischer Rahmen, Digitalisierung als Standortfaktor). PDF: <https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Publikationen/Digitale-Welt/digitale-strategie-2025.pdf>

[19] Europäische Kommission: Digital health and care (EHDS, Datenzugang und -schutz, Interoperabilität). https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/digital-health-and-care_en

[20] iGES Institut (2024). iGES-Kurzbericht PraxisBarometer Digitalisierung 2024. Im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Berlin. Abgerufen am 26. September 2025, von <https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges/de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e59145/>

[21] Esch, T. (2017). Die Neurobiologie des Glücks: Wie die Positive Psychologie die Medizin verändert (3., unveränderte Auflage). Georg Thieme Verlag KG. https://www.ciando.com/img/books/extract/3132413933_lp.pdf

[22] Gesundheitsstadt Berlin e.V. (2024). Künstliche Intelligenz in der ambulanten Versorgung: Trends, Chancen und Potenziale für das deutsche Gesundheitswesen. Berlin. Abgerufen am 26. September 2025, von https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/fileadmin/user_upload/aktivitet%C3%A4ten/veroeffentlichungen/trendstudie_KI_12_12_V2.pdf

[23] OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

[24] McKinsey & Company (2022). Digitalisierung im Gesundheitswesen: die 42-Milliarden-Euro-Chance für Deutschland. Abgerufen am 26. September 2025, von <https://www.mckinsey.de/news/presse/2022-05-24-42-mrd-euro-chance>

[25] Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi). (2019). Zi-Praxis-Panel Jahresbericht 2019. Abgerufen am 29. September 2025, von https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Themen/Praxis-Befragungen/Veröffentlichungen/Jahresberichte/ZiPP_Jahresbericht_2019.pdf

[26] PKV-Institut (2023). Pressemitteilung: Umfrage zum Umgang mit Terminausfällen. Abgerufen am 29. September 2025, von https://www.pkv-institut.de/fileadmin/data/Presse/231209-Terminausfaelle/Pressemitteilung__PKV_Institut_Umgang_mit_Terminausfaellen.pdf

[27] Dingley, C., Daugherty, K., Drieg, M. K., & Persing, R. (2008). Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. In K. Henriksen, J. B. Battles, M. A. Keyes, & M. L. Grady (Eds.), *Advances in patient safety: New directions and alternative approaches* (Vol. 3: Performance and tools). Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/>

[28] Christlich Demokratische Union Deutschlands (CDU), Christlich-Soziale Union in Bayern e. V. (CSU), & Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD). (2025). Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode. [https://www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf](https://www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf)

[29] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Nomos Verlagsgeellschaft, Baden-Baden 2002. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2000_2001/Kurzfassung_Band1_2.pdf

The road ahead of rethinking Healthcare

Teil 1: Kleine Schritte mit großer Wirkung

SILVIA WOSKOWSKI

Dr. Silvia Woskowsky, LL.M. ist Rechtsanwältin und befasst sich schwerpunktmäßig mit rechtlichen und gesellschaftspolitischen Fragestellungen der Präzisionsmedizin und Digitalisierung im nationalen und europäischen Kontext.

Die angekündigten Reformen sind zu einer Debatte um unnötige Arztbesuche und „Vollkaskomentalität der Versicherten“ geworden, die teilweise an den wichtigen Fragen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit vorbei geht. Der folgende Beitrag untersucht an ausgewählten Beispielen, wie die Krankheitslast durch einen Anspruch auf Gesunderhaltung gesenkt werden kann, der bedarfsgerechte Zugang zu einer multiprofessionell organisierten Primärversorgung optimiert, die Arbeitsmedizin in die Primärversorgung eingebunden und datengestützte Versorgungspfade zur Steuerung und Qualitätssicherung eingesetzt werden können.

Repetitiv schreiben, lesen, hören und diskutieren wir im deutschen Gesundheitswesen nahezu mantrahhaft wieder und wieder über die unzureichende Patientenzentrierung, die Schwierigkeiten der digitalen Transformation, Nachhaltigkeitsfragen, fehlende Leistungserbringer – insb. Ärzte im System, Zentrenbildung – auch in und unter Einbindung der Primärversorgung, Möglichkeiten zur Senkung der Krankheitslast unserer alternden Gesellschaft und fehlende datengestützte Versorgungspfade effektiven Steuerung und Qualitätssicherung einer nachhaltigen, krisenfesten Versorgung.

Inhaltliche Vorschläge, wie man es besser machen könnte, gibt es viele. Die Ausführungen des vorliegenden Beitrages sollen die Liste dieser weder verlängern noch bewerten, sondern praktikable Umsetzungsmöglichkeiten mit beispielhaften Änderungsvorschlägen aufzeigen und Schnittstellen für wirkungsvolle minimalinvasive Adaptionen herausstellen.

Dabei legt bereits das Gebot der Normenklarheit nahe, von komplizierten Detailregelungen, Formulierungen und Verweisungen abzusehen und stattdessen – soweit möglich – systematisch so zu vereinfachen, dass thematische Handlungsspielräume für eine Vielzahl diverser rechtskonformer Anwendungs- und Gestaltungsmöglichkeiten entstehen.

A. Regulatorische Zielsetzung

Ausgehend von den einleitenden Themenbereichen lassen sich folgende Zielsetzungen ableiten und regulatorisch normativ im SGB V verankern:

1. Ergänzungen der allgemeinen Einleitungsvorschriften, insbesondere durch Generalklauseln zur Patientenzentrierung, digitalen Transformation und Nachhaltigkeit.
2. Senkung der Krankheitslast durch Schließung der Leistungslücken zwischen Prävention, Versorgung und Rehabilitation mit einem übergeordneten „Gesunderhaltungsanspruch“, der auch eine datengestützte Vor- und Nachsorge erfasst.
3. Einbeziehung weiterer Leistungserbringer in die reguläre ambulante Prävention und Versorgung.
4. Einführung einer Ermächtigungsgrundlage zur Gründung von Primärversorgungszentren.
5. Privilegierung von datengestützten Versorgungspfaden zur Steuerung und Qualitätssicherung für (epidemiologisch relevante) Erkrankungen und eine (Patienten)datengestützte Versorgung, die von den Krankenkassen koordiniert wird.

B. Gesetzestechnische Umsetzungsmöglichkeiten

I. Ergänzung der Einleitungsvorschriften durch die Grundprinzipien der Patientenzentrierung, digitalen Transformation und Nachhaltigkeit

In § 1 SGB V könnten neben der Solidarität und Eigenverantwortung auch die Patientenzentrierung, Digitalisierung und Nachhaltigkeit als gleichrangige, allgemein verbindliche Strukturprinzipien festgelegt und zusätzlich klargestellt werden, dass sich die Eigenverantwortung der Versicherten auch auf die eigene Gesunderhaltung erstreckt.

Dabei sollte die Patientenzentrierung zur Handlungsgrundlage für die Zusammenarbeit aller Systembeteiligten bestimmt und durch die aktive Teilhabemöglichkeit der Versicherten an Entscheidungen über ihre Gesundheitsversorgung ergänzt werden. Letzteres umfasst auch den Umgang mit ihren Gesundheitsdaten. Um das Potenzial der Gesundheitsdaten zugunsten der Versicherten vollständig zu heben, muss sich deren Nutzung als generelle Verpflichtung übergeordnet aus dem SGB V ergeben. Schon deshalb, weil sich richtungsweisend nur mit der richtigen Datenbasis klären lässt, welche Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahme für das Individuum am geeignetsten ist. Zum Beispiel, um ein Datenprofil zu erheben, das erkennen lässt, ob gegebenenfalls zeitverzögert neu profiliert werden sollte, damit das individuelle Ansprechverhalten im Rahmen einer personalisierten Präzisionstherapie bestimmt bzw. vorhergesagt werden kann. Letzteres auch in Verbindung mit der Nutzung künstlicher Intelligenz. Wobei es immer nur darum gehen kann und darf, den Gesundheitszustand und bzw. oder die Lebensqualität der Versicherten durch neue Nutzungsmöglichkeiten zu verbessern.¹

Gleiches gilt für die Nachhaltigkeit. Auch sie sollte im Sinne einer weitreichenden Grundbedingung im Gesetz verankert werden, alle Systembeteiligten verpflichten und dabei gleichermaßen ökonomisches, soziales und ökologisches Handeln umfassen.

Durch die Normierung als leitende Strukturprinzipien, wären die Grundsätze der Patientenzentrierung, Digitalisierung und Nachhaltigkeit verbindlicher

Verhaltensstandard. Mit der Konsequenz einer universellen übergeordneten Pflicht, generell patientenzentriert und -sicher, genderorientiert, krankheitsvermeidend, digital und datennutzend zum Patientenwohl und für die Patientensicherheit sowie nachhaltig systemkonform ökologisch, ökonomisch und sozial zu handeln. Eine solche Ergänzung stärkt die Rechte der Versicherten und trägt den Entwicklungen Rechnung, dass die Digitalisierung heute nahezu alle Bereiche des Gesundheitswesens verändert und Nachhaltigkeit längst zu einem zwingenden Wert – auch im Verwaltungshandeln und bei den Versicherten selbst – geworden ist.

II. Senkung der Krankheitslast durch die Implementierung eines allgemeinen Gesunderhaltungsanspruchs

Wir brauchen einen ganzheitlichen Systemblick auf Leben, Gesundheit, Krankheit und Rehabilitation, mit dem wir auf die ganze Kette der Versorgung schauen, um die Krankheitslast nachhaltig zu senken. Keine Behandlung kann jemals so gut sein wie die Vermeidung der Erkrankung, die sie ausgelöst hat. Deshalb sollten wir die Krankheitsvermeidung der Versicherten als primäre gesamtgesellschaftliche Aufgabe zur „Gesunderhaltung“ begreifen und die Regelung eines „Gesunderhaltungsanspruchs“ als „gleichwertige“ Leistungsnorm neben dem Anspruch auf Krankenbehandlung im SGB V etablieren.

Sowohl mit dem aktuellen als auch mit einem moderneren, ggf. flexibleren Krankheitsbegriff ist es unmöglich, Behandlungspfade leistungsrechtlich so zu strukturieren, dass in ihrem Mittelpunkt die Verhinderung von Krankheiten steht. Hierfür wird eine ganzheitliche effektive Vor- und Nachsorge der Versicherten benötigt, die es zum Beispiel auch ermöglicht regelhaft frühzeitig medizinisch zu klären, ob bei ihnen ein spezielles Risiko zu erkranken be- oder entsteht. Sie ist die Grundlage, Krankheit individuell zu verhindern, in einem Vor- und Frühstadium zu unterbrechen oder, in Fällen, in denen eine pathologische Entwicklung unentdeckt geblieben ist, kurativ zu behandeln. Dabei geht es nicht um die Ausweitung der Leistungen in § 23 SGB V und/oder in § 25 SGB V, sondern um die Einführung einer neuen übergeordneten Leistungskategorie mit einem Gesunder-

haltungsanspruch als Grundnorm, der gleichberechtigt neben dem Anspruch auf Krankenbehandlung und den daraus folgenden Leistungen des fünften Abschnitts steht. Er bildet die Grundlage einer sinnvollen Versorgungsausdehnung im Sinne eines Lückenschlusses in diesem Bereich.

Eine solche Norm ließe sich übergeordnet und offen formulieren, um einen Sandbox-Charakter entstehen zu lassen, damit auch eine Art vertragliche Erprobung neuer Präventions- und Interventionsmodelle außerhalb des aktuellen Leistungsspektrums ermöglicht wird. Das System soll „lernen können“ und erst/nur dann adaptiert werden, wenn eine Veränderung disruptiv und notwendig ist.

III. Einbeziehung weiterer Leistungserbringer in die reguläre ambulante Prävention und Versorgung

1. Ermächtigung der Fachärzte für Arbeitsmedizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin

Der steigende Druck auf die begrenzte Ressource Arzt begründet die Notwendigkeit zusätzlicher Leistungserbringer in der Vor-Ort-Versorgung. Diese sollte nicht nur durch Haus- und Fachärzte, sondern überall dort möglich sein sollte, wo die Versicherten medizinisch schnell und ohne Hürden erreicht werden können. Das gilt insbesondere für die Erreichbarkeit am Arbeitsplatz durch Ärztinnen und Ärzte mit der Facharztsbezeichnung Arbeitsmedizin und der Zusatzweiterbildung Betriebsmedizin.² Ihnen könnte ein erweiterter Vorsor-

1 Zur Umsetzung der EU-Verordnung 2024/1689 des Europäischen Parlaments und des Rates v. 13.06.2024 zur Festlegung harmonisierter Vorschriften für künstliche Intelligenz (EU-AI Act) und zu den Möglichkeiten des Europäischen Raums für Gesundheitsdaten (EHDS) s. Teil 2 des Beitrags.

2 Nach Zahlen der Bundesärztekammer (BÄK) für das Jahr 2023 waren in Deutschland 4101 Ärztinnen und Ärzte mit der Facharztsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ und 7522 mit der Zusatzweiterbildung „Betriebsmedizin“ berufstätig. In Summe verfügten damit 11623 Ärztinnen und Ärzte über die erforderliche arbeitsmedizinische Fachkunde, um in Deutschland als Betriebsärztin oder Betriebsarzt tätig zu werden. Aktuellere Zahlen der BÄK gibt es derzeit nicht, vgl. Ärztestatistik der BÄK: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErtztestatistik_2023_18.04.2024.pdf (Stand 30.07.2024).

gungsauftrag zugewiesen werden, der zusätzlich zu präventiven Maßnahmen auch solche einer integrierten ambulanten Vor-Ort-Versorgung umfassen kann.

Damit eine solche, die Haus- und Fachärzte entlastende gleichberechtigte betriebsärztliche Vor-Ort-Versorgung in Abhängigkeit der fachlichen Qualifikation (Facharztstatus, Schwerpunkt & Zusatzbezeichnung) durchführbar wird, wäre der Versorgungs- und Leistungserbringungsauftrag zugunsten einer Behandlung der Versicherten durch die Fachärzte für Arbeitsmedizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin legitimierend zu erweitern. Beispielsweise durch eine gesetzliche Änderung in § 132f SGB V, die es den Krankenkassen ermöglicht, passende Versorgungsverträge mit Betriebsärzten zu schließen und die Regelungen in § 140a Abs. 1 S. 1 u. Abs. 3 S. 1 SGB V entsprechend zu nutzen. So entsteht die generelle Option einer systementlastenden Versorgungsverzahnung durch eine gesetzliche Ermächtigung.

2. Ermächtigungsgrundlage für Primärversorgungszentren

Vor allem in strukturschwachen Gebieten weist die ambulante Versorgung schon heute Defizite auf, die sich nicht (mehr) über eine Umsteuerung durch (noch) bestehende Einzel- und Gemeinschaftspraxen mit Hilfe eines Praxen basierten Primärarztsystems lösen lassen. Diese Art der Versorgung ist tendenziell rückläufig. Gerade junge Mediziner stellen die inhabergeführte Einzelpraxis zunehmend in Frage, haben andere Erwartungshaltungen an die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und bevorzugten Arbeitsmöglichkeiten mit geregelten Arbeitszeiten in multiprofessionellen Teams.

Das aber bietet das Konzept der Primärversorgungszentren. Es geht über das eines reinen Primärarztsystems hinaus. Ermöglicht wird eine multiprofessionelle Organisation und Leistungserbringung von Ärzten, Apothekern, Pflegefachpersonen und Gesundheitsberufen, eine zeitgemäße regionenspezifische Neuverteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten, schaffen die Grundlage für anreizgesteuerte Investitionen – auch in den einzelnen Teilbereichen Professionen – und erleichtern einen integrierten Einsatz und Anschluss an bzw. von digitale(n) Technologien und Infrastrukturen.

Für eine zukunftsorientierte, digitalisierte und nachhaltige ambulante Präventions- und Versorgungsstruktur brauchen wir zusätzliche Möglichkeiten für moderne kooperative Zusammenschlüsse zusätzlich zu bereits bestehenden MVZ Strukturen und sollten die Bildung von Primärversorgungszentren dementsprechend nicht nur ermöglichen, sondern durch einen Anspruch der Versicherten auf die Leistungserbringung in einem Primärversorgungssystem auch fördern. Hierfür könnte eine eigenständige Ermächtigungsgrundlage in die §§ 132 ff. SGB V geschaffen und mit einem Förderauftrag verbunden werden, um im weiteren Verlauf Anreize auf nachgelagerten Regelungsebenen zu ermöglichen.³

IV. Datengestützte Versorgungspfade zur Steuerung und Qualitätssicherung

Daten sind und werden immer mehr die Basis neuer Steuerungs- und Leistungsbereiche, Finanzierungs- und Ausgleichsmechanismen. Die datengestützte Versorgung ist sowohl Teil als auch Grundlage dieser Entwicklungen. Für eine nachhaltige Systemveränderung müssen Gesundheitsdaten systematisch generiert und genutzt und Prozesse dementsprechend erweitert und angepasst werden. Auch so, dass sie den ergänzenden Einsatz synthetischer Daten ermöglichen und dabei zweckgebunden nicht nur die Rechte der Versicherten sondern generell des „Menschseins“ waren.

Um die Versicherten besser durch das Gesundheitssystem zu begleiten, wäre es sinnvoll, den Funktionsbereich der Krankenkassen zu erweitern und ihnen und ihren Verbänden z. B. in § 11 die Möglichkeit der kooperativ koordinierenden Versichertensteuerung zuzuweisen. Mit dem Ziel, die Risiken der Versicherten ganzheitlich übergeordnet abzusichern und zielgenau zu versorgen. Da die Krankenkassen dabei auch auf eigene Arbeitsgemeinschaften und Verbände zurückgreifen können, um einheitliche Grundlagen in einem ebenfalls wettbewerbsgesteuerten Systembereich zu schaffen, sollten diese als mögliche Normadressaten berücksichtigt werden. Der unbestimmte Rechtsbegriff der vorrangigen Steuerung dient dabei der notwendigen Flexibilisierung für die Einbeziehung anderer Systembeteiligter.

Als sinnvolle Konsequenz daraus könnte der § 73b SGB V zu einer kooperativen, den Krankenkassen dienenden Entlastungsleistung weiterentwickelt werden. Bei der sich ein Mehrwert auch aus der Terminkoordination ergeben sollte.

Ebenfalls in § 11 SGB V könnten der Grundsatz einer datengestützten Versorgung und die Möglichkeit einer entsprechenden Zugangssteuerung (sog. digitales Assessment) normiert werden.

C. Fazit und Ausblick

Der vorliegende Beitrag skizziert konkrete gesetzgeberische Möglichkeiten für die Umsetzung von Reformvorschlägen: Zum einen mittels Einführung von Strukturprinzipien zur Stärkung des Grundsatzes der Patientenzentrierung, der digitalen Transformation und der Nachhaltigkeit unseres Systems. Zum anderen durch die Änderungen und Einführung von Rechtsgrundlagen, um den Herausforderungen des demografischen Wandels, dem Fachkräftemangel und der stark wachsenden Bedeutung von Gesundheitsdaten besser gerecht zu werden. Mit kleinen Schritten lassen sich hier wichtige Weichen für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung stellen.

Und dennoch gilt: „Einfach mal machen ist schwer“, solange die Finanzierung des Gesamtsystems nicht gesichert ist, weil Beitragszahlungen Rekorddefizite und schwindenden Rücklagen nicht mehr ausgleichen können. Um eine nachhaltige und ethisch vertretbare Versorgung für alle zu gewährleisten, braucht es größere Reformen, die neben einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik auch die finanziellen und ethischen Herausforderungen im Zusammenhang mit der Nutzung des Wertes von Big Data in den Blick nehmen. Der Frage, welche Neuausrichtungen eine nachhaltige Gesundheitsversorgung sichern können, widmet sich der zweite Teil des Beitrags.⁴

³ Dabei geht es nicht darum, eine Art der staatlichen Versorgung einzuführen, sondern um die Etablierung attraktiver und zeitgemäßer Zusammenschlussmöglichkeiten ergänzend zur MVZ Struktur. Ziel sollte die Entstehung einer teamorientierten Primärversorgung sein, bei der die Lebenslage der Versicherten über den Erstkontakt entscheidet. Dieser muss nicht zwingend ärztlich sein. Er kann auch digital und/oder über eine Pflegekraft erfolgen.

⁴ Teil 2: Große Schritte für nachhaltige Strukturveränderungen, GuS 3/2025.

Umsetzungsvorschläge:

1. Einleitungsvorschriften:

§ 1 wird gestrichen und wie folgt neu gefasst:

„§ 1 Solidarität und Eigenverantwortung Strukturprinzipien“

„(1) Im Mittelpunkt dieses Gesetzes steht der Mensch. 2Alle Regelungen sind stets zum Wohl der Versicherten und zu gunsten ihres Gesundheitszustands oder der Lebensqualität anzuwenden.

Folgende Strukturprinzipien bilden die Grundsätze des Handelns:

1. Solidarität und Eigenverantwortung,
2. Patientenzentrierung,
3. Digitalisierung,
4. Nachhaltigkeit.

3Sie dienen dem Ziel, Gesundheitspotentiale zu erschließen und Konflikte, die sich durch das Aufeinandertreffen der Prinzipien ergeben generell zugunsten der Versicherten, ihrer Autonomie und Schadensfreiheit im Sinne der Verteilungsgerechtigkeit zu lösen. 4Das gilt insbesondere bei einander gegenläufigen, aber gerechtfertigten bzw. legitimen Interessen, Haltungen und Handlungen. Aufgrund der übergeordneten Wichtigkeit, werden die Universalgrundsätze in den Absätzen 2 bis 5 näher bestimmt.

(2) 1Die Krankenversicherung als eine Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. 2Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. 3Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an **Gesunderhaltung**, Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. 4Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und unter Berücksichtigung von geschlechts-, alters- und behinderungsspezifischen Besonderheiten auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

(3) 1Im Mittelpunkt der Krankenversicherung stehen die Versicherten und Patienten. 2Die medizinische Versorgung und Entscheidungsprozesse sind auf ihre spezifischen Bedürfnisse und Präferenzen auszurichten und die Behandlung den individuellen Umständen anzupassen. 3Dabei sind die Versicherten aktiv in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. Das betrifft auch Fragen zur Hoheit und Nutzung ihrer Gesundheitsdaten.

(4) 1Gesundheitsdaten repräsentieren Menschen. Daraus resultiert eine besondere Verantwortung bezüglich ihrer Nutzung, Sicherheit und Transparenz. 2Zu gewährleisten sind, ein flächendeckender Zugang, zu einer datengestützten Versorgung, der sichere Austausch medizinischer Daten mittels moderner Informations- und Kommunikationstechnologien zwischen Versicherten, Krankenkassen, Leistungserbringern und anderen Systembeteiligten und ein bestmöglich Schutz und Nutzen zugunsten der Versicherten.

(5) 1Die Krankenversicherung und das Gesundheitswesen sind nachhaltig zu gestalten. 2Strukturen und Prozesse sollen so geschaffen und umgesetzt werden, dass sie langfristig die soziale Gerechtigkeit, Chancengleichheit und das Wohlbefinden aller Menschen fördern, eine stabile Handlungsgrundlage für die Zukunft bilden und den natürlichen Ressourcen und Ökosystemen dienen.“

2. Gesunderhaltungsanspruch

1. In den dritten Abschnitt des dritten Kapitels wird folgender neuer § 20 eingefügt:

„§ 20 Gesunderhaltung

Die Versicherten haben einen Anspruch auf Gesunderhaltung. Dieser umfasst [...]:“

2. Die Nummerierung der §§ 20 bis 20k wird wie folgt geändert:

„20a bis 20f [...].“

3. Versorgungs- und Leistungserbringungsauftrag für Betriebsärzte

Der § 132f wird wie folgt geändert:

„1Fachärzte für Arbeitsmedizin oder über die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ verfügende Ärzte oder deren Gemein-

schaften, sind im Falle des Einvernehmens der Arbeitgeber oder Auftraggeber, für die der Arzt tätig wird, ergänzend zur arbeitsmedizinischen Versorgung zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt. 2Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit diesen Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1, über Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, über Präventionsempfehlungen, Empfehlungen medizinischer Vorsorgeleistungen, und über die Heilmittelversorgung, sowie Erbringung von Leistungen zur ambulanten ärztlichen Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zur Ergänzung der arbeitsmedizinischen Versorgung schließen.“

4. Primärversorgung und Primärversorgungszentren

In den achten Abschnitt des dritten Kapitels wird folgender neuer § 134b eingefügt:

„§ 134b Versorgung mit Leistungen kooperativer Primärversorgung

Die Versicherten haben einen Anspruch auf eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Leistungserbringung in einem Primärversorgungssystem, die auch in Primärversorgungszentren erbracht werden kann.“

[Anmerkung: Die zu bestimmenden allgemeinen Anforderungen bzw. Voraussetzungen an/von Primärversorgungszentren ließen sich beispielsweise im Anschluss als § 134c normieren.]

5. Datengestützte Versorgung

1. § 11 wird wie folgt geändert:

In den Absatz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„2Alle Leistungen sind insbesondere auch als Teil einer datengestützten Versorgung zu erbringen und können auch nach entsprechender Zugangssteuerung erfolgen.“

In Absatz 4 wird das Wort Versorgungsmanagement durch die Wörter **Gesundheits- und Versorgungsmanagement** ersetzt und folgender Satz 4 eingefügt:

Den Krankenkassen, ihren Arbeitsgemeinschaften und Verbänden obliegt die primäre Steuerung der Versicherten.

„1Versicherte haben Anspruch auf ein **Gesundheits- und Versorgungsmanagement** insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. 2Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. 3Sie sind zur Erfüllung dieser **Aufgaben** von den Krankenkassen zu unterstützen. 4Den Krankenkassen sowie ihren Verbänden und Arbeitsgemeinschaften obliegt die primäre Steuerung der Versicherten. 5In das **Gesundheits- und Versorgungsmanagement** sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. 6Das **Gesundheits- und Versorgungsmanagement** und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.“

2. In § 73b Absatz 1 wird das Wort „haben“ durch „können“ und das Wort „anzubieten“ durch „anbieten“ ersetzt.

„Die Krankenkassen **haben können** ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) **anzubieten anbieten**.“

Literaturverzeichnis

Bundesverband Managed Care, Ein neues Kapitel für die Gesundheitsversorgung: Sektorunabhängige Versorgung mit Value-Based Care (2025). URL: <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/BMC-Impulspapier-Sektorunabhängige-Versorgung-mit-VBC.pdf> (abgerufen am: 10.09.2025).

Derselbe. Fünf Bausteine für die Primärversorgungsreform (2025), URL: file:///C:/Users/Admin/Downloads/2025_11_04_BMC_Positionspapier_Fuenf-Bausteine-fuer-die-Primaerversorgungsreform.pdf (abgerufen am 29.10.2025).

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Handbuch der Rechtsförmlichkeit (2024). URL: (<https://hdr4.bmj.de/Webs/HDR/SharedDocs/Downloads/handbuch-der-rechtsfoermlichkeit.html> (abgerufen am: 04.09.2025).

Knieps/Klemm (Hrsg.), Gesundheitspolitik neu aufgelegt (2025), Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Robert Bosch Stiftung, Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung und Ausgestaltung von Primärversorgungszentren im deutschen Gesundheitswesen (2024), URL: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2022-05/Expertise_Prim%C3%A4rversorgungszentren_%20Robert-BoschStiftung_April%202022.pdf (abgerufen am: 12.09.2025).

Robert Koch Institut, Welche Auswirkungen hat der demographische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung (2015), URL: <https://edoc.rki.de/handle/176904/2192>. (abgerufen am: 15.09.2025 (abgerufen am: 15.09.2025).

Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege, Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen (2023), URL: <https://www.svr-gesundheit.de/publikationen/gutachten-2023/> (abgerufen am: 07.09.2025).

Schmehl, Wallrabenstein, Steuerungsinstrumente im Recht des Gesundheitswesens – Band 1: Wettbewerb (2005) und Band 2: Kooperation (2006), Mohr Siebeck Verlag, Tübingen.

Wiese, Diel, Huster, Disease Interception als Chance und Herausforderung – Eine interdisziplinäre Analyse (2024), URL: <https://www.nomos-elibrary.de/de/document/view/pdf/uuid/4f86bfff-a981-3ea1-b506-72e50bb97253?page=1> (abgerufen am: 14.09.2025).

Personalbemessung in stationären Pflegeeinrichtungen – Zur Legitimation und den fragwürdigen Konsequenzen einer gesetzlich verordneten „Organisationsentwicklung“

HANS-DIETER NOLTING,
PROF. DR. DR. H.C.
ANDREAS BÜSCHER

Hans-Dieter Nolting, Dipl.-Psych., Geschäftsführer, IGES Institut GmbH, Fried- richstrasse 180, 10117 Berlin, hans-dieter.nolting@iges.com

Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Büscher, Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
a.buescher@hs-osnabrueck.de

Pflegeeinrichtungen, die eine höhere Personalausstattung gemäß den Anhaltswerten in § 113c Absatz 1 SGB XI geltend machen wollen, sollen künftig Maßnahmen der Organisations- und Personal- entwicklung durchführen (§ 113c Absatz 3 SGB XI), die in einem aktuell noch laufenden Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3b SGB XI entwickelt werden. Der Beitrag zeigt im ersten Teil auf, dass die Begründung für die Verpflichtung zu extern vorgegebenen Organisationsentwicklungsmaßnahmen auf schwachen Füßen steht. Im zweiten Teil werden die bislang durch das Modellvorhaben publizierten Konzepte einer „Qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitsorganisation in der Langzeitpflege“ einer Analyse und Kritik unterzogen.

1. Hintergrund

Seit dem 1. Juli 2023 gelten bundesweit einheitliche Anhaltswerte für die Personalausstattung von stationären Pflegeeinrichtungen (§ 113c Absatz 1 SGB XI). Die Anhaltswerte geben getrennt für drei Qualifikationsstufen (Hilfskraftpersonal ohne spezifische Ausbildung, Hilfskraftpersonal mit mindestens einjähriger Ausbildung, Fachkraftpersonal) an, wie viele vollzeitig beschäftigte Mitarbeitende je pflegebedürftige Person eines Pflegegrades von der Pflegeeinrichtung mit den Kostenträgern im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen (§ 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 SGB XI) vereinbart werden können. Die Anhaltswerte stellen somit eine Obergrenze der Personalausstattung dar, die von den Pflegeeinrichtungen im Regelfall beansprucht und unter bestimmten Bedingungen auch überschritten werden kann (vgl. § 113c Absatz 2 SGB XI). In Bezug auf die Mindestpersonalausstattung gelten dagegen die Bestimmungen, die sich aus den je-

weiligen Landesrahmenverträgen (§ 75 Absatz 1 SGB XI) ergeben.

Mit der in dieser Form durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungs- gesetz (GVWG) eingeführten Fassung der Vorschrift zur „Personalbemessung in stationären Pflegeeinrichtungen“ (§ 113c SGB XI) wurde ein weiterer Schritt im Gefolge der Reformen durch die Pflegestärkungsgesetze (PSG I und PSG II) vollzogen. Durch das PSG II wurde die „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben“ beschlossen (§ 113c SGB XI i.d.F. des PSG II). Das Verfahren sollte die Neu- ausrichtung der Pflege unterstützen bzw. ermöglichen und daher explizit „unter Berücksichtigung der fachlichen Ziele und Konzeption des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (ebd.) erstellt werden. In Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrags wurde durch ein 2020 abgeschlossenes

Forschungsprojekt¹ die Methodik entwickelt, aus der die aktuellen Anhaltswerte in § 113c Absatz 1 SGB XI hergeleitet wurden. Dabei ist das unmittelbare Ergebnis des PeBeM-Projekts – der sog. „Algorithmus 1.0“ – nur in einer quantitativ abgemilderten Form umgesetzt worden. Zur Begründung wurde darauf verwiesen, dass das Forschungsprojekt nicht näher spezifizierte Effizienzreserven in der Versorgung gefunden habe, die im Rahmen einer zunächst modellhaften Einführung der neuen Personalbemessung identifiziert werden sollten, um dann zu einem „Algorithmus 2.0“ zu gelangen, der in der Logik des Arguments also zu niedrigeren Anhaltswerten als denen des „Algorithmus 1.0“ führen müsste².

2. Organisationsentwicklung gemäß externer Vorgaben als Voraussetzung für den sinnvollen Einsatz von „Mehrpersonal“

Der Aspekt der Refinanzierung einer angemessenen Personalausstattung ist zweifellos von großer Bedeutung nicht nur für die Umsetzung des mit den Pflegerreformen seit 2017 initiierten neuen Pflegeverständnisses, sondern generell für die pflegerische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Auch die methodische Vorgehensweise des Projekts zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens („PeBeM“) sowie das zentrale Ergebnis („Algorithmus 1.0“) wären aus unserer Sicht keiner grundsätzlichen Kritik bedürftig, wenn die PeBeM-Ergebnisse lediglich in die schrittweise Einführung eines Verfahrens zur Ableitung von Anhaltswerten für den refinanzierungsfähigen Personalmix auf Grundlage der Zusammensetzung der Bewohnerschaft nach Pflegegraden münden würden. Dies ist jedoch nicht der Fall. Pflegeeinrichtungen, die eine höhere Personalausstattung entsprechend der Anhaltswerte gemäß § 113c Absatz 1 SGB XI beanspruchen wollen, sollen gem. § 113c Absatz 3 Nr. 1 SGB XI „Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen“. Und zwar nicht selbst gewählte, sondern die Maßnahmen, die in einem derzeit noch laufenden und voraussichtlich im Herbst 2025 abgeschlossenen Modellvorhaben entwickelt und erprobt wurden (vgl. § 8 Absatz 3b SGB XI).

Aus PeBeM resultiert also nicht allein ein administratives Verfahren, das in den Pflegesatzverhandlungen zum Einsatz

kommen soll. PeBeM, so empfohlen es die beteiligten Wissenschaftler und so hat der Gesetzgeber es vorgeschrieben, soll auch zu einer anderen Arbeitsorganisation in den Pflegeeinrichtungen führen. Die konkrete pflegerische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen lässt sich nach Ansicht der PeBeM-Autoren nicht allein durch die Gewährung einer höheren Personalausstattung verbessern, sondern erfordert auch tiefgreifende „Organisationsreformen“ in den Einrichtungen. Damit nicht genug, das PeBeM-Projekt will im Rahmen seiner Untersuchungen auch festgestellt haben, dass Pflegeeinrichtungen nicht in der Lage wären, ein ggf. zusätzlich gewährtes „Mehrpersonal“ sinnvoll, d.h. im Sinne einer Steigerung der Pflegequalität, einzusetzen. Damit scheidet eine eigenständig von den Einrichtungen durchgeführte Personal- und Organisationsentwicklung offenbar aus.

Dass in den Pflegeeinrichtungen aufgrund der Personalmangelsituation nicht nur während der Untersuchungszeit des PeBeM-Projekts (2018), sondern bis heute große und vielfach extreme arbeitsorganisatorische Herausforderungen herrschen, braucht nicht weiter erörtert zu werden. Die Tatsache, dass in deutschen Pflegeheimen ausweislich der Ergebnisse der externen Qualitätsprüfungen³ trotzdem ganz überwiegend Pflege von hoher Qualität geleistet wird, ließe eher auf besondere Expertise der Pflegeeinrichtungen bzw. der dort Tätigen und Verantwortlichen in Fragen der Arbeitsorganisation und des Personalmanagements schließen. Insofern lohnt es sich genauer zu betrachten, auf welcher Grundlage das PeBeM-Projekt zu der Empfehlung gelangt ist, dass „[...] die Einführung des Personalbemessungsverfahrens durch eine *Personal- und Organisationsentwicklung* flankiert werden [sollte], da nur so sichergestellt werden kann, dass resultierende Personalmehrungen sinnvoll zur Steigerung der Pflegequalität und Reduktion der Arbeitsbelastung in der Pflege verwendet werden können.“⁴

Nachfolgend wird daher zunächst die im PeBeM-Abschlussbericht enthaltene Argumentation zur Begründung der Notwendigkeit einer tiefgreifenden Organisationsreform der stationären Pflege nä-

her beleuchtet. Anschließend werden die Vorstellungen einer „qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitsorganisation im Überblick dargestellt, die von den Auftragnehmern des noch laufenden Mo-

Zur pflegerischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner wird eine eigenständig von den Einrichtungen durchgeführte Personal- und Organisationsentwicklung offenbar ausgeschlossen.

dellvorhabens nach § 8 Absatz 3b SGB XI in einem als „Vorbereitungspapier“ bzw. „erste Arbeitshilfe“ bzw. bezeichneten Papier⁵ beschrieben werden. Das Papier soll es interessierten Pflegeeinrichtungen ermöglichen, sich auf die für 2025 angekündigten endgültigen Projektergebnisse vorzubereiten. Abschließend werden diese Überlegungen einer Analyse und Bewertung unterzogen.

Als Bezugsrahmen dient dabei das Konzept einer person-zentrierten Pflege, das die Beziehungsgestaltung in den Mittelpunkt stellt⁶. Pflegerisches Handeln berücksichtigt zwar übergreifende fachliche Standards, es findet jedoch stets

1 SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Institut für Arbeit und Wirtschaft, Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (2020). Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf (Aufruf 01.05.2025)

2 Vgl. BT-Drucksache 19/30560, S. 75f; SOCIUM et al. 2020, Abbildung 114 auf S. 420

3 Vgl. die Berichte des MD Bund bzw. MDS über die Qualität in der ambulanten und stationären Pflege: <https://md-bund.de/richtlinienpublikationen/pflegequalitaet/unser-pflegequalitaetsberichte.html>

4 A.a.O. S. 419, Hervorhebung im Original

5 Universität Bremen, Hochschule Bremen, contec GmbH (2024). Erste Hinweise zur Umsetzung. Qualifikations- und kompetenzorientierte Arbeitsorganisation in der vollstationären Langzeitpflege. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/Erste_Hinweise_zur_Umsetzung_einer_qualifikations- und kompetenzorientierten_Arbeitsorganisation.pdf (Aufruf 01.05.2025)

6 Eine Orientierung zur Beziehungsgestaltung findet sich in: DNQP (Hg.) (2019): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Osnabrück: DNQP

im Rahmen einer Beziehung zu einem einzelnen Menschen statt und sollte so gestaltet werden, dass die pflegebedürftige Person sich (in ihrem individuellen Person-sein) gehört, verstanden, angenommen und respektiert fühlt.

3. Zur Begründung der Notwendigkeit von Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung als Voraussetzung für den sinnvollen Einsatz von zusätzlichen Personalressourcen

Im Rahmen des PeBeM-Projekts wurden in gut 50 vollstationären Einrichtungen die von den Pflegenden durchgeführten pflegerischen „Interventionen“ durch pflegefachlich qualifizierte und eigens geschulte Beobachter (sog. Schatten) beobachtet und dokumentiert. Grundlage der Beschattung bzw. der Datenerhebung war eine zuvor von dem Studienteam zusammen mit einer Bezugspflegekraft für die betreffende pflegebedürftige Person entwickelte „individualisierte tagesstrukturierte Interventionsplanung“. Von den Schatten wurde dann die tatsächliche Ausführung dieser Interventionsplanung durch die Pflegenden beobachtet und dabei gleichzeitig folgende Einstufungen bzw. Erhebungen vorgenommen: (1) Es wurde festgehalten, ob eine geplante Intervention überhaupt erbracht wurde. (2) Es wurde dokumentiert, ob eine Intervention durch eine Person erbracht wurde, die das für diese Intervention von dem Studienteam zuvor festgelegte Qualifikationsniveau aufweist (oder ggf. ein höheres oder niedrigeres). (3) Es wurde die tatsächliche Zeit für die Durchführung einer geplanten Intervention gemessen (IST-Zeit) und zusätzlich bewertet, ob die Zeit für eine fachgerechte Erbringung der Intervention ausreichend war bzw. höher/niedriger sein sollte. Aus diesen Daten (IST-Zeiten plus eingestuftes Delta) wurde dann für jede Intervention des Interventionskatalogs eine SOLL-Zeit abgeleitet.

Die auf diese Weise gewonnenen Daten wurden primär für die Entwicklung der Rechenvorschriften genutzt, die die Ableitung der qualitativ und quantitativ als adäquat geltenden Personalmenge für eine gegebene Bewohnerschaft mit einem bestimmten Mix von Pflegegraden erlaubt („Algorithmus 1.0“). Darüber hinaus ermöglichen die Daten jedoch auch

einen Vergleich zwischen der von den Schatten dokumentierten IST-Situation der Versorgung in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen und der aus den von der Studie entwickelten Verfahren und Kriterien resultierenden SOLL-Situation in Bezug auf den qualitativen Personaleinsatz.

Bei diesen Vergleichen wurde zum einen festgestellt, dass der Anteil der Fachkräfte an der Versorgung der Pflegebedürftigen (IST-Zeitmenge) in den Pflegegraden PG 1 bis PG 4 sowie bei Bewohnern/innen ohne Pflegegrad mit Werten zwischen 54% und 46% etwa auf gleichem Niveau und durchgängig höher lag als der nach den Kriterien der Studie angemessene SOLL-Anteil, der sich zwischen 17 % und 39 % bewegte⁷. Lediglich im PG 5 wurde umgekehrt mit einem Anteil an der gesamten Versorgungszeit von 46 % ein unter dem SOLL-Wert (64 %) liegender Fachkraftanteil gefunden. Zusammenfassend wird festgestellt: „Insgesamt liegt der mittels der bundesdurchschnittlichen Pflegegradverteilung gewogene Fachkraftanteil des Durchschnittsbewohners im SOLL mit 38,0 % unter dem des IST mit 46,4 %“⁸.

Aus der Tatsache, dass die Fachkraftanteile in der IST-Situation kaum nach Pflegegrad variieren, wogegen die SOLL-Anteile zumindest von PG 2 (17 %) bis PG 5 (64 %) deutlich ansteigen, ziehen die PeBeM-Autoren folgenden Schluss: „Dies ist Ausdruck der derzeitigen Praxis, Pflegeleistungen von den Pflegepersonen erbringen zu lassen, die in diesem Moment zur Verfügung stehen, während das SOLL⁹ eine kompetenzorientierte Pflege abbildet. An dieser Stelle wird ein erheblicher Bedarf an Organisationsreformen erkennbar, dessen Bearbeitung mit der Einführung des Personalbemessungsverfahrens einhergehen muss.“¹⁰

Alternative Erklärungen für den vermeintlich inadäquaten Einsatz der Fachkräfte als die „derzeitige“, einer „Organisationsreform“ bedürftige Praxis werden von den Autoren nicht in Betracht gezogen. So wäre u.E. beispielsweise zu reflektieren, ob ein „nicht qualifikations- und kompetenzorientierter“ Personaleinsatz möglicherweise durch die herrschende Personalsituation in den untersuchten Pflegeeinrichtungen erzwungen wurde. Den Ergebnissen der von PeBeM durchgeführten „Ergänzenden Strukturdatenerhebung“¹¹ zufolge hatten alle 31 Einrichtungen, die entspre-

chende Daten geliefert haben, einen „relativen Personalmehrbedarf“ – also eine Unterbesetzung in Bezug auf die zum Erhebungszeitpunkt jeweils vereinbarten Personalschlüssel. Bei 25 dieser 31 Einrichtungen lag der Mehrbedarf bei 30 % oder mehr, darunter fünf Einrichtungen mit über 50 % Mehrbedarf¹². Neben dem Fehlen von Personal wäre zusätzlich die Fluktuation beim vorhandenen Personal zu betrachten, die sich aus den Angaben im PeBeM-Bericht nicht exakt ermitteln lässt. Aus den Angaben in Tabelle 34 (Personalausstattung nach Qualifikationsniveaus, basierend auf Angaben von 37 Einrichtungen) sowie Tabelle 32 und 33 (Personalab- bzw. -zugänge nach QN, basierend auf Angaben von 40 Einrichtungen) lässt sich jedoch abschätzen, dass die Fluktuation ein erhebliches Ausmaß aufwies.

Von den mit den Datenerhebungen betrauten Personen („Schatten“) wurde der vermutlich starke Einfluss der teilweise besorgniserregend schlechten IST-Personalsituation in den teilnehmenden Einrichtungen auf die Untersuchungsergebnisse in ihren zusätzlichen Kommentierungen auch gesehen: „Gründe für eine nicht fachgerechte Leistungserbringung können die Defizite in der Strukturqualität sein. Vor allem die geringe Personalausstattung und das hohe Arbeitspensum der Pflegenden wurden in diesem Zusammenhang kausal benannt.“¹³

Als ein weiterer Faktor für die „derzeitige Praxis, Pflegeleistungen von den Pflegepersonen erbringen zu lassen, die in diesem Moment zur Verfügung stehen“ wäre ferner zu prüfen, welche Rolle die ordnungsrechtlich vorgeschriebene Fachkraftquote von 50 % spielte. Diese sorgt zumindest in der Tendenz dafür, dass Fachkräfte in Relation zur Belegung in ausreichender Zahl „zur Verfügung stehen“ müssen, wogegen das Fehlen von Assistenzkräften zumindest ordnungsrechtlich liberaler gesehen wird. Dies könnte angesichts der von PeBeM festgestellten ausprägten Personalmangelsituationen zur Folge haben, dass

⁷ Vgl. PeBeM-Abschlussbericht, Abbildungen 63 bis 65

⁸ PeBeM-Abschlussbericht, S. 253f

⁹ Im Original heißt es „das soll“, was offenbar ein redaktioneller Fehler ist.

¹⁰ PeBeM-Abschlussbericht, S. 253

¹¹ Abschnitt 5.4 des PeBeM-Abschlussberichts

¹² PeBeM-Abschlussbericht, S. 164

¹³ PeBeM-Abschlussbericht, S. 165

Fachkräfte Aufgaben unterhalb ihres Qualifikationsniveaus erledigen (müssen), weil sie – im Gegensatz zu den Assistenzkräften – eben „zur Verfügung stehen“. Diese aufgrund der Fachkraftquote mögliche Konsequenz mag seltsam erscheinen, noch seltsamer ist allerdings die Schlussfolgerung, dass deshalb die Pflegeeinrichtungen einer „Organisationsreform“ bedürfen.

Als weiterer Hinweis auf eine mangelhafte Arbeitsorganisation in den Pflegeeinrichtungen wird der in Abbildung 66 des PeBeM-Abschlussberichts dargestellte Befund gewertet, dass in der IST-Situation „ein gutes Viertel“ der Arbeitszeit der Assistenzkräfte auf Interventionen entfiel, für die sie nicht das von PeBeM gemäß dem „Qualifikationsmixmodell“ vorgesehene Qualifikationsniveau besaßen. Dieses und auch das zuvor mit Blick auf die Pflegebedürftigen des PG 5 berichtete Ergebnis eines zu niedrigen Fachkraftanteils wirft beim Leser die Frage auf, um welche Interventionen es sich dabei konkret handelte. Insbesondere ob es hier um potenziell folgenschwere Kompetenzüberschreitungen ging oder um Leistungen, die von einer entsprechend erfahrenen Person u.U. auch ohne passende Formalqualifikation erbracht werden können, zumal in ausgeprägten Personalmangelsituationen, wie sie in vielen untersuchten Einrichtungen offenbar herrschten.

Dazu enthält der PeBeM-Bericht keine zusammenfassenden Analysen. Lediglich aus den „Steckbriefen“ zu allen Interventionen im Anhang des Berichts lässt sich entnehmen, welcher Anteil an der Zeitmenge für die betreffende Intervention von Fach- bzw. Assistenzkräften im IST ermittelt wurde und im SOLL von PeBeM vorgesehen ist. Die – zugegebenermaßen mühsame – Beschäftigung mit diesen „Interventionssteckbriefen“ lohnt sich, insofern man erkennt, wie leicht man bei der „qualifikations- und kompetenzorientierten Pflege“ etwas falsch machen kann. So liegt bspw. stets eine Kompetenzüberschreitung vor, wenn Assistenzkräfte „Bewegungsförderung“ (Intervention 1.1) durchführen, eine Intervention, die insgesamt viel zu selten erbracht wurde, dann aber häufig von Assistenzkräften. Ein massives Leistungsdefizit wurde auch bei der „Biographiearbeit“ (Intervention 2.12) festgestellt, eine Intervention, die ebenfalls gemäß dem PeBeM-Qualifikationsmixmodell

nahezu ausschließlich durch Fachkräfte erbracht werden soll – mit Ausnahme eines kleinen Anteils für die Assistenzkräfte bei PG 5 (redaktioneller Fehler?). Auch hier zeigt die IST-Situation ganz überwiegend Leistungserbringungen durch Assistenzkräfte. Teilweise deutlich über dem SOLL liegt die Beteiligung der Assistenzkräfte bei der Intervention „Haar-

gung oder die Beziehungen zwischen Pflegenden und Gepflegten“?

Mit Blick auf den eigentlichen Zweck der Entwicklung eines Personalmessungsverfahrens soll hier nicht das methodische Vorgehen der PeBeM-Studie insgesamt in Zweifel gezogen werden. Angesichts der Tatsache, dass die IST-Situation in den Einrichtungen offenbar

durch erhebliche Personalengpässe geprägt war, erscheint es jedoch kaum nachvollziehbar, die beobachteten Abweichungen zwischen dem faktischen Personaleinsatz und den sophistizierten PeBeM-SOLL-Vorstellungen primär einer mangelnden Fähigkeit zur Arbeitsorganisation anzulasten. Eine solche Schlussfolgerung erforderte zumindest empirisch überzeugende Belege, dass unabhängig von der faktischen Personalausstattung und -verfügbarkeit zum Zeitpunkt der „Beschattung“ (mit

der Folge dass Pflegeleistungen von den Pflegepersonen erbracht werden, „die in diesem Moment zur Verfügung stehen“) die mangelnden Kompetenzen der Pflegenden bzw. Pflegeeinrichtungen in den Bereichen der Arbeitsorganisation, Aufgabenverteilung etc. maßgeblich für die beobachteten Divergenzen in der Passung von Aufgabe und Qualifikationsniveau verantwortlich waren.

Solche empirischen Belege sind in dem PeBeM-Abschlussbericht nicht zu finden, was nicht weiter zu beanstanden wäre, da die Untersuchung von Organisationsmängeln gar nicht zu den Zielen dieser Studie gehörte. Dies führt auf das fundamentale Problem der im PeBeM-Abschlussbericht entfalteten Argumentation. Das methodische Instrumentarium, mit dem die „Schatten“ in den Pflegeeinrichtungen tätig waren, wurde einzig für den Zweck der Parametrisierung des Verfahrensmodells für die Personalbemessung entwickelt¹⁴ und hat sich in dieser Hinsicht auch bewährt. Überraschenderweise werden die dabei gewonnenen Daten jedoch auch zur „Organisationsdiagnostik“ genutzt. Diese „Zweitnutzung“ der Unter-

Stehen die von PeBeM vorgenommenen Zuordnungen von Interventionen zu Qualifikationsniveaus auf hinreichend gesicherter Grundlage und können sie in diesem Detaillierungsgrad überhaupt zu einer zweckmäßigen Arbeitsorganisation beitragen?

pflege und Rasur“ (Intervention 4.6, bei PG 4 und 5), beim „Baden“ nur in PG 4 (Intervention 4.11), beim „Duschen“ dagegen nur bei PG 5 (Intervention 4.12). All diese Abweichungen haben neben zahlreichen weiteren auf das „gute Viertel“ der Leistungen eingezahlt, die die Assistenzkräfte oberhalb ihres Qualifikationsniveaus erbracht haben. Abgesehen von der bislang kaum diskutierten Frage, inwieweit die von PeBeM vorgenommenen Zuordnungen von Interventionen zu Qualifikationsniveaus auf hinreichend gesicherter Grundlage stehen und in diesem Detaillierungsgrad überhaupt zu einer zweckmäßigen Arbeitsorganisation beitragen können, verweisen die aufgeführten Beispiele auf ein zentrales Problem des Konzepts des Modellvorhabens, wie Pflege künftig organisiert werden soll: Wenn eine Assistenzkraft bestimmte „Interventionen“ bei einem pflegebedürftigen Menschen lange zu dessen Zufriedenheit durchgeführt hat (aus Sicht von PeBeM berechtigterweise, weil die Person noch einen niedrigeren Pflegegrad hatte), mit fortschreitendem Pflegegrad gemäß PeBeM aber eine höher qualifizierte Pflegekraft die betreffende pflegerische Hilfe übernehmen muss, dann stellt sich die grundsätzliche Frage, was man unter Pflegequalität versteht: die gemäß der PeBeM-Kriterien qualifikationsadäquate Interventionserbrin-

14 Die Überführung des „Inputvektors“ (Zahl und Pflegegrade der gepflegten Bewohnerinnen und Bewohner) in den „Outputvektor“ (Zahl und Qualifikationsniveaus der erforderlichen Pflegenden), vgl. Abschnitt 3.3.2 des PeBeM-Abschlussberichts.

suchungsergebnisse wäre u.U. zulässig, wenn man unterstellen könnte, dass die im PeBeM-Projekt angewendete methodische Vorgehensweise zur Erhebung der „Parametrisierungsdaten“ gleichzeitig auch das angemessene, fachlich anerkannte und in der bestehenden Praxis von den Einrichtungen zumindest angestrebte Modell für die „reale“ Pflege ist. Dies war 2018 nicht und ist auch heute nicht der Fall – soll aber zukünftig der Fall sein, jedenfalls, wenn man den bisher erkennbaren Intentionen des Modellvorhabens folgt.

Um die angesprochene Aufgabe der Parametrisierung des PeBeM-Verfahrensmodells leisten zu können, mussten von den Untersuchern im Vorfeld eine Reihe von normativen Festlegungen getroffen werden, wie bspw. die Nutzung eines für die Untersuchungszwecke geeigneten Interventionskatalogs, die deterministische Verknüpfung von mit dem Begutachtungsinstrument (BI) gewonnenen Ergebnissen mit einzelnen Interventionen dieses Katalogs für die Ableitung der im Einzelfall für die Zwecke der Untersuchung als „notwendig“ geltenden Interventionen sowie die Vorgabe von „notwendigen Qualifikationsniveaus“ für die Erbringung der jeweiligen Intervention unter Berücksichtigung des Pflegegrads der Person sowie ggf. zusätzlicher Personenmerkmale. Dieses Vorgehen entspricht der wissenschaftlich üblichen Methodik bei solchen Aufgabenstellungen und wird auch nicht dadurch entwertet, dass sich ggf. einzelne Aspekte und Elemente kritisieren lassen: Der Interventionskatalog muss nicht „die Langzeitpflege insgesamt“ abbilden, solange er hinreichend umfassend und geeignet ist, das pflegerische Leistungsspektrum im Hinblick auf einen Algorithmus zur Generierung von Anhaltswerten für die Personalausstattung abzubilden. Eine Verknüpfung von Interventionen mit adäquaten Qualifikationsniveaus ist methodisch erforderlich, wenn die Aufgabe darin besteht, eine qualifizierte, d.h. nach Qualifikationsniveaus differenziertere, Personalbemessung zu entwickeln. Auch diese Verknüpfungen müssen nicht auf alle denkbaren Konstellationen perfekt passen, solange die aus Unvollkommenheiten der Methodik resultierenden „Fehler“ in einem für den Verwendungszweck tolerierbaren Bereich bleiben. Mit der Behauptung, dass in der Praxis der Pflege auftretende Abweichungen von

den zu Forschungszwecken festgelegten Normen als korrekturbedürftige Fehler (mangelhafte Arbeitsorganisation) zu bewerten seien, wird jedoch eine andere Ebene betreten, in der die Methodik nicht mehr angemessen, sondern übergriffig ist.

Um es an einem konkreten Beispiel zu verdeutlichen: Es ist eine Sache, einen fachlichen Konsens zu erzielen, dass Maßnahmen der Bewegungsförderung (Intervention 1.1) im Grundsatz durch Fachkräfte ab Qualifikationsniveau 4 (QN 4) erbracht werden sollen und daher ein Algorithmus zur Personalbemessung u.a. diese Vorgabe berücksichtigen soll. Eine andere Sache ist es, einen fachlichen Konsens zu der Frage zu erzielen, dass Abweichungen von dieser grundsätzlichen Empfehlung in realen Pflegesituationen stets als korrekturbedürftiger Fehler zu bewerten sind. PeBeM ignoriert bei der Bewertung der Untersuchungsergebnisse diesen Unterschied und nimmt sich die Freiheit, jeden beobachteten Fall einer Durchführung von Interventionen aus einem gemäß PeBeM-Erhebungssystematik „falschen QN“ als Beleg für arbeitsorganisatorische Inkompetenz zu werten.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass die von PeBeM gelieferte empirische Grundlage für die weitreichenden Ableitungen zur Notwendigkeit von verbindlich durchzuführenden und einem extern vorgegebenen Konzept folgenden Maßnahmen zur Personal- und Organisationsentwicklung ausgesprochen schmal ist. Dies war den PeBeM-Autoren offenbar selbst (zumindest teilweise) bewusst, was erklären könnte, dass sie sich zur letztendlichen Begründung für die absehbare Unfähigkeit der Pflegenden zur eigenständigen Weiterentwicklung ihrer professionellen Praxis auf den glitschigen Pfad der Diagnose einer allgemein degenerierten „Professionskultur“ begeben:

„Dementsprechend sollte die Einführung des Personalbemessungsverfahrens durch eine *Personal- und Organisationsentwicklung* flankiert werden, da nur so sichergestellt werden kann, dass resultierende Personalmehrungen sinnvoll zur Steigerung der Pflegequalität und Reduktion der Arbeitsbelastung in der Pflege verwendet werden können. Kerngedanke ist hierbei, dass die Pflegenden auf die hohen Arbeitsbelastungen und die resultierende immense Arbeits-

verdichtung in den letzten Jahren bei akuter Notwendigkeit nicht nur mit einem kompensatorischen Arbeitsstil reagieren, sondern diesen bereits in die Professionskultur übernommen haben. Daher ist zu erwarten, dass die Pflegenden nur eingeschränkt in der Lage sein werden, ohne konkrete Anleitung in kürzester Zeit mit den neu zur Verfügung stehenden Kapazitäten eine fachgerechtere Pflege zu erbringen (vgl. Brühl & Planer 2019: 109). So werden die vor Jahren in der Ausbildung erlernten und durch den Zeitdruck nie einsetzbaren Kompetenzen nicht plötzlich aktiviert, wenn die Professionskultur weiterhin von den aufgezeigten hohen Arbeitsbelastungen und einer immanenten Zeitnot als Rahmen professionellen pflegerischen Handelns ausgeht.“¹⁵

Beeindruckt von so viel „Kulturpsychologie“ möchte man nur noch hinzufügen, dass die Pflegenden es sich am Ende ja selbst zuzuschreiben haben, wenn ihnen nun die Fähigkeit abgesprochen wird, mit den Personalmehrungen durch PeBeM etwas Vernünftiges anzufangen. Hätten sie doch in den schlechten Zeiten der hohen Belastungen und der Arbeitsverdichtung besser auf den „kompensatorischen Arbeitsstil“ verzichtet und sich dadurch eine genehmere „Professionskultur“ bewahrt!

4. Überblick zu den bisher publizierten Hinweisen zur Umsetzung einer „Qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitsorganisation in der vollstationären Langzeitpflege“

Primäres Ziel der durch das Modellvorhaben verfolgten Konzeption von Arbeits- und Organisationsentwicklung ist es sicherzustellen, dass „[...] die Pflegehandlungen von Personen mit den entsprechenden Qualifikationen vorgenommen werden, soweit dies im Rahmen der Bezugspflege möglich ist.“¹⁶

¹⁵ PeBeM-Abschlussbericht, S. 419. Bemerkenswert bei diesem Zitat ist auch die Unterstellung, dass infolge von PeBeM „in kürzester Zeit“ neue Kapazitäten zur Verfügung stehen würden, wo doch in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen schon die ohne PeBeM vorgesehenen Personalkapazitäten offenbar in erheblichem Maße fehlten.

¹⁶ A.a.O. S. 12

Voraussetzung für das Gelingen einer solchen Organisationsentwicklung ist eine genaue Kenntnis der Qualifikationen und Kenntnisse der Mitarbeitenden, ergänzt um Maßnahmen zu deren Weiterentwicklung.

Ein großer Teil des „Vorbereitungspapiers“ ist daher zunächst Aspekten der Personalentwicklung gewidmet: Mit Blick auf die angestrebte „Qualifikations- und kompetenzorientierte Arbeitsorganisation“ wird es für erforderlich erachtet, dass Pflegeeinrichtungen

Das Modell einer primär qualifikationsgebundenen Aufgabenverteilung steht offensichtlich in einem Spannungsverhältnis zum Konzept der Bezugspflege.

zunächst für jede mitarbeitende Person die vorhandenen beruflichen Qualifikationen sowie die tatsächlichen pflegerischen Fähigkeiten und Kenntnisse systematisch ermitteln bzw. erheben. Den Bezugsrahmen bildet dabei ein Katalog von pflegerischen Interventionen, der das mögliche Spektrum von pflegerischen Maßnahmen in der Langzeitpflege vollständig abbilden soll und zu jeder Intervention oder Klasse von Interventionen das erforderliche Qualifikationsniveau bzw. die Kompetenzanforderungen spezifiziert. Die IST-Analyse der Qualifikationen und Kompetenzen der Belegschaft in Bezug auf diesen Interventionskatalog ist erforderlich, um festzustellen, welche Belegschaftsangehörigen für die Durchführung welcher pflegerischen Interventionen (formal und faktisch) in Frage kommen oder ggf. nach Absolvieren von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen künftig eingesetzt werden können.

Das eigentliche Ziel und Zentrum des von dem Modellvorhaben entwickelten Konzepts ist die Etablierung einer „Pflegeprozesssteuerung“ bzw. einer „regelbasierten Steuerung des Pflegealltags“¹⁷: Ausgangspunkt sind die „Bedarfe und Bedürfnisse“ der Pflegebedürftigen, die im Rahmen der „Pflegeprozesssteuerung“ in eine Menge von notwendigen bzw. geeigneten pflegerischen Interventionen aus dem Interventionskatalog übersetzt werden. Jeder Katalogintervention ist wiederum ein erforderliches

Qualifikations- und Kompetenzniveau zugeordnet, wobei ggf. auch mit der pflegebedürftigen Person verbundene Randbedingungen (insbesondere die „Komplexität der Pflegesituation“) berücksichtigt werden können. Sofern die Einrichtung über die beschriebene IST-Analyse der Qualifikationen und Kompetenzen der Mitarbeitenden verfügt, ergibt sich schließlich in einem weiteren Schritt, welche konkreten Kolleginnen und Kollegen für die Durchführung der Interventionen bei der betreffenden Person in Frage kommen.

Das Modell soll somit primär sicherstellen, dass „[...] die Aufgaben, die ausgehend von den Bedarfen und Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen definiert werden, qualifikations- und kompetenzgerecht auf die vorhandenen Pflegenden verteilt werden“.

Es soll also vermieden werden, dass Höherqualifizierte Aufgaben unterhalb ihres Qualifikationsniveaus wahrnehmen, wie auch umgekehrt, dass geringer Qualifizierte Aufgaben erfüllen, für die sie formal nicht qualifiziert sind. Das im Rahmen der IST-Analyse durchzuführende Assessment der tatsächlichen Kompetenzen soll ferner dafür sorgen, dass Personen, die zwar formal qualifiziert, aber faktisch nicht (mehr) in der Lage sind, bestimmte Interventionen fachgerecht zu erbringen, von den entsprechenden Interventionen ausgeschlossen werden, solange sie nicht durch Fortbildungsmaßnahmen die betreffenden Fähigkeiten wieder erwerben.

Dieses Modell einer primär qualifikationsgebundenen Aufgabenverteilung steht offensichtlich in einem Spannungsverhältnis zum Konzept der Bezugspflege, die eine möglichst große personelle Kontinuität der pflegenden Personen fordert, um den Aufbau einer Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten zu fördern. Je konsequenter eine an dokumentierte Kompetenzen und Qualifikationen gebundene und darüber hinaus effiziente Allokation¹⁸ von Personalressourcen umgesetzt wird, desto eher wird es zu Brüchen in der Versorgungskontinuität kommen, weil eine vorgesehene Pflegehandlung nach einer Pflegeperson mit einer anderen (höheren oder niedrigeren, je nachdem) Qualifikation verlangt.

Die Autoren des „Vorbereitungspapiers“ sehen diesen Widerspruch

durchaus und konzedieren, dass „eine einseitige Orientierung am Ziel reiner Kompetenzorientierung [...] womöglich dazu führen [würde], dass Arbeitsabläufe [...] so auf Pflegekräfte verteilt werden, dass eine große Zahl an Pflegekräften an der Versorgung einer pflegebedürftigen Person beteiligt ist. In der Folge könnte Bezugspflege dadurch erschwert bzw. sogar unmöglich gemacht werden“.¹⁹ Um diesem Problem abzuhelfen wird der Begriff der „kompetenzorientierten Bezugspflege“ eingeführt: „In der kompetenzorientierten Bezugspflege begrenzt das Konzept der Bezugspflege als zweites Ziel daher die Kompetenzorientierung, während die Kompetenzorientierung ihrerseits zu Anpassungen im Konzept der Bezugspflege führen kann.“²⁰ An diesem Punkt endet offenbar die angestrebte „regelbasierte Steuerung“ und die Auflösung des Widerspruchs zwischen Bezugspflege und Kompetenzorientierung wird dem Gleichgewichtsempfinden der Pflegeeinrichtungen überantwortet: „Aufgabe jeder Einrichtung ist es, die für sie ideale Balance zwischen den beiden Zieldimensionen Kompetenzorientierung und Bezugspflege zu finden, um so kompetenzorientierte Bezugspflege zu gewährleisten.“²¹

Als weitere Elemente der Organisations- und Personalentwicklung sollen die Einrichtungen auch ihre bestehende Arbeitsorganisation einer IST-Analyse unterziehen, bei der sie untersuchen, welche Mitarbeitenden welche pflegerischen Aufgaben übernehmen und inwiefern die bestehende Aufgabenverteilung dem Zielbild der kompetenz- und qualifikationsorientierten Aufgabenverteilung entspricht. Anschließend soll eine „einrichtungsorientierte SOLL-Vision“ entwickelt und im Zuge eines „Change-Prozesses“ umgesetzt werden. Im Rahmen des Change-Prozesses sind „Interventionen vorrangig zu adressieren“, bei denen „Leistungserbringungen erfolgen, für die die Pflegekräfte deutlich über- oder unterqualifiziert sind“²².

17 A.a.O. S. 23

18 Effizienz bedeutet hier insbesondere, dass keine Pflegeperson „Interventionen“ durchführt, die von einer geringer qualifizierten Person verrichtet werden können.

19 A.a.O., S. 14

20 Ebd., Hervorh. im Original

21 Ebd.

22 A.a.O. S. 20

5. Bewertung der bisher publizierten Konzepte des Modellvorhabens

Zur Erläuterung des künftig anzustrebenden „kompetenzorientierten Personaleinsatzplanungsprozesses“ nimmt das „Vorbereitungspapier“ ausdrücklich auf den vierphasigen Pflegeprozess Bezug und verweist auf dessen Verwendung im „Strukturmodell“. Das in der Praxis weit verbreitete „Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ wurde mit dem Ziel entwickelt, eine stärker person-zentrierte Pflege zu unterstützen, indem die Erhebung und Dokumentation von pflegerelevanten Informationen auf die Bedürfnisse und Wünsche des pflegebedürftigen Menschen fokussiert und von aufwendigen, aber überflüssigen Routinen befreit wird²³. Den dort vorgesehenen vier Schritten des Pflegeprozesses wird nun ein fünfter hinzugefügt, indem zwischen „Interventionsplanung“ und „Durchführung“ als neuer Schritt eine „Personaleinsatzplanung“, d.h. die „kompetenzorientierte Organisation der Bezugspflege“ eingeschaltet wird²⁴.

Dies könnte man auf den ersten Blick für eine Art Kategorienfehler halten, insofern der Pflegeprozess ein Modell für die Strukturierung der Versorgung des einzelnen pflegebedürftigen Menschen ist, wogegen die „Personaleinsatzplanung“ typischerweise auf der Ebene der Organisation angesiedelt ist. In der Logik der „qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitsorganisation“ ist diese Ergänzung des Pflegeprozesses um eine „arbeitsorganisatorische Ebene“ jedoch einleuchtend und notwendig, da es nicht darum geht, lediglich auf der Ebene der Pflegeeinrichtung einen qualitativ und quantitativ adäquaten Personalmix vorzuhalten. Dieses ursprüngliche, durch den „Algorithmus 1.0“ verkörperte und aktuell in § 113a SGB XI kodifizierte, Ziel der „Personalbemessung“ soll durch die von dem Modellvorhaben konzipierte „Organisationsreform“ bis auf die Versorgung des einzelnen Menschen heruntergebrochen werden. Nach den Vorstellungen der Auftragnehmer des Modellvorhabens sollen die verantwortlichen Pflegefachpersonen künftig im Rahmen der ihnen obliegenden Steuerung des Pflegeprozesses für jede pflegebedürftige Person stets auch die Kolleginnen und Kollegen festlegen, die die geplanten „Interventionen“ durchführen sollen. Bei der Zuordnung von Pflegeper-

sonen zu Pflegebedürftigen bzw. genauer zu Kombinationen von Interventionen/Pflegebedürftigen sollen in erster Linie die dokumentierten pflegerischen Qualifikationen und Kompetenzen maßgeblich sein – ggf. begrenzt durch Gesichtspunkte der Bezugspflege, je nachdem, welche „ideale Balance“ die Pflegeeinrichtung für sich gefunden hat.

Damit strebt die „Qualifikations- und kompetenzorientierte Arbeitsorganisation“ offenbar eine Verschiebung der Prioritäten bzw. der grundlegenden Ausrichtung von Pflege an: Nach dem Konzept der person-zentrierten Pflege bestünde der größtmögliche Fehler da-

Vorstellungen davon, warum ein Mensch der pflegerischen Unterstützung eines anderen Menschen bedarf. Die Ausgangspunkte pflegerischer Unterstützung werden u.a. als Pflegeprobleme, Selbstdpflegedefizite oder beeinträchtigte Selbständigkeit in zentralen Lebensaktivitäten bezeichnet²⁷²⁸. Gemeinsam ist ihnen, dass die dem individuellen Bedarf entsprechende pflegerische Unterstützung in einem interaktiven (und damit beziehungsorientierten) Prozess vereinbart und durchgeführt wird. Dem person-zentrierten Ansatz kommt somit zentrale Bedeutung für die Bewertung der individuellen Pflegequalität zu. Eine

so verstandene Pflegequalität kann in der Logik der „Qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitsorganisation“ nicht der primäre Maßstab für die Arbeitsorganisation sein, weil ein solches Qualitätsverständnis dazu führen kann, dass „falsch-qualifizierte“ Pflegepersonen sich um einen pflegebedürftigen Menschen kümmern (weil die beiden eine Beziehung zueinander haben).

Die Zuweisung der Aufgabe an die Pflegeeinrichtungen, „die für sie ideale Balance zwischen den beiden Zieldimensionen Kompetenzorientierung und Bezugspflege zu finden“ ist bemerkenswert. So erstaunt es, was den Pflegeeinrichtungen von den Autoren des Modellvorhabens plötzlich zugetraut bzw. zugestanden wird, wo doch deren vermeintliche Unfähigkeit zum sinnvollen Einsatz von „Mehrpersonal“ die wesentliche Begründung für das Mo-

Nicht die Sicherstellung der Pflegequalität, sondern eine höchstmögliche ökonomische Pflegeeffizienz ist der primäre Bezugsrahmen dieses „personal-zentrierten“ Konzepts: Jede pflegerische Aufgabe soll auf dem jeweils niedrigsten fachlich geeigneten Qualifikationsniveau erbracht werden.

rin, die Wünsche des pflegebedürftigen Menschen bei der Planung und Durchführung der Pflege zu ignorieren. Für die „Qualifikations- und kompetenzorientierte Arbeitsorganisation“ besteht der größtmögliche Fehler darin, dass eine „falsch-qualifizierte“ Pflegeperson zum Einsatz kommt. Der primäre Bezugsrahmen dieser „personal-zentrierten“ Pflege ist damit nicht die Sicherstellung der Pflegequalität, sondern das ökonomische Kriterium einer höchstmöglichen Pflegeeffizienz: Jede pflegerische Aufgabe soll auf dem jeweils niedrigsten fachlich geeigneten Qualifikationsniveau erbracht werden. Wenn eine Bezugspflegekraft eine Intervention erbringt, für die sie „überqualifiziert“ ist, liegt streng genommen eine Vergeudung von Personalressourcen vor, die möglichst zu vermeiden ist.

Weitgehend ignoriert werden in dem Ansatz grundlegende Arbeiten zum Pflegeprozess²⁵ und zu Pflegeorganisationssystemen wie dem Primary Nursing²⁶. Kern pflegetheoretischer Ansätze sind

23 Umfangreiche Informationen und Schulungsunterlagen finden sich unter: <https://www.ein-step.de>

24 A.a.O, S. 24

25 WHO (1987): People's Needs for Nursing Care: A European Study: a Study of Nursing Care Needs and of the Planning, Implementation, and Evaluation of Care Provided by Nurses in Two Selected Groups of People in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

26 Wessels, S. & Manthey, M. (2023): Primary Nursing – Primäre Pflege: Ein personenbezogenes Pflegesystem. Göttingen: Hogrefe

27 Wingenfeld, K., Büscher, A., Schaeffer, D. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8, Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld

28 Schaeffer, D., Moers, M., Steppe, H., Meleis, A.I. (Hg.) (2008): Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Bern: Huber

dellvorhaben und die Verpflichtungen des § 113c Absatz 3 SGB XI gewesen ist. Wenn man es den Pflegeeinrichtungen nun selbst überlässt, die Balance zu finden, so dürfte weiterhin das Risiko bestehen, dass sie der Bezugspflege gegenüber der Kompetenzorientierung ein zu großes Gewicht beimessen. Ferner erscheinen die in dem PeBeM-Abschlussbericht präsentierten empirischen Befunde bzw. deren Interpretation noch fragwürdiger: Dort wurde der dringende Bedarf an „Organisationsreformen“ daran festgemacht, dass bei den PeBeM-Untersuchungen festgestellt wurde, dass Fachkräfte einen zu großen Teil ihrer Arbeitszeit (46 % statt 38 %) mit Aufgaben verbrachten, die gemäß der PeBeM-Kriterien unter ihrem Qualifikationsniveau lagen, wogegen Assistenzkräfte teilweise auch Aufgaben erledigten, für die sie nach PeBeM nicht qualifiziert waren. Für PeBeM war dieser Mismatch Ausdruck von dringend zu behebenden Organisationsmängeln. Nach dem „Vorbereitungspapier“ käme als weiterer alternativer Erklärungsansatz nun auch in Frage, dass in den von PeBeM untersuchten Einrichtungen der Bezugspflege ein höherer Stellenwert beigemessen wurde als der „Kompetenzorientierung“.

In pflegerischen Konzepten wie dem Strukturmodell wird vor allem den Prozessschritten der Informationssammlung und Maßnahmenplanung besondere Aufmerksamkeit gewidmet, weil der kontinuierliche Abgleich zwischen den pflegefachlichen Notwendigkeiten und Standards und der Individualität der Person als die zentrale Aufgabe von Pflegefachpersonen im Rahmen des Pflegeprozesses gesehen wird. In dem „Vorbereitungspapier“ werden diese beiden Prozessschritte offenbar als wenig herausfordernd angesehen bzw. als bereits gelöst vorausgesetzt. Ein Grund dafür dürfte der „Interventionskatalog“ sein, der alle grundsätzlich möglichen pflegerischen Maßnahmen umfasst. So bleiben lediglich die Aufgaben der Feststellung der Bedarfe und Bedürfnisse sowie der Zuordnung von Bedarfen/Bedürfnissen zu den Kataloginterventionen noch zu lösen.

Das „Vorbereitungspapier“ macht keine näheren Aussagen dazu, wie die „Auswahl von Interventionen“ im Rahmen der „Interventionsplanung“ erfolgen soll, nachdem die Informationssammlung erfolgt ist. Aufgrund der Zielsetzung einer „regelbasierten Pflegeprozesssteuerung“

sowie der insgesamt großen Nähe des Konzepts zu den Vorgehensweisen, die im Rahmen des PeBeM-Projekts bei den empirischen Untersuchungen zum Einsatz kamen, darf man wohl die Befürchtung äußern, dass auch hier eine zu PeBeM analoge und dem Zielbild der „Pflegeprozesssteuerung“ möglichst nahe kommende Vorgehensweise favorisiert werden könnte.

Im PeBeM-Projekt wurde die Interventionsplanung „automatisiert“²⁹ aus dem BI-Profil der pflegebedürftigen Person erzeugt, d.h. Bedarf und Bedürfnisse der Person wurden mit den jeweiligen Ausprägungen der 64 BI-Items gleichgesetzt und über feste Regeln mit den Kataloginterventionen verknüpft. Anschließend wurde von dem Studienteam zusammen mit einer Bezugspflegekraft für die betreffende pflegebedürftige Person eine „individualisierte tagessstrukturierte Interventionsplanung“ entwickelt, die u.a. die benötigten Interventionsmengen und deren Verteilung über den Tag enthielt und die dann die Grundlage für die Beobachtung der tatsächlichen Pflege („Beschattung“) bildete. Die pflegebedürftige Person, um die es dabei ging, spielte in diesem Ablauf nur in Ausnahmefällen unmittelbar selbst eine Rolle, denn die „individualisierte“ Planung wurde „unter ggf. persönlicher Inaugenscheinnahme“³⁰ bzw. „punctueller Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen“³¹ erstellt.

Der Unterschied zwischen der im Rahmen von PeBeM praktizierten Informationssammlung und Maßnahmenplanung und person-zentrierten Pflegekonzepten ist evident. Im Rahmen eines Forschungsvorhabens mit dem Ziel der Entwicklung eines Algorithmus zur Personalbemessung lässt sich ein solches Vorgehen sicher rechtfertigen. Sollte im Zuge der „Qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitsorganisation“ jedoch die Übertragung einer solchen algorithmisierten Informationssammlung und Maßnahmenplanung in die reale Pflege geplant bzw. gefordert werden, so würde sicher ein maximaler Abstand zu einer person-zentrierten Pflege erreicht.

Das „Vorbereitungspapier“ ermöglicht ferner einen Ausblick auf die absehbare Zukunft der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, die ebenfalls zu den strategischen Bausteinen im Kontext der Neuausrichtung der Pflege durch den mit dem PSG II eingeführ-

ten Pflegebedürftigkeitsbegriff zählt. Das Papier enthält einen leicht erkennbaren „Seitenhieb“ auf ein prägendes Element der Dokumentation nach dem Strukturmodell: „Bei der IST-Analyse der Arbeitsorganisation [...] muss festgestellt werden, wer im Status quo welche Interventionen erbringt [...]. Derzeit dokumentieren manche Einrichtungen aber ganze geplante Tätigkeitsbereiche als ‚erledigt‘, wenn sich gegenüber der Planung keine wesentlichen Änderungen ergeben haben. Dadurch können die Einrichtungen den Überblick darüber verlieren, welche Pflegekraft mit welchem Qualifikationsniveau welche Interventionen erbringt.“³² Mit Einführung des Strukturmodells und den damit verknüpften juristischen Klarstellungen konnte der Verzicht auf die Dokumentation („Abzeichnen“) jeder einzelnen, gemäß Maßnahmenplanung regelhaft erbrachten, pflegerischen Handlung durchgesetzt und damit eine erhebliche Entlastung von überflüssigen Dokumentationsaufgaben erreicht werden. Dies wird man unter dem Regime der „Qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitsorganisation“ rückgängig machen müssen, um nicht „den Überblick“ zu verlieren. Im Rahmen einer so konzipierten „Pflegeprozesssteuerung“ reicht es nicht, dass die Pflegeeinrichtung sicherstellt, dass eine Maßnahme erbracht wurde, es muss auch kontrolliert werden, dass sie von einer richtig-qualifizierten Person erbracht wurde. Das Erfordernis einer solchen Kontrolle dürfte sich kaum auf eine einmalige „IST-Analyse“ beschränken, um „Fehlversorgungen“ vorzubauen ist sicher ein kontinuierlicher „Überblick“ erforderlich, wer heute bei Frau/Herrn X welche Intervention erbracht hat.

6. Fazit und Ausblick

Das ursprüngliche Ziel der Entwicklung eines Verfahrens zur Personalbemessung war es, zu gewährleisten, dass stationären Pflegeeinrichtungen in den Pflegesatzverhandlungen eine der Zahl und Zusammensetzung der versorgten Pflegebedürftigen adäquate Personalausstattung zugestanden wird. Dieses Ziel ist zu

29 PeBeM-Abschlussbericht, S. 49

30 Ebd.

31 A.a.O, S. 143f

32 Universität Bremen, Hochschule Bremen, contec GmbH (2024), S. 20

begrüßen und gegen die diesbezügliche wissenschaftliche Vorgehensweise und das Ergebnis („Algorithmus 1.0“) des PeBeM-Projekts bestehen keine grundsätzlichen Einwände.

Deutlich kritisch sind dagegen sowohl die von PeBeM behauptete Notwendigkeit einer „Organisationsreform“ als Voraussetzung für die Gewährung von „Mehrpersonal“, als auch das bisher publizierte Konzept der „Qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitsorganisation“ zu sehen, mit dem diese „Organisationsreform“ umgesetzt werden soll.

Die im PeBeM-Abschlussbericht präsentierten empirischen Befunde, mit denen nicht nur die Notwendigkeit von Maßnahmen der Organisationsentwicklung, sondern zusätzlich auch die Erwartung begründet wird, dass die Pflegeeinrichtungen ohne solche Maßnahmen nicht in der Lage wären, das „PeBeM-Mehrpersonal“ sinnvoll einzusetzen, lassen solch weitreichende Schlussfolgerungen nicht zu.

Soweit aus dem „Vorbereitungspapier“ bisher erkennbar, würde mit dem Konzept der „Qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitsorganisation in der statio-nären Langzeitpflege“ die Entwicklung hin zu einer primär am Kriterium des ef-fizienten Personaleinsatzes orientierten Pflege forcieren. Damit verbunden wäre eine auf die qualifizierte Durchführung von Kataloginterventionen reduzierte Vorstellung von Pflegequalität.

Für die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation im Sinne des Strukturmodells wird in einer solchen Arbeitsorganisation kein Platz sein. Das Strukturmodell verfolgt explizit das Ziel, die Dokumentationspflichten auf das unbedingt notwendige Maß zu reduzieren, um den Pflegenden mehr

(zeitliche) Spielräume für beziehungsorientierte pflegerische Interaktionen mit den pflegebedürftigen Menschen zu verschaffen. Die „Qualifikations- und kompetenzorientierte Arbeitsorganisation“ strebt dagegen eine „regelbasierte Steuerung“ an, bei der die „Daten und Informationen der Pflegedokumentation eine noch zentralere Bedeutung“ haben werden. Die Pflegedokumentation soll einen „permanenteren Abgleich zwischen den Qualifikations- und Kompetenzzanforderungen an die Pflegenden, die aus den Bedarfen und Bedürfnissen der Pflegenden entstehen, und ihren tatsächlichen Qualifikationen und Kompetenzen“³³ ermöglichen. Konsequenterweise kündigt das „Vorbereitungspapier“ eine Rückkehr zu den vor Einführung des Strukturmodells üblichen Dokumentationsgewohnheiten an, um künftig im Detail kontrollieren und steuern zu können, welche pflegende Person welche Intervention bei welcher pflegebedürftigen Person durchgeführt hat.

Das Pflegeberufegesetz definiert als Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachper-sonen die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Orga-nisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Sicherung und Entwickelung der Qualität der Pflege (§ 4 PflBG). Bestandteil der „Organisation und Steuerung des Pflegeprozesses“ ist dabei zweifellos auch die sachgerechte Verteilung der Aufgaben innerhalb des Teams der an der Pflege beteiligten Per-sonen. Es mag sinnvoll und ggf. auch erforderlich sein, Pflegefachpersonen in Bezug auf Personaleinsatz, -entwicklung und -management zu unterstützen und fortzubilden. Ihnen die Fähigkeit dazu „im Status quo“ aufgrund fragwürdiger empirischer Befunde grundsätzlich

abzusprechen und die Verantwortung für diese Aufgabe künftig einer „regel-basierten Steuerung“ zu übergeben, ist aus unserer Sicht abwegig und stellt eine Abwertung der Berufsgruppe dar.

Die bislang geltenden Bestimmungen des § 113c Absatz 3 SGB XI statthen die von dem noch laufenden Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3b SGB XI zu entwickelnden Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung mit einem ho-hen Verbindlichkeitsgrad aus. Auf der den gesamten Prozess der Einführung der Personalbemessung begleitenden Websi-te des Bundesgesundheitsministeriums wird die künftige Verbindlichkeit aller-dings bereits relativiert. So heißt es beim „Pflegenetzwerk Deutschland“: „Sobald die Maßnahmen aus dem Modellpro-gramm zur Verfügung stehen sollen die-se im Regelfall angewandt werden. In Ausnahmefällen können Einrichtungen hiervon absehen, beispielsweise, wenn sie eine kompetenzorientierte Aufgaben-verteilung bereits durch eigene, für ihre Einrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwick-lung umsetzen.“ Wie der Ausnahmefall konkret begründet werden kann, wird jedoch nicht ausgeführt. Es ist zu hoffen, dass im Kontext einer ohnehin dringend erforderlichen Wiederaufnahme der mit dem Pflegekompetenzgesetz begon-ne-nen politischen Initiative in der jetzigen Legislaturperiode auch die verordnete Organisationsentwicklung als Voraus-setzung für die Geltendmachung eines höheren Personalbedarfs nochmals über-dacht wird.

33 A.a.O. S. 22

Personalbemessung in der Krankenhauspflege – Was kommt nach der PPR 2.0?

CHRISTIANE MATZKE¹⁾,
JOCHEN BAIERLEIN¹⁾,
ANDREAS SCHMID^{1) 2) 3)}

¹⁾ Oberender AG

²⁾ Universität Bayreuth

³⁾ Munich Center for Health
Economics and Policy

Eine am Bedarf orientierte Pflege fördert die Qualität der Versorgung und kann zugleich einen Beitrag zur Wirtschaftlichkeit leisten. Die Debatte um ein geeignetes Personalbemessungsinstrument für die Krankenhauspflege geht dabei bis in die 80iger Jahre des letzten Jahrhunderts zurück. Mit der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung hat der Gesetzgeber 2017 seit langem erneut auf die Personalsteuerung Einfluss genommen. Seit Juni 2024 befindet sich die PPR 2.0 in der Anwendung. Beide Instrumente geben starre Strukturvorgaben vor, sind nicht wissenschaftlich fundiert und lassen Qualitätsaspekte im Sinne einer Ergebnisqualität für Patienten außen vor. Im Kontext der Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems hinsichtlich der Bewältigung eines dramatischen Fachkräftemangels können starre Strukturvorgaben nicht die alleinige Lösungsstrategie sein. Im internationalen Vergleich lässt sich erkennen, dass insbesondere kombinierte Ansätze zu einer wirksamen Pflegepersonalbemessung führen können. Allerdings ist die Datengrundlage für pflegesensitive Indikatoren aufgrund der jungen pflegewissenschaftlichen Forschung in Deutschland unzureichend. Erste Entwicklungen sind beispielsweise durch die Benchmarkinitiative Pflege B-IN Pflege Konzept 2.0 sichtbar, müssen aber weiter vorangetrieben werden. Ebenso können Lösungsansätze, wie der Einsatz moderner Technologien, eine Verbesserung der Zusammenarbeit aller am Patienten arbeitenden Berufsgruppen und eine moderne Organisationsentwicklung in den Krankenhäusern der prekären Fachkräftesituation begegnen und eine bedarfsgerechte Personalsteuerung flankieren.

1. Die Personalausstattung im Pflegedienst – eine unendliche Geschichte

1.1 Einleitung

Mit der Einführung der PPR 2.0 verfolgt der Gesetzgeber unterstützt von Berufsverbänden und anderen Interessensvertretern das Ziel, künftig eine angemessene Personalausstattung des Pflegedienstes in Krankenhäusern sicherzustellen. Dabei bleiben verschiedene Aspekte unberücksichtigt. Bis heute wird

die Pflege im deutschen Gesundheitssystem nicht konsequent als zentraler Leistungserbringer für eine qualitätsvolle Patientenversorgung mit volkswirtschaftlicher Relevanz anerkannt. Über viele Jahre wurden Pflegepersonal und Ausbildungsplätze in deutschen Krankenhäusern abgebaut, weil sie als reiner Kostenfaktor gesehen wurden. Die originäre pflegefachliche Expertise wird bis heute zu wenig genutzt. Mit der Reform der Pflegeausbildung, der Einführung von Vorbehaltsaufgaben und aktuell dem Pflegekompetenzgesetz

stärkt der Gesetzgeber die Kompetenzen und Befugnisse der Pflegenden in der Versorgung. Das ist ein wichtiger Schritt hin zur Anerkennung pflegerischer Leistungen, die sich künftig auch in einer Leistungsvergütung abbilden müssen. Nicht zuletzt ist die Diskussion um eine sinnvolle Personalmessung auch im Kontext des zunehmenden Fachkräftemangels und der finanziellen Situation der GKV zu führen. Wenn das Erreichen starrer Strukturvorgaben unrealistisch ist, stellt sich die Frage, ob Sanktionen eine sinnvolle Maßnahme darstellen oder es andere Lösungsstrategien braucht.

1.2 Personalbemessung in den 90iger Jahren

Die Auseinandersetzung mit einer angespannten Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser ist kein neues Phänomen. Bereits in den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts führten Personalengpässe zum Ausrufen eines Pflegenotstandes und intensiver sozialpolitischer Auseinandersetzung in Deutschland. Bereits damals waren die Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) gefordert, eine Empfehlung zur Personalbemessung im Pflegedienst zu geben. Nach dem dies 1989 gescheitert war, entwickelte eine Expertengruppe unter der Führung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) die Pflegepersonalregelung (PPR), die 1992 mit dem Zweiten Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 (BGBl. IS.2266, Art. 13) eingeführt worden ist. Die PPR war eine leistungsbezogene Personalbedarfserhebung, die im Kern pflegerische Tätigkeiten oder Verrichtungen am Patienten abbildete, ohne dass der Fokus auf einer systematischen oder pflegediagnostisch fundierten Pflegebedarfserhebung basierte. Der Fachkräftemarkt war zu dieser Zeit deutlich weniger angespannt, als es heute

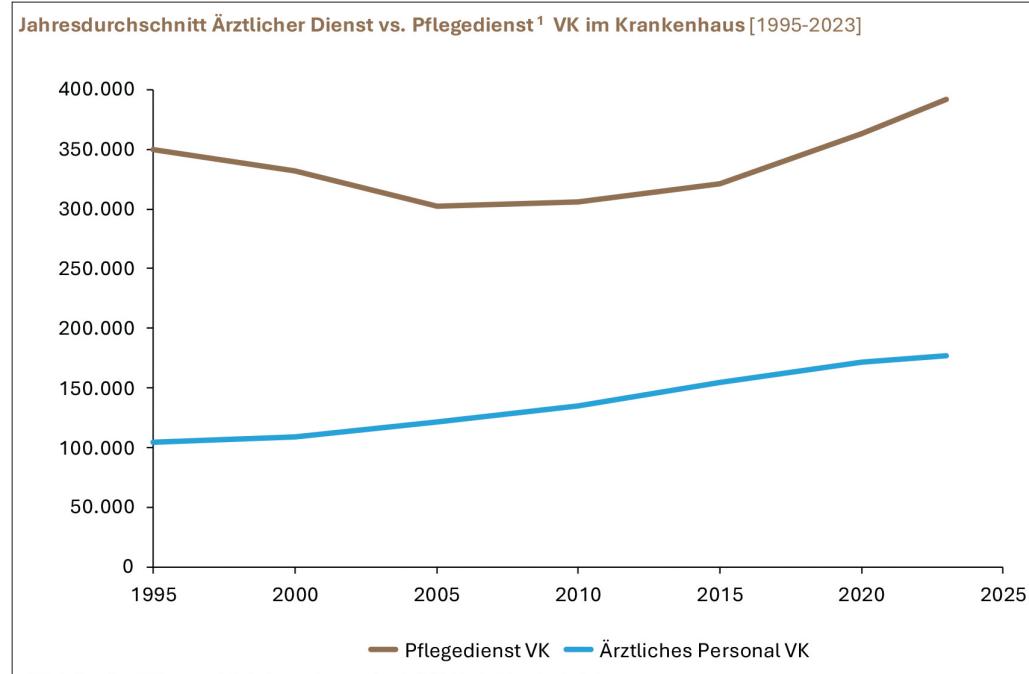
der Fall ist. Tatsächlich führte die PPR in einigen Krankenhäusern zu einem deutlichen Personalaufbau und zu einer Entspannung des Pflegenotstandes. Insbesondere für die Berufsgruppe der Pflege war die PPR ein Meilenstein. Erstmalig ließ sich das Leistungsgeschehen der Pflege differenziert darstellen und der Personalbedarf auf der Grundlage der dokumentierten Leistungen errechnen. Ebenso gab es erstmalig eine differenziertere Steuerungsgrundlage für das Pflegemanagement, selbst wenn die PPR als Ganzhausansatz und nicht für spezifische Fachbereiche oder Stationen ausgelegt war.

Die Einhaltung der PPR war für die Krankenhäuser nicht sanktionsbehaftet und die Krankenkassen waren nicht verpflichtet, diese Stellen zu finanzieren. Letztlich diente die PPR als Grundlage für die damaligen Pflegesatzverhandlungen. Bereits fünf Jahre später wurde die PPR auf Wunsch der Krankenkassen mit einer Rechtsverordnung vom 17.4.1997 rückwirkend zum 1. Januar 1996 ausgesetzt und mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz am 23. Juni 1997 ganz aufgehoben. Dennoch wurde das Instrument der PPR weiterhin von vielen Krankenhäusern als internes Steuerungsinstrument genutzt, wobei i.d.R. ein Erfüllungsquotient zwischen 80-90%

als auskömmliche Personalausstattung angenommen worden ist. In den Kalkulationshäusern des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) diente die PPR weiterhin zur Ermittlung der Pflegekostenanteile in den Diagnosis Related Groups (DRGs).

Die Personalsituation des Pflegedienstes in Krankenhäusern verschlechterte sich in den 2000er Jahren zunehmend. Während in der Berufsgruppe der Ärzte seit 2000 ein kontinuierliches Wachstum besteht, ist demgegenüber die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst zunächst von 2000 bis 2008 von rund 330.000 auf rund 300.000, also um etwa 10 %, gesunken. Damit wurde ebenfalls ein Trend fortgesetzt, der Mitte der 1990er Jahre bereits begonnen hatte, war doch bereits nach Aussetzen der PPR zwischen 1995 und 2000 die Zahl der Pflegekräfte (Vollzeitäquivalente) um 18.000 gesunken. Seit 2008 steigt zwar die Zahl der Pflegekräfte wieder kontinuierlich an, erreichte aber 2018 erst wieder das Ausgangsniveau des Jahres 2000 (vgl. Wasem und Blase 2023, S. 5). Seit 2020 ist ein dramatischer Rückgang der Fälle pro Pflegekraft zu verzeichnen, was allerdings nicht dazu geführt hat, dass heute von einer entspannteren Personalsituation in Krankenhäusern gesprochen werden kann. Weiterhin zeigt sich in den Krankenhäusern eine

Abb.1 Entwicklung der Fälle pro VK im ärztlichen und im Pflegedienst



Quelle: Destatis 2025

angespannte Arbeitssituation im Pflegedienst. Hohe Ausfallquoten, Fluktuation und erschwerete Nachbesetzung offener Stellen im Pflegedienst kennzeichnen den Arbeitsalltag in Krankenhäusern. So liegen die Krankheitsquoten im Pflegedienst der Krankenhäuser mit fast 8 Tagen (26,7 Tage) über dem Durchschnitt aller Berufstätigen (18,2 Tage), wie eine aktuelle Auswertung der Techniker-Krankenkasse bei ihren Mitgliedern ergeben hat (vgl. Techniker Krankenkasse 2025). Die Fluktuationsrate des Krankenhauspersonal erhöhte sich in den Jahren 2014-2026 im Vergleich zu den Jahren 2004-2006 um 9%, wobei dies vorwiegend auf eine erhöhte Wechselbereitschaft des Pflegepersonals zurückzuführen ist (vgl. Pilny und Rösel 2021). Aufgrund der demographischen Entwicklung mit ihrem doppelten Effekt des zunehmenden Fachkräftemangels, bei gleichzeitig steigender Pflegebedürftigkeit hochaltriger Menschen in der Krankenhausbehandlung wollen Politik und Fachverbände die Personalbemessung künftig stärker regulieren.

1.3 Personalvorgaben im DRG-System sowie in qualitätssichernden Richtlinien

Der Erlös je Fall wird im DRG-System im Wesentlichen anhand der konkret erbrachten Leistungen bestimmt. Die Kodierung erfolgt über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Im OPS-Katalog sind, wenn auch wenige, Strukturanforderungen für den Einsatz von Pflegefachpersonal vorgegeben. Beispiele hierfür sind der OPS 8-550 zur geriatrischen Frührehabilitationskomplexpauschale. Krankenhäuser, die diese Leistung abrechnen möchten, müssen besonders geschultes Personal für die aktivierend-therapeutische Pflege vorhalten und mindestens eine Pflegefachkraft im multiprofessionellen Team braucht eine geriatrischespezifische Zusatzqualifikation von mindestens 180h sowie eine mindestens 6-monatige Berufserfahrung in einem geriatrischen Handlungsfeld. Ähnliche Vorgaben finden sich auch in anderen OPS. Ob diese Strukturmerkmale eine abrechnungsrelevante oder qualitätssteigernde Wirkung entfaltet haben, wurde nicht systematisch evaluiert und bleibt daher zu bezweifeln. Aus den jährlich durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im OPS-Katalog formulierten

Strukturanforderungen ist ersichtlich, dass ein Prozess in Gang gekommen ist, die Anforderungen an die pflegerische Versorgung zu reduzieren. So ist beispielsweise in der OPS 8-980 zur intensivmedizinischen Komplexbehandlung inzwischen kein erfahrener intensivmedizinisches Pflegepersonal mehr gefordert (vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 2025).

Vorgaben für die Personalausstattung im Pflegedienst finden sich auch in den Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Als höchstes Selbstverwaltungsgremium steuert der G-BA mit seiner Richtlinienkompetenz wesentlich das Gesundheitssystem. Die professionelle Pflege mit ihrer spezifischen Expertise für eine ganzheitliche und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung hat in diesem Gremium kein Stimmrecht. Die immer wieder angemahnte Einbindung der professionellen Pflege mit ihrer pflegewissenschaftlichen Expertise wäre angesichts des essenziellen Beitrages der Pflegeberufe an der Gesundheitsversorgung dringend geboten. Die vom G-BA vorgegebenen Qualitätssicherungsrichtlinien sind für alle Krankenhäuser, die die jeweiligen Leistungen anbieten, verpflichtend. In Richtlinien, wie beispielsweise der Qualitätssicherungsrichtlinie für das Bauchaortenaneurysma (QBAA-RL) ist vorgegeben, dass mindestens 30% des Pflegedienstes über eine abgeschlossene Fachweiterbildung in Anästhesie- und Intensivpflege verfügen müssen und in jeder Schicht mindestens eine Fachkraft mit Intensivweiterbildung eingesetzt wird (vgl. G-BA 2008) auch im Bereich der pädiatrischen Pflege, insbesondere für die Perinatalzentren gibt es einige Strukturanforderungen, deren Umsetzung zunehmend schwierig werden. Über Strukturabfragen und den sogenannten „Klärenden Dialog“ will der G-BA die Umsetzungsschwierigkeiten analysieren. Konsequenzen blieben bislang aus und sind Gegenstand weiterer Diskussionen (vgl. Wasem und Blase 2023).

Und nicht zuletzt gibt es zunehmende Strukturanforderungen für zertifizierte Zentren, die von den jeweiligen Fachgesellschaften festgelegt werden. So legen beispielsweise die Zertifizierungsrichtlinien für Stroke-Units fest,

dass die Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) in den letzten 3 Monaten vor Antragsstellung vorgelegt werden müssen. Dies wird allerdings verwässert, in dem es kein Nichtkonformitätskriterium mehr ist, sondern stattdessen die Empfehlung gegeben wird, dass dieses Kriterium an mehr als 50 Tagen zu erfüllen sei (vgl. Neumann-Haefelin et al. 2022).

1.4 Die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV)

Im Jahr 2017 hat der Gesetzgeber mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten (Infektionsschutzgesetz) Pflegepersonaluntergrenzen in sogenannten pflegesensitiven Bereichen eines Krankenhauses gesetzlich verankert (§ 137i SGB V). Als pflegesensitiv werden inzwischen all die Bereiche in Krankenhäusern eingestuft, in denen Leistungen der Intensivmedizin, Inneren Medizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie, allgemeinen Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie und Geburts hilfe, Kardiologie, Neurologie, allgemeinen Pädiatrie, pädiatrischen Intensivmedizin, speziellen Pädiatrie, neonatologischen Pädiatrie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Rheumatologie, Urologie oder Herzchirurgie erbracht werden. Damit sind fast alle Disziplinen erfasst. Die Krankenhäuser

Die Krankenhäuser sind seit 2019 verpflichtet die PpUGV umzusetzen, die Nichteinhaltung ist sanktionsbewertet. Mit der PpUGV will der Gesetzgeber ein Mindestversorgungsniveau in den Krankenhäusern sichern.

sind seit 2019 verpflichtet die PpUGV umzusetzen, die Nichteinhaltung ist sanktionsbewertet. Mit der PpUGV will der Gesetzgeber ein Mindestversorgungsniveau in den Krankenhäusern sichern. Die PpUGV orientiert sich an dem Prinzip der Patient-Pflegepersonal-Relation und definiert in Tag- und Nachschichten die Anzahl von Patientinnen und Patienten pro Pflegekraft auf Stationsebene. Die Krankenhäuser müssen quartalsweise die

Einhaltung der PpUGV nachweisen. Hiermit wird bundesweit zumindest Transparenz über das definierte pflegerische Mindestversorgungsniveau geschaffen. Laut Krankenhausreport 2023 zeigen Nachweise des dritten Quartals 2022 von rund 1.400 Krankenhäusern, dass rund 16 % der einzelnen rund 2,4 Mio. Tag- und Nachschichten unterbesetzt waren (vgl. Klauber et al. 2023, S. XII). Die größten Defizite werden in den erstmals ab 2022 geregelten Bereichen der Speziellen Pädiatrie, Orthopädie, Neonatologischen Pädiatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie in der Neurologischen Stroke-Unit und in der Neurologischen Frührehabilitation festgestellt. Das zeigt augenscheinlich den Handlungsbedarf nach einer solideren Personalausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser auf. Ohne Frage ist die durch die PpUGV hergestellte Transparenz hilfreich, doch daraus bereits eine bessere Versorgungsqualität abzuleiten greift zu kurz und wird letztlich auch nicht erhoben. Ebenso berücksichtigt die starre Patient-Personal-Relation in keiner Weise den sehr heterogenen Pflegebedarf der Patienten auf den Stationen. Für organisatorische Innovationen auf den Stationen gibt es mit einer zu starren und engen Regulation keinen Anreiz.

1.5 Pflegepersonalquotient

Den Pflegepersonalquotienten (PpQ) hat der Gesetzgeber im Januar 2019 im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz in § 137j SGB V gesetzlich verankert. Der PpQ soll ergänzend zu den stationsbezogenen Pflegepersonaluntergrenzen die Pflegepersonalbesetzung des gesamten Krankenhauses betrachtet werden (Ganzhausansatz). Auch hier folgt die Politik dem Impuls einer höheren Patientensicherheit, allerdings wurde bis heute keine Rechtsverordnung zur Definition der Untergrenze des PpQ erlassen. Es bleibt auch fragwürdig, ob die Erlassung dieser Regelung in Konkurrenz zur PpUGV, die bereits 90 % der Krankenhausfälle abdeckt, zielführend ist.

1.6 Einführung des Pflegebudgets

Auf der Grundlage des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PpSG) wurden mit dem Budgetjahr 2020 die Pflegepersonalkosten aus der DRG-Fallpauschalen-Finanzierung herausgegliedert und über

ein krankenhausindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostenprinzip von der GKV finanziert. Wie bereits oben dargestellt, führte dies zu einem starken Personalaufbau im Pflegedienst der Krankenhäuser (siehe Abb.1). In der Folge sind die Pflegepersonalkosten laut GKV-Spitzenverband in einem Kalkulationsjahr um rund 1,6 Milliarden Euro unter Berücksichtigung der Tarifsteigerungen sowie des Pflegestellenförderprogramms gestiegen, wofür keinerlei Gegenfinanzierung gegeben war (vgl. GKV-Spitzenverband 2025). Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 07.11.2022 die Vorgaben zur Abgrenzung des im Pflegebudget zu berücksichtigenden Personals neu geregelt. Ab dem Jahr 2025 wird das Personal der „Sonstigen Berufe“ u.a. Servicepersonal wieder über die DRG-Fallpauschalen vergütet und die Kosten für Hebammen werden künftig nicht mehr über die DRG-Fallpauschalen, sondern über das Pflegebudget finanziert. Für den Pflegedienst in den Krankenhäusern hatte diese Neuregelung zur Folge, dass die neu an Servicepersonal übertragenen Tätigkeiten, wie beispielsweise Essensverteilung u.a. hauswirtschaftliche Tätigkeiten oder Transportdienste wieder dem qualifizierten Fachpersonal rückübertragen worden sind. Mit der pauschalen Anrechnung von 2,5% pflegeentlastender Maßnahmen kann die Finanzierung der Personalkosten des Servicepersonals nicht abgebildet werden. Daran zeigt sich, dass das Pflegebudget zwar zu einem dringend notwendigen Personalaufbau in der Pflege geführt hat, die Finanzierung aber gleichermaßen nicht zukunftsfähig ist und organisatorische Innovationen, wie der sinnvolle Einsatz eines Qualifikationsmixes in der Pflege behindert wird.

2 Die PPR 2.0 als Übergangslösung

2.1 Der Ansatz

Im Jahr 2020 wurden von der DKG, dem DPR und der Gewerkschaft ver.di die PPR 2.0 als eine aktualisierte Pflegepersonalregelung PPR aus dem Jahr 1993 und Eckpunkte zur Umsetzung präsentiert (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.). Die Protagonisten dieses Ansatzes verfolgten dabei das Ziel, eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung, eine hohe Patientensicherheit und die Entlastung des Pflegepersonals zu erreichen. Zum 1. Juli 2024 sind die

Krankenhäuser laut Pflegepersonalbelastungsverordnung (PPB) verpflichtet ihren Pflegepersonalbedarf anhand der PPR 2.0 zu ermitteln und ihre Daten zur Soll- und Ist-Besetzung erstmalig zum 31.1.2025 an das InEK zu übermitteln. Das InEK stellt Ist- und Sollbesetzung gegenüber und übermittelt die Daten erstmalig zum 30.09.2026 an das BMG, sowie die zuständigen Landesbehörden und Vertragsparteien. In einem nächsten Schritt soll eine Konvergenzphase eingeleitet und Regelungen getroffen werden, mit denen die stufenweise Anhebung des Erfüllungsgrades der Soll-Personalbesetzung mit dem Ziel des Personalaufbaus beginnt. Für den Fall des Unterschreitens des (noch festzulegenden) Erfüllungsgrades, können künftig in der Rechtsverordnung Sanktionen festgelegt werden.

Im Vergleich zur ursprünglichen PPR mit neun Schweregradgruppen wurde die PPR 2.0 auf 16 Schweregradgruppen der allgemeinen und speziellen Pflege erweitert. Prinzipiell beibehalten wurde die individuelle tägliche Einstufung der Patientinnen und Patienten durch die Pflegekräfte. Die neuen Gruppen A4 und S4 erlauben die Einstufung von Patientinnen und Patienten mit hochkomplexem Pflegebedarf und lösen die bisherigen Pflegekomplexmaßnahmen (PKMS) ab. Durch eine Erhebung und Berücksichtigung des Barthel-Index sind auch vulnerable Patientengruppen abgebildet. Außerdem wurden die Tag- und Nachschicht analog zur PpUGV und die Minutenwerte auf Basis pflegerischer Entwicklungen angepasst. Für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin entwickelte die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. 2022 das Instrument der Kinder PPR 2.0. Für die Intensivstationen wird das am Universitätsklinikum Heidelberg entwickelte Instrument „IN-PULS®“ präferiert.

Die PPR 2.0 soll weiterhin als Ganzhausansatz und retrospektiv erfasst werden. Das bedeutet, der Pflegebedarf wird über einen Zeitraum erhoben und daraus ein Personalbedarf in Vollkräften abgeleitet. Springerpools, Ausfallzeiten und vorhersehbare Änderungen in den Patientenzahlen werden einberechnet und der so summierte Pflegebedarf des gesamten Krankenhauses im Folgejahr auf die Stellenpläne der einzelnen Abteilungen verteilt. Als Personal anrechenbar sind Pflegefachkräfte mit dreijähriger

Ausbildung (im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe auch Hebammen) und Pflegehilfskräfte. Medizinische Fachangestellte, Anästhesietechnische Assistenzen und Notfallsanitäter sowie weitere Gesundheitsfachberufe können entsprechend der Regelungen im Pflegebudget als Pflegehilfskräfte eingesetzt werden. Refinanziert werden sollen die examinierten Pflegefachkräfte bis zur Höhe des durch die PPR 2.0 ermittelten Personalbedarfs. Auch Pflegehilfskräfte sollen bis zu 5 % oberhalb des Wertes refinanziert werden. DKG, DPR und ver.di haben sich für die PPR 2.0 als Interimslösung starkgemacht, um die Pflege zukünftig besser am Pflegebedarf auszurichten.

2.2 Limitationen

Kritisch gesehen werden muss auch, dass die PPR 2.0 in ihrer Systematik keine ausreichenden Weiterentwicklungsmöglichkeiten für zukünftige Innovationen, wie beispielsweise Prozessoptimierung oder den Einsatz neuer Technologien vorsieht. Ebenso werden keine Anreize für den Einsatz eines bedarfsgerechten Grade- und Skill-Mix oder für eine bessere Qualität der pflegerischen Versorgung gesetzt. Die PPR 2.0 ist ein auf Pflegeverrichtungen ausgelegtes Instrument und bildet, wie bisher alle Personalbemessungsinstrumente, die reine Strukturqualität, jedoch nicht die für die Patientenversorgung entscheidende Ergebnisqualität ab. Starre

beispielsweise der international bewährte Ansatz des Grade- und Skill-Mix zu nennen. Aus der Pflegebedarfserhebung wird lediglich eine Pflegezeit abgeleitet, aus der Vollzeitäquivalente ermittelt werden. Eine qualifizierte Pflegebedarfserhebung setzt hierbei zwingend pflegediagnostische Kompetenz der Pflegefachkräfte voraus, die im aktuell stark verrichtungsorientierten Pflegealltag kaum vorzufinden ist. Das ist umso bedenklicher, da der Gesetzgeber bereits 2020 mit dem Pflegeberufegesetz (PflBG § 4) erstmals Vorbehaltsaufgaben, u.a. „die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs sowie die Evaluation der Pflegeergebnisse“ für qualifiziertes Pflegepersonal festgelegt hat. Über die Gesetzgebung hinaus gibt es allerdings keine haftungs- und/oder leistungsrechtlichen Implikationen für die Krankenhäuser, dies umzusetzen. (vgl. Weidner et al (2024, S. 43) kommen zu dem Schluss, dass der Pflegeprozess und damit auch die Pflegebedarfserhebung, als Kern der Vorbehaltsaufgaben bis heute nicht fest in der Arbeitsweise der Pflegefachkräfte verankert ist, sondern höchstens als Dokumentationsstruktur in den Pflegealltag Einzug gehalten hat.

Die PPR 2.0 bildet zudem nicht ab, welche fachlichen Kompetenzen für eine qualifizierte Versorgung der Patientinnen und Patienten mindestens notwendig sind. Die Implementierung einer qualifizierten Pflegediagnostik zur Pflegebedarfserhebung wird ebenso gebraucht, wie eine Weiterentwicklung der PPR 2.0 hinsichtlich notwendiger Kompetenzen. Nur so kann ermittelt werden, wie das Pflegeteam aus Pflegeassistenz, Pflegefachkraft und akademischer Pflegekraft abhängig vom Patientenbedarf zusammengesetzt sein muss. Auf der Organisationsebene würde es bedeuten, dass mit Hilfe einer Kompetenzmatrix ein bedarfsgerechter Qualifikationsmix für jede Station ermittelt wird. Daraus ließen sich Karrierewege, Maßnahmen der Personal- und Kompetenzentwicklung sowie konkrete Fort- und Weiterbildungsbedarfe ableiten. Limitationen der PPR 2.0 bestehen auch darin, dass die Nachschicht als wichtige Phase der pflegerischen Versorgung nicht abbildbar ist. Gleichermaßen gilt für die Intensivversorgung: „INPULS®“ ist ein zusätzliches Instrument und müsste

neben der PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 eingeführt werden. Bereits die Anwendung von PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 muss flächendeckend geschult werden, um eine einheitliche Einstufung der Patientinnen und Patienten zu erreichen. Reproduzierbarkeit und Nachvollziehbarkeit sind für ein Instrument mit sanktionsbewehrten Personalvorgaben Grundvoraussetzung. Es wird erwartet, dass die Anwendung der PPR 2.0 aufzeigt, dass rund 40.000 Pflegekräfte fehlen (vgl. Gaß 2020, S. 114-117). Woher diese kommen sollen und wie künftig die pflegerische Versorgungsqualität in Krankenhäusern sichergestellt werden soll bleibt offen.

3 Exkurs: Internationale Perspektive

Im internationalen Vergleich ist die Personalbemessung in der Krankenhauspflege sehr unterschiedlich geregelt und reicht von staatlich verordneten Instrumenten über die Anwendung des klassischen Patient-Personal-Schlüssels bis hin zu einer dezentralen Planung wie die nachfolgende Tabelle darstellt.

Die internationale Betrachtung zeigt, dass erfolgreiche Personalbemessungssysteme folgende Merkmale aufweisen:

- 1. Gesetzliche Standards** (z. B. USA, Australien) können die Personalbemessung klar regulieren und die Arbeitsbedingungen verbessern, stellen aber auch hohe Anforderungen an die Finanzierung.
- 2. Evidenzbasierte Instrumente** (wie das SNCT in Großbritannien) ermöglichen eine flexible Anpassung an den tatsächlichen Pflegebedarf. Hierzu sind pflegesensitive Qualitätsindikatoren zu implementieren sowie ein Grade- und Skill-Mix zu integrieren.
- 3. Der Einsatz von Technologie und Datenanalyse** (z. B. in den USA und Schweden) kann die Effizienz der Personalplanung deutlich erhöhen.
- 4. Interprofessionelle und dezentralisierte Ansätze** (z. B. in Dänemark und Frankreich) fördern die Autonomie der Pflegekräfte und die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

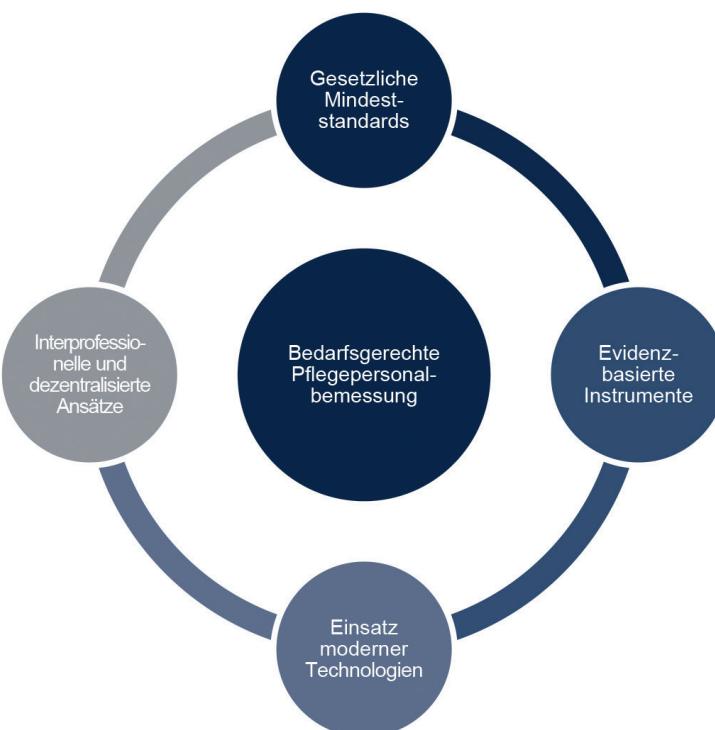
Deutschland könnte von einer Kombination dieser Ansätze profitieren, insbesondere durch die Förderung von evidenzbasierten Verfahren wie einer pflegewis-

Strukturkriterien sind zumeist innovationshemmend und kein Garant für eine bessere Ergebnisqualität. Ebenso stellen sie keinen Anreiz für organisatorische Innovationen dar, mit denen belegt werden könnte, dass bei gleicher Personalausstattung, aber anderer Organisation unter der Nutzung neuer Technologien, ein gleiches oder im besten Fall noch besseres Ergebnis erreicht werden kann. Hierbei ist

Tabelle 1: Personalbemessung im internationalen Vergleich

Land	Ansatz	Methode
Dänemark	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dezentrale Planung ■ Verantwortung bei Regionen und einzelnen Krankenhäusern ■ Förderung der Entscheidungsautonomie des Pflegepersonals 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bedarfsanalysen aufgrund patientenbezogener Daten ■ Entscheidung in enger Zusammenarbeit zwischen Management und Pflegekräften ■ Einsatz von Skill- und Grade-Mix
Schweden	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dezentrale Planung ■ Personal–Patient-Relation (P-P-Relation) in Ausrichtung an internationalen Standards 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bedarfsanalysen mithilfe digitaler Systeme zur Datenerhebung ■ P-P-Relation Intensivstation 1:1, Allgemeinstation 1:8
Großbritannien	<ul style="list-style-type: none"> ■ National Health Service (NHS) und Evidence-Based Staffing ■ Klare Vorgaben für die Personalbemessung, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Best Practices basieren ■ Fokus liegt auf flexiblen Arbeitszeitmodellen und der Anwendung eines Grade-Skill-Mixes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Safer Nursing Care Tool (SNCT): Pflegebedarfe auf Stations-ebene, basierend auf der Schwere der Patientenfälle mit dynamischer Anpassung des Pflegeschlüssels ■ Richtlinien des National Institute for Health and Care Excellence (NICE): P- P-Relation: Intensivstationen 1:1, Allgemeinstationen 1:8
Frankreich	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gesetzlich regulierte Personalbemessung ■ Multiprofessionalität wird gefördert, wie z.B. deutlich engere Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Finess-Datenbank: Kliniken dokumentieren regelmäßig Pflegebedarf und Stellenstruktur ■ Intensivstationen 1:2, Allgemeinstationen 1:8
Land	Ansatz	Methode
USA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zwischen den Bundesstaaten sehr variabel, meist P-P-Relation-Ansatz ■ Magnetkrankenhäuser setzen auf pflegewissenschaftlich fundierte Bemessungsansätze ■ Verstärkter Einsatz von modernen Technologien, Digitalisierung und KI 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kalifornien: Intensivstationen 1:2, Allgemeinstationen 1:5 ■ Hier werden Patienten-Outcome-Daten erfasst und der Personalbedarf festgelegt, die auch die Qualifikation im Grade-Skill-Mix festlegen
Australien	<ul style="list-style-type: none"> ■ P-P-Relation- Ansatz ■ Skill-Mix-Analysen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intensivstation 1:2 Allgemeinstation 1:8 ■ Ermittlung der optimalen Kombination Fachkräfte und Assistenzpersonal

Quellen: Smeds Alenius et al. 2019; Lehmann et al. 2019; Maier et al. 2017; Rafferty et al. 2019

Abb. 2 Integrativer Ansatz zur Personalbemessung

Quelle: eigene Darstellung

senschaftlichen Weiterentwicklung der PPR 2.0, unterstützt durch gesetzliche Mindeststandards, innovative Technologien und eine bessere interprofessionelle Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe im Sinne des Patientenprozesses.

4. Von starren Strukturvorgaben hin zu einer flexibel und zugleich qualitätssichernden Personalsteuerung in der Pflege

4.1 Gesetzliche Mindeststandards

Die gesetzlichen Mindeststandards sind in Deutschland bereits mit der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) im Jahr 2017 umgesetzt. Die sehr ausdifferenzierten Vorgaben bedingen einen erhöhten bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser und es bleibt zweifelhaft, ob daraus ein tatsächlicher Nutzen für eine bessere Patientenversorgung und verbesserte Arbeitsbedingungen für die Pflegenden resultiert. Will man auch künftig eine Mindestpersonalausstattung in den Kliniken sichern,

so wäre der international übliche Ansatz einer Pflegepersonal-Patienten-Relation, die i.d.R. auf Intensivstationen 1:2 und auf Allgemeinstationen 1:8 beträgt zu bevorzugen. Dies entspricht weitgehend der Personal-Patient-Relation, wie sie heute bereits durch die PpUGV in Deutschland eingeführt ist.

4.2 Einsatz evidenzbasierter Verfahren zur Personalsteuerung

Ein Personalbemessungssystem ohne ein Wissen über erwartbare Konsequenzen auf Patientensicherheit und Qualität der pflegerischen Versorgung ist ethisch bedenklich und mit ökonomischen Risiken verbunden. Die in Deutschland bisher entwickelten Instrumente zur Messung der Ergebnisqualität sparen bisher die pflegerische Versorgung weitgehend aus. Dies begründet sich u.a. in der noch jungen Pflegewissenschaft mit begrenzten Fördermitteln in Deutschland. In der externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser bleibt der Beitrag der Pflege bisher auf die Dekubitusprophylaxe begrenzt. Umso bedeutsamer ist die Benchmarkinitiative Pflege (B-IN Pflege), die im Jahr 2022 von fünf deutschen Kliniken begründet worden ist, die sich im Rahmen der Magnet4Europe Studie untereinander vernetzten. Der Magnet®-Programm ist eine Zertifizierung von Krankenhäusern durch das American Nursing Credentialing Center (ANCC) zur Auszeichnung exzellenter Patientenversorgung und ebenso exzellenten Arbeitsumfeld. Eine wichtige Kategorie der Zertifizierung ist der Magnet®-Komponente „Empirical Outcome“. Sie erfordert ein Benchmark pflegesensitiver Qualitätsindikatoren (ANCC, 2021), die es in Deutschland bisher aufgrund der fehlenden einheitlichen Datengrundlage nicht gegeben hat. Deshalb entstand schließlich die Initiative, die mit dem BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH, Hamburg (BQS Institut) einen Projektpartner gefunden hat (vgl. BQS 2024). Seither findet die Initiative viel Aufmerksamkeit und Interesse. In Deutschland schlossen sich in kürzester Zeit über 20 Kliniken der Initiative an, um am Aufbau eines solchen Systems mitzuwirken und die gemeinsame Grundlage für einen erfolgreichen Vergleich von pflegesensitiven Qualitätsindikatoren zu schaffen. Folgende pflegesensitive Qualitätsindikatoren konnten bisher entwickelt werden: im

Krankenhaus erworbene Dekubitalulzera, Stürze, Device-assoziierte Dekubitalulzera, Multiresistente Organismen sowie Brandverletzungen in operativen Settings. Um künftig eine solide Datengrundlage für Outcome-Indikatoren zur personnel Steuerung nutzen zu können, wäre die Etablierung von bundeseinheitlichen Qualitätsindikatoren für alle pflegerelevanten Sektoren zu empfehlen. Hierfür könnte ein Qualitätsoffensive Pflege die bereits angelegten Strukturen zur Entwicklung von pflegesensitiven Indikatoren stärken. Der Ausbau der Pflegeforschung ist in diesem Zusammenhang dringend zu fördern. Zusätzlich zu pflegesensitiven Indikatoren könnten perspektivisch auch Daten aus Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) sowie Patient-Reported Experience Measures (PREMs) zur Nachjustierung in der Personalsteuerung herangezogen werden. Beide Instrumente nehmen die Patientensicht in den Blick und messen mit standardisierten Fragebögen die Erfahrungen und Meinungen der Patienten in Bezug auf ihre Gesundheit und Lebensqualität aus ihrer eigenen Perspektive. Ebenso wird der Grad der Patientenzufriedenheit und die Wahrnehmung der Patienten über die Gesundheitsdienstleistungen, die sie erhalten haben, gemessen. In Deutschland ist der aktuelle Stand der Nutzung von Patient-Reported Outcome

Measures (PROM) und Patient-Reported Experience Measures (PREM) stark ausbaufähig. Die Anwendung dieser Instrumente findet in einem fragmentierten und unkoordinierten Rahmen statt, denn bisher fehlt es an einer flächendeckenden und systematischen Implementierung, die am Ende zu einer stärkeren Ergebnisorientierung im deutschen Gesundheitssystem beitragen könnte und auf Systemebene in der Lage wäre, realistischere und evidenzbasierte Endpunkte zum Beispiel in der Steuerung des Pflegepersonals zu generieren. Hierzu müssten PROMs und PREMs in die QM-Systeme deutscher Krankenhäuser implementiert werden.

4.3 Digitalisierung des Pflegeprozesses und Einsatz neuer Technologien

Die durchgängige Anwendung sowie die Digitalisierung des Pflegeprozesses in

deutschen Krankenhäusern ist noch weit entfernt von einer flächendeckenden Umsetzung. Dies führt bei sämtlichen Personalbemessungssystemen wie PPR, PKMS oder PpUGV zu einem erhöhten bürokratischen Dokumentationsaufwand für die Pflegekräfte mit zugleich erschwerter Datenanalyse aus der Regeldokumentation. Die Bundesregierung hat im Jahr 2020 mit dem Krankenhauszukunftsgesetz wichtige Fördermittel für die Digitalisierung der Krankenhäuser bereitgestellt. Im Förderatbestand 3 wird explizit die Digitalisierung der Pflegeprozessdokumentation gefordert (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nr. 48, ausgegeben zu Bonn am 28. Oktober 2020). Während über einige Jahre eine digitale Pflegedokumentation auf die Kurvendokumentation sowie die Dokumentation pflegerischer Leistungen begrenzt blieb, wird nun in einigen Krankenhäusern der gesamte Pflegeprozess mit Assessment, Bedarfserhebung, Pflegeplanung und -durchführung sowie Evaluation

Ein Personalbemessungsinstrument ohne Wissen über erwartbare Konsequenzen auf die Patientensicherheit und Versorgungsqualität ist ethisch bedenklich und mit ökonomischen Risiken verbunden.

der Pflegeergebnisse digitalisiert eingeführt. Das am weitesten verbreitetes und pflegewissenschaftlich fundiertes System ist das epa-System (Effiziente Pflegeanalyse), das kombiniert mit dem LEP-System (Leistungserfassung in der Pflege) den gesamten Pflegeprozess digital abbildet. Mit epa-AC (Akutpflege), epa-Kids (Pädiatrische Pflege), epa-Psy (Psychiatrische Pflege) und epa-LTC (Langzeitpflege) stehen für die unterschiedlichen Handlungsfelder spezifische Instrumente zur Verfügung, die eine Datenausleitung in ein digitales Personalbemessungsinstrument ermöglicht. Der Einsatz weiterer neue Technologien wie beispielsweise Spracherkennungssysteme, KI, elektronische Patientenlifter, Pflegeroboter, Sensoriksysteme z.B. Sensormatten zur Sturzfrüherkennung oder ein Closed-Loop-Medikamentenmanagement können einen nicht unerheblichen Einfluss auf den zukünftigen Personalbedarf und die Personalsteuerung nehmen.

4.4 Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit entlang des Pflegeprozesses

Nicht zuletzt liegt ein erhebliches Potenzial für einen effizienteren Personaleinsatz in deutschen Krankenhäusern in einem besseren Zusammenwirken der Gesundheitsberufe orientiert am Patientenprozess. Der Nutzen einer guten interprofessionellen Kooperation wird seit mehr als zwanzig Jahren beschworen, jedoch scheinen sich die Berufsgruppen in der Realität weiterhin oft im Weg zu stehen. Arztzentriertheit im deutschen Gesundheitssystem, emanzipative Abgrenzungstendenzen der Pflege über viele Jahre oder die in Krankenhäusern zementierte und hierarchische Aufbauorganisation in einer Säulenlogik von Administration, Medizin und Pflege erschweren eine patientenzentrierte Organisationsentwicklung, in der der Patientenprozess von der Aufnahme bis zur Überleitung Ausgangspunkt aller Entscheidungen ist.

Noch ist zu beobachten, dass die Behandlung und Pflege von Patienten in Institutionen des Gesundheitswesens und das Zusammenarbeiten im interprofessionellen Team durch das Ausleben von Eigen- und Gruppeninteressen blockiert werden. Eine moderne Organisationsentwicklung in Krankenhäusern stellt den Patientenprozess in den Mittelpunkt und integriert die verschiedenen Perspektiven und Kompetenzen aller Beteiligten unter Berücksichtigung des inneren und äußeren Kontextes. Zu starre Personalbemessungsverfahren, die sich auf einzelne Berufsgruppen fokussieren, erschweren das Effizienzpotential, welches in einem besseren Zusammenspiel der Berufsgruppen gehoben werden kann. Gleichermaßen trifft

in Deutschland für die intersektorale Zusammenarbeit zu.

5 Fazit

Angesichts des dramatischen Personalabbaus der Krankenhauspflege in den 2000er Jahren, ist die Etablierung eines Personalbemessungsinstruments, wie die PPR 2.0 grundsätzlich als Errungenschaft zu verstehen. Die Krankenhauspflege hat sich in den letzten

zwanzig Jahren immer mehr auf notwendigste Verrichtungen am Patienten reduziert und ist längst nicht mehr bedarfsgerecht. Das schadet enorm der Arbeitszufriedenheit und den Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte. Sie nur als Kostenfaktor im Krankenhaus zu sehen, entwertet ihren essentiellen Leistungsbeitrag an der Gesundheit unserer Bevölkerung, was es zu überwinden gilt.

Mit den bisherigen staatlich vorgegebenen Personalbemessungssystemen für die Pflege soll ein Mindestversorgungsstandard in der Gesundheitsversorgung gesichert werden. In ihren starren Vorgaben waren sie bisher allerdings nicht erfolgreich, was u.a. darin liegt, dass sie das komplexe Krankenhausssystem nicht ausreichend integrieren. Der reale Fachkräftemangel in den Pflegeberufen macht zu dem nicht Halt vor einem Personalbemessungsinstrument. Die ggf. mit der PPR 2.0 identifizierten Soll-Stellen werden nicht besetzt werden können. Ein weiteres Risiko besteht in der zukünftigen Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems.

Schon heute ist die Finanzsituation der GKV prekär.

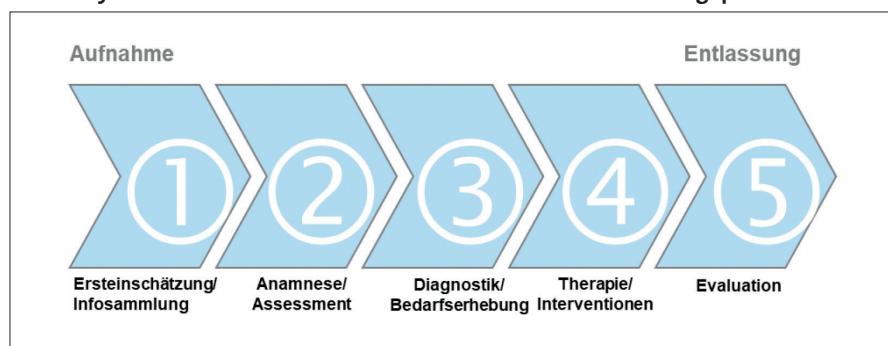
Die Lösung wird demnach nicht in noch strenger regulierten und sanktionsierten Strukturvorgaben liegen, deren Erfüllung unrealistisch sind. Von internationalen erfolgreichen Personalbemessungssystemen kann Deutschland lernen, insbesondere hinsichtlich der Integration verschiedener Ansätze und der Stärkung der Entscheidungsautonomie der Pflegeberufe.

Staatlich vorgegebene Personalbemessungssysteme für die Pflege konnten einen Mindestversorgungsstandard in der Gesundheitsversorgung nicht sichern. Ein multimodaler Ansatz muss die situationsgerechte, fachliche Entscheidungskompetenz der Pflegenden und eine an Outcome-Daten orientierte Personalsteuerung berücksichtigen.

Somit wäre ein multimodaler Ansatz zu verfolgen, der die situationsgerechte, fachliche Entscheidungskompetenz der Pflegenden ebenso berücksichtigt wie eine an Outcome-Daten orientierte Personalsteuerung.

Die Förderung von evidenzbasierten Verfahren wie einer pflegewissenschaftlichen Weiterentwicklung der PPR 2.0 sollte sowohl eine differenzierte Pflegediagnostik als auch eine Outcome-Messung, im Sinne von pflegesensiblen Indikatoren sowie PROMs und PREMs beinhalten. Die vom Gesetzgeber festgelegten Vorbehaltsaufgaben sind als Arbeitsinstrument pflegerischer Arbeitsweise in die Praxis zu implementieren. Mit einer Entbürokratisierung und Vereinfachung der PpUGV können gesetzliche Mindeststandards gesetzt werden. Ein Anreiz für die Anwendung von innovativen Technologien sowie eine Initiierung moderner Organisationsentwicklung in den Krankenhäusern zur Prozessoptimierung und besserer Zusammenarbeit und Führung sind zu empfehlen.

Abb. 3: Synchronisation des Medizinischen Prozesses und des Pflegeprozesses



Quelle: Eigene Darstellung

Literaturverzeichnis

BQS (2024): Benchmarkinitiative Pflege Konzept 2.0. Hg. v. Benchmarkinitiative Pflege. Hamburg. Online verfügbar unter https://www.bqs.de/default-wAssets/docs/Bl-N-Pflege_Konzept_2-0_2024-06-14.pdf, zuletzt geprüft am 26.05.2025.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2025): Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2025 – Kapitel 8-97 bis 8-98. Online verfügbar unter <https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2025/block-8-97...8-98.htm>, zuletzt geprüft am 26.05.2025.

Destatis (2025): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Krankenhausstatistik – Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Online verfügbar unter <https://www.gbe-bund.de/gbe/>, zuletzt geprüft am 04.06.2025.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.: PPR 2.0 – Was ist das? Ein Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument. Online verfügbar unter <https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/ppr-20/>, zuletzt geprüft am 12.06.2025.

Gaß, Gerald (2020): PPR 2.0: Ablösung für die Pflegepersonaluntergrenzen. In: *Das Krankenhaus* (2), 114-117. Online verfügbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.5._Publikationen__Downloads/3.4.1._das_Krankenhaus/dasKrankenhaus_2_2020_Politik_PPR_2.0.pdf, zuletzt geprüft am 25.05.2025.

G-BA (2008): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei

der Indikation Bauchaortenaneurysma. (Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma, QBAA-RL). Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3738/QBAA-RL_2024-12-19_iK-2025-01-01.pdf, zuletzt aktualisiert am 19.12.2024.

GKV-Spitzenverband (2025): Pflegebudget. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/kh_pflegebudget/pflegebudget_kh.jsp, zuletzt aktualisiert am 12.02.2025, zuletzt geprüft am 26.05.2025.

Klauber, Jürgen; Wasem, Jürgen; Beivers, Andreas; Mostert, Carina (Hg.) (2023): Krankenhaus-Report 2023. Schwerpunkt: Personal. Heidelberg: Springer Berlin.

Lehmann, Yvonne Marianne; Schaepe, Christine; Wulff, Ines; Ewers, Michael (2019): Pflege in anderen Ländern: vom Ausland lernen? Heidelberg: medhochzwei.

Maier, Claudia B.; Aiken, Linda H.; Busse, Reinhard (2017): Nurses in advanced roles in primary care. Policy levers for implementation. In: *OECD Health Working Papers No* (98), S. 136–146. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>.

Neumann-Haefelin, Tobias; Busse, Otto; Faiss, Jürgen; Koennekce, Hans-Christian; Ossenbrink, Martin; Steinmetz, Helmuth; Nabavi, Darius (2022): Zertifizierungskriterien für

Stroke-Units in Deutschland: Update 2022. In: *DGNeurologie Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Neurologie* 2022, S. 7–9. DOI: 10.1007/s42451-021-00379-7.

Pilny, Adem; Rösel, Felix (2021): Personalfluktuation in deutschen Krankenhäusern: Jeder sechste Mitarbeiter wechselt den Job. In: Jürgen Klauber, Jürgen Wasem, Andreas Beivers und

Carina Mostert (Hg.): *Krankenhaus-Report 2021. Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt*. Heidelberg: Springer Berlin, S. 267–275.

Rafferty, Anne Marie; Busse, Reinhard; Zander-Jentsch, Britta; Sermeus, Walter; Bruyneel, Luk (Hg.) (2019): Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries. WHO (Health Policy Series, 52).

Smeds Alenius, Lisa; Lindqvist, Rikard; Thielman, Carol (2019): Sweden. In: Anne Marie Rafferty, Reinhard Busse, Britta Zander-Jentsch, Walter Sermeus und Luk Bruyneel (Hg.): *Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries* (Health Policy Series, 52), S. 143–149.

Techniker Krankenkasse (2025): Zum Tag der Pflegenden: Krankenstand leicht gesunken – Pflegekräfte mit überdurchschnittlich vielen Fehltagen. Hamburg. Online verfügbar unter <https://www.tk.de/presse/themen/pflege/pflegepolitik/krankenstand-bei-pflegekraeften-auf-rekordhoch-2149302?tkcm=aaus>, zuletzt aktualisiert am 12.05.2025, zuletzt geprüft am 26.05.2025.

Wasem, Jürgen; Blase, Nikola (2023): Die Personalentwicklung im Krankenhaus seit 2000. In: Jürgen Klauber, Jürgen Wasem, Andreas Beivers und Carina Mostert (Hg.): *Krankenhaus-Report 2023. Schwerpunkt: Personal*. Heidelberg: Springer Berlin, S. 3–18.

Weidner, Frank; Harder, Nelly; Schubert, Christina (2024): Vorbehaltsaufgaben der Pflege im Krankenhaus. Abschlussbericht. VAPiK. Köln. Online verfügbar unter https://www.vorbehaltsaufgaben-pflege.de/wp-content/uploads/2024/03/Abschlussbericht_VAPiK-Studie_26032024.pdf, zuletzt geprüft am 26.05.2025.

Stillstand oder Aufbruch in der Gesundheits- und Pflegepolitik? – Digital vor ambulant und stationär in einer patientenzentrierten Versorgungslandschaft

FRANZ KNIEPS

Franz Knieps war bis 30. Juni Vorstandsvorsteher des BKK Dachverbandes und ist Herausgeber dieser Zeitschrift

Nach zügigen Koalitionsverhandlungen gaben die Spitzen von Unionsparteien und SPD Anfang April 2025 bekannt, dass sie sich auf einen neuen Koalitionsvertrag geeinigt hätten. Bereits vorher waren die Ergebnisse der Arbeitsgruppen im notorisch inkontinenter Berliner Politik- und Medienbetrieb durchgesickert. Sofort stellte sich die Frage, wie ist das erzielte Ergebnis in Bezug auf die Gesundheitspolitik insgesamt und speziell im Hinblick auf die Zukunft von Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozessen einzuordnen sei. Kaum jemand erwartete einen Politikwechsel. Vielmehr drohe ein Weiter so. Der folgende Beitrag beschreibt am Eingang des „Herbstes der Reformen“ die Ausgangslage in turbulenten politischen und wirtschaftlichen Zeiten, analysiert die wesentlichen Strukturprobleme von Krankenversorgung und Krankenversicherung, skizziert Perspektiven zur Lösung dieser Probleme und versucht sich an einer vorläufigen Bewertung der gesundheitspolitischen Lage, nachdem eine neue Führung im Bundesministerium für Gesundheit die üblichen hundert Tage Schonzeit ohne spürbare Akzente verstreichen ließ.

Die Welt im Umbruch – Schwierige Ausgangsbedingungen für die Gesundheitspolitik

Wer in diesen Zeiten einen Blick aus der Vogelperspektive auf unser Land und über seine Grenzen wirft, der wird nicht umhinkommen festzustellen: Die Welt ist aus den Fugen geraten. Russlands imperialistischer Eroberungskrieg gegen die Ukraine und die gezielte Destabilisierung Europas bis hin zur unverhohlenen Bedrohung der „westlichen“ Lebensart haben die sog. Friedensdividende nach 1989 endgültig aufgezehrt. Der Terrorangriff der palästinensischen Hamas auf Israel und kriegerischen Folgeaktionen

in Gaza, im Libanon und im Iran haben den Nahen Osten in Brand gesetzt. Die multilaterale Weltwirtschaftsordnung wird durch US-Präsident Donald Trump unter tatkräftiger Mitwirkung vieler Tech-Milliardäre mit spürbaren Folgen für Ökonomie, Wohlstand und politische Stabilität der gesamten Welt zunehmend in Frage gestellt. Die nationale Ökonomie des Exportweltmeisters Deutschland stagniert im dritten Jahr hintereinander. Die rasant ansteigende Erderwärmung, die sich am stärksten in Europa messen lässt, verliert an öffentlicher Aufmerksamkeit, obwohl Zahl und Ausmaß von Naturkatastrophen steigen, gegen die der Mensch weitgehend

machtlos erscheint. Die Stimmen werden leiser, die fragen, wie die wirtschaftliche, soziale und vor allem ökologische Nachhaltigkeit verbessert werden kann. Auch die Erfahrungen, die in der Pandemie. Gemacht wurden, verblassen. Ohne eine kritische Aufarbeitung der Fehler im internationalen (Ist das Virus doch bei einem Laborunfall entwichen? Wie solidarisch waren die Staaten auf der Welt?) und nationalen Kontext (Welche Maßnahmen waren evidenzbasiert wirksam, und welche haben dem sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft und vulnerablen Gruppen irreparable Schäden zugefügt?) ist Deutschland schutzlos der nächsten Pandemie ausgeliefert. Da reicht es nicht aus, die Maskengeschäfte eines früheren Ministers anzuprangern

Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung hat nicht zu einem fruchtbaren und fairen Systemwettbewerb geführt, es leistet einen wesentlichen Beitrag zur Entsolidarisierung in der Bevölkerung und in der niedergelassenen Ärzteschaft.

und den Blick stur nach vorn zu richten. Eine endlich eingerichtete Enquetekommission des Deutschen Bundestags muss auch die psycho-sozialen Folgen einer sehr umstrittenen obrigkeitstaatlichen Infektionspolitik mit auf den ersten Blick nicht sichtbaren Folgeschäden für viele Personengruppen aufarbeiten. Diese und andere Entwicklungen lassen sich nicht allein auf nationaler Ebene beantworten. Deutschland muss bewusst den Vergleich mit anderen Ländern suchen und fragen, was hätte sich wie vermeiden lassen. In all diesen Fragen bedarf es also vor allem transnationaler Antworten auf der Ebene Europas oder gar der gesamten Staatenwelt. Gesundheitspolitik ist in vielen Bereichen nur noch global denkbar.

Sozio-demografische, ökonomische und technologische Herausforderungen und Chancen

Daneben bedarf es überzeugender Antworten auf sozio-demografische, ökonomische und technologische Entwick-

lungen. Auch die treten nicht allein in Deutschland auf, müssen aber vor allem auf der nationalen Ebene beantwortet werden. Dabei kann man sich natürlich stärker auf internationale Erfahrungen und ausländische Beispiele beziehen. Von besonderer Bedeutung ist die demografische Entwicklung, die zu einer veränderten Sozialstruktur (Die Zahl der Einpersonenhaushalte steigt, nicht nur in städtischen Ballungsgebieten.) und zu einem steigenden Behandlungsbedarf führt, gleich ob man der Kompressionsthese (Steigende Lebenserwartung geht mit mehr gesunden Lebensjahren einher.) oder der Medikalisierungsthese (Steigende Lebenserwartung verursacht höhere Leistungsausgaben.) folgt. Offensichtlich lässt sich in Deutschland ein Nebeneinander beider Trends in Abhängigkeit von der sozialen Lage der jeweiligen Personengruppen beobachten, die sich zugespitzt auf einen Nenner bringen lässt: Wer arm ist, ist gesundheitlich anfälliger und stirbt früher.

Die Demografie beeinflusst wesentlich den Fachkräftebedarf und das entsprechende Verhältnis von Angebot und Nachfrage. Dabei ist Deutschland bei Gesundheit und Pflege insoweit auffällig, als das

Land bei internationalen Vergleichen in der Relation von Gesundheitsberufen zu Einwohnern auf der Systemebene gut abschneidet, aber auf der lokalen und regionalen Ebene fast flächendeckend unbesetzte Stellen und Versorgungssitze mit der Folge von Zugangsbeschränkungen und Unterversorgung aufweist. Das betrifft mittlerweile selbst wohlhabende Regionen und Stadtteile. Und das gilt erst recht für strukturschwache Regionen und benachteiligte Stadtteile. Bei einer genaueren Ursachenanalyse stellt sich heraus, dass unter anderem die Vielzahl von Teilzeit-Beschäftigten und die steigende Bedeutung der Work-Life-Balance ebenso eine Rolle spielen wie die zunehmende Spezialisierung zulasten der Grundversorgung und die mangelhafte Anziehungskraft ländlicher Räume nach Aus- und Weiterbildung in attraktiven Universitätsstädten. Ohne den Einsatz von Fachkräften mit Migrationshintergrund würde im deutschen Gesundheitswesen morgen das Licht ausgehen. Es kann aber nicht

die Lösung sein, anderen Ländern die dort benötigten Fachkräfte abspenstig zu machen. Entsprechend vorsichtig sollte man mit staatlichen Anwerbe-programmen in Ländern mit eigenem Fachkräftemangel sein.

Schließlich sind auch interne Entwick-lungen im Gesundheits- und Pflegesys-tem ursächlich für rasante Veränderun-gen. Dies lässt sich exemplarisch an zwei Punkten festmachen. Zum Einen stellt die digitale Transformation Gesundheit und Pflege vor große Herausforderungen. Die Standardisierung und Digitalisierung der Prozesse, der Einsatz von Künstli-cher Intelligenz, die Nutzung und Zu-sammenführung von Versorgungs- und Abrechnungsdaten zu Big Data sowie die Auswirkungen des Vordringens der Plattformökonomie nicht nur im oligo-archischen Oligopol aus dem Silicon Valley mögen als Stichpunkte an dieser Stelle reichen. Die digitale Transfor-mation ist zum Anderen Voraussetzung für die Entwicklung und den Einsatz perso-nalisierte Medizin auf der Basis neuer Instru-mente wie der frühzeitigen Ent-deckung von Risikofaktoren durch die Genomsequenzierung, der Ausweitung von individualisierter Vorbeugung und Disease Interception sowie der Orga-nisation von morbiditätsorientierten Pro-zesketten entlang von Patientenpfaden (Patient Journeys).

Ungelöste Reformfragen im verkrusteten deutschen Gesundheitssystem

Die Probleme des deutschen Gesund-heitwesens sind jedoch keineswegs nur von exogenen Faktoren bestimmt. Ein wesentlicher Teil ist vielmehr hausge-macht. Das Nebeneinander von gesetz-licher und privater Krankenversicherung mit sehr unterschiedlichen Struktur-prinzipien (Umlagefinanzierung versus Kapitaldeckung, Solidarprinzip versus Äquivalenzprinzip, Sachleistung versus Kostenerstattung, Einzelleistungsvergütung versus Gesamtvergütung) hat nicht zu einem fruchtbaren und fairen Systemwettbewerb geführt, sondern leistet einen wesentlichen Beitrag zur Entsolidari-sierung in der Bevölkerung und in der niedergelassenen Ärzteschaft. Der juristi-sche und/oder ökonomischer Zwang, sich für ein System zu entscheiden oder einen Wechsel zu einem anderen Anbieter zu unterlassen, hat zu einer einer Einschrän-

kung und nicht etwa einer Ausweitung der Freiheit der Versicherten geführt. Die unterschiedliche Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen in GKV und PKV ist wesentliche Ursache dafür, dass gesetzlich und privat Versicherte unterschiedlich lange auf Facharzttermine warten müssen und zu bestimmten Behandlern keinen Zugang finden, es sei denn sie ordern überflüssige individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) oder erklären sich zum Selbstzahler.

Die künstliche Trennung und Aufspaltung der Versorgungssektoren ist zwar von der Entwicklung in der Medizin überholt, prägt aber wesentlich die ökonomischen Fehlanreize mit der Folge von Unter-, Über- und Fehlversorgung. Die sektorale getrennte Planung von Kapazitäten, die unterschiedlichen Finanzierungs- und Honorierungssysteme in Abhängigkeit von Ort und Form der Leistungserbringung und die zersplitterten und überbürokratisierten Regularien für die Qualitätssicherungen ersticken die Kreativität für neue, patientenzentrierte Versorgungsformen. Es mangelt politisch wie praktisch trotz einer Vielzahl von Brückenkonstruktionen an Kommunikation, Koordination und Kooperation. Die fehlenden Zielbestimmungen und die dysfunktionalen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen begünstigen eine egoistische Optimierung von Institutionen und Sektoren zu Lasten einer allgemeinen Wirtschaftlichkeit und einer messbaren Spitzenqualität. Betriebswirtschaft schlägt Volkswirtschaft. Das hat aber nichts mit „Ökonomisierung“ zu tun, sondern ist schlicht eine Folge von unklaren Aufgabenzuweisungen und Verantwortlichkeiten nicht nur zwischen Bund und Ländern, sondern auch im ordnungspolitischen Mix von staatlicher Administrierung, kollektivvertraglicher Steuerung über Selbstverwaltung und einzelwirtschaftlicher Entfaltung von Markt und Wettbewerb. Eine stringente Ordnungspolitik ist dem Gesundheitswesen längst abhanden gekommen.

Das deutsche Gesundheitswesen ist trotz Personalmangels nach wie vor einseitig auf Kompetenzen und Rechte der ärztlichen Profession fixiert. Zwar werden andere Gesundheitsberufe wie psychologische Psychotherapeuten, Pflegekräfte, Physiotherapeuten und andere mehr besser ins System integriert und auch schrittweise besser bezahlt. Von einer echten Kooperation auf Augenhöhe

mit den Ärzten kann zumindest rechtlich bisher nicht die Rede sein. Bis zur eigenständigen Heilkundeausübung ist es noch ein weiter Weg. Zumindest für entsprechend qualifizierte Pflegekräfte hat die neue Bundesgesundheitsministerin Nina Warken eine schnelle gesetzliche Normierung der Befugnis zur Heilkundeausübung auf denn Weg gebracht. Der Gesetzentwurf atmet aber immer noch die längst überholte Unterordnung der Pflege unter die ärztlich geleitete Medizin und kann nur ein erster Schritt zu einer umfassenden Modernisierung des Berufsrechts für alle Gesundheitsberufe sein.

Die finanzielle Schieflage von Kranken- und Pflegeversicherung – Die Verantwortung der Politik

Das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung ist in den Grundfesten fest in der Industriegesellschaft des 19. Jahrhunderts befestigt. Dies gilt sowohl für die beitragsrechtliche Fokussierung auf Löhne und Gehälter bzw. deren Ersatzleistungen (Renten, Krankengeld, Arbeitslosengeld...) und damit implizit die Nichtberücksichtigung anderer Einkünfte wie vor allem Kapitaleinkünfte. Neue Arbeitsformen und Erwerbsbiografien werden nur unzureichend erfasst. Speziell der Bund macht sich einen schlanken Fuß, indem er bei Transferleistungsempfängern nur unzureichend seinen Verpflichtungen nachkommt, für eine annähernd kostendeckende Beitragszahlung zu sorgen. Eine entsprechende Änderung wurde zwar schon dreimal in Koalitionsverträgen vereinbart, von den zuständigen Fachministerien – also den Bundesministerien für Finanzen und für Arbeit und Sozialordnung – aber kalt lächelnd ignoriert. Im neuen Koalitionsvertrag kommt eine solche Verpflichtung erst gar nicht vor. In den Haushaltsgesetzen 2025 und 2026 ist nur von einem völlig unzureichenden kleinen Darlehen an Kranken- und Pflegeversicherung die Rede, nachdem der Bundeskanzler, der Finanzminister und die Gesundheitsministerin implizit oder explizit weitergehende Erwartungen geweckt hatten. Es grenzt schon an Unverschämtheit, wenn die Begründung

zum Bundeshaushalt 2025 die steile These aufstellt, die Steuerzahlenden könnten nicht zur Subventionierung von Defiziten in reformunfähigen Sozialversicherungen herangezogen werden. Dabei ist es doch gerade umgekehrt. Die Beitragszahler – und hier nur die gesetzlich Versicherten – zahlen für Aufgaben, die der Staat aus Steuermitteln zu finanzieren hätte.

Bund und Länder scheuen sich grundsätzlich nicht, die Sozialversicherungen zur Finanzierung öffentlicher Aufgaben heranzuziehen und vertrauen darauf, dass die Träger als Körperschaften des öffentlichen Rechts nicht grundrechtsfähig sind und so nicht in Karlsruhe klagen können. Hier könnte die Rechnung ohne den Wirt ausgestellt sein, denn in der Wissenschaft und bei den Sozialgerichten mehren sich die Stimmen, die die dreiste Überwälzung von versicherungsfremden Leistungen – wie zum Beispiel gehäuft in der Corona-Pandemie – oder die Vernachlässigung staatlicher Finanzierungsverpflichtungen per Vorlage an das Bundesverfassungsgericht abstellen wollen. Bedauerlich ist in jedem Fall der fehlende Mut der Politik, sich mit den Lobbyverbänden im Gesundheitswesen anzulegen und eine zukunftsfähige Finanzierungsreform anzugehen. Dazu soll bis 2027 eine Kommission entsprechende Vorschläge machen. Nicht nur der neuen Ministerin dämmert es, dass wir schnell-

Bund und Länder scheuen sich nicht, die Sozialversicherungen zur Finanzierung öffentlicher Aufgaben heranzuziehen und vertrauen darauf, dass Körperschaften des öffentlichen Rechts nicht in Karlsruhe klagen können.

lere Lösungen brauchen, um die Kostenentwicklung zu bremsen und weitere Beitragssatzsteigerungen zu verhindern.

Daher ist es wenig überraschend, dass die Ministerin nur wenige Tage vor der Tagung des sog. Schätzerkreis aus Finanzexperten des Gesundheitsministeriums, des Bundesamts für soziale Sicherheit und der Krankenkassen ein erstes kleines Sparpaket für 2026 auf den parlamentarischen Weg gebracht hat. Dabei mag es offen bleiben, ob die geplanten

Entlastungen in Höhe von 2 Milliarden Euro ausreichen, um weiter Anhebungen der Zusatzbeitragssätze zu vermeiden. Denn viele Krankenkassen und der Gesundheitsfonds müssen im nächsten Jahr die von Spahn und Lauterbach geplünderten Rücklagen wieder auffüllen. Und der Trend zu expansivem Ausgabenwachstum in nahezu allen Leistungsbereichen hält unvermindert an, denn wirksame Strukturveränderungen sind nach wie vor nicht in Sicht. Auch darf hinterfragt werden, ob die Inhalte der kleinen Reform klug ausgewählt worden sind. Die Korrekturen an der Berechnung des Basisfallwerts bei der Krankenhausvergütung, die Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen und die Mittelbegrenzung zur Förderung von Innovationen in der Versorgung dämpfen die Kostenentwicklung in wenigen Bereichen, ohne eine umfassende Umsteuerung zu bewirken. Trotzdem folgte sofort der zu erwartende Protest der Krankenhausseite. Viel Lärm um nichts?

Da hilft es wenig, dass einzelne Stimmen in der Regel altbekannte Vorschläge zur Verbesserung der Finanzlage wieder aufwärmen. Das berühmte Gebell der Pawlowschen Hunde bei der Frage nach einer Erhöhung von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen oder die Debatte um eine Erhöhung der seit 2004 unveränderten Zuzahlungen lassen ahnen, wie emotionsgeladen die Diskussion weiterer Schritte zur Stabilisierung der GKV-Finanzierung verlaufen wird. Zumindest bis zu den Landtagswahlen im Frühjahr versteckt man sich besser hinter Kommissionen und hält eine „Giftliste“ von Zumutungen fest im ministeriellen Schrank verschlossen.

In der Pflegepolitik soll an dieser Stelle nicht auf die ohnehin spärlichen Einzelheiten im Koalitionsvertrag eingegangen werden. In der Pflegeversicherung wird wider besseres Wissen die Illusion aufrecht erhalten, dass diese eine umfassende Absicherung quasi als Vollkaskoversicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit biete. Dabei ist wie vor ihrer Einführung ab dem Jahr 1994 der Eigenanteil der Betroffenen so hoch, dass viele Menschen die staatliche Grundsicherung – vulgär Sozialhilfe – in Anspruch nehmen müssen. Zwar wurde in den letzten Legislaturperioden die Honorierung der Pflegenden verbessert, doch sprechen die sonstigen Arbeitsbedingungen oft noch einer modernen

Arbeitswelt Hohn. Dabei sind die Babyboomer – anders als uns Karl Lauterbach weismachen wollte – noch gar nicht in dem Alter angekommen, in dem Pflegebedürftigkeit zu einem exponentiell wachsenden Phänomen wird. Der Handlungsbedarf für eine umfassende Finanzierungs- und Strukturreform ist unverändert hoch. Auch hier ist die Debatte um eine Abschaffung oder Umgestaltung des Pflegegrads 1 ein Vorspiel zu den gesellschaftspolitischen Kämpfen, die bald folgen werden.

Der Umbau von Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozessen – Digital und integrativ vor ambulant und stationär

Auch wenn die große und umfassende Gesundheitsreform mehr in den Köpfen von Journalisten und anderen externen Beobachtern als in der Realität eines komplizierten, oft komplexen Systems herumgeistert, lässt sich unzweifelhaft feststellen, dass es in unserem Land nicht an Konzepten und Vorschlägen für einen mehr oder weniger weitreichenden Umbau des Systems gibt. An der Spitze stehen sicherlich die umfassenden und exzellent begründeten Vorschläge des Sachverständigenrats für die Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit und Pflege) und die Initiative Neustart! der Robert-Bosch-Stiftung. Daneben haben zahlreiche Kommissionen, Arbeitsgruppen, Bündnisse und Verbände mehr oder weniger stark Interessen geleitete Vorschläge gemacht. Ganz gewiss gilt: Deutschland hat kein Erkenntnisproblem, sondern ein politisches Umsetzungsproblem.

Anders als bei der Finanzierung, wo neben der Vertagung auf 2026/27 nur der für alle Bereiche geltende Vorbehalt der (Gegen-)Finanzierung auffällt, finden sich im Kapitel Gesundheit und Pflege des Koalitionsvertrags durchaus brauchbare Ansätze zur Umgestaltung von Versorgungsstrukturen und zur Optimierung von Versorgungsprozessen. Dabei gilt es, die knappen Ressourcen Personal, Zeit und Geld effizienter als bisher einzusetzen. Das wird nicht ohne Entschlackung der bisherigen Strukturen und der Nutzung neuer digitaler Kommunikationswege und Steuerungsinstrumente gehen. Mit Sicherheit müssen sogar einige heilige Kühe wie Arztvor-

behalt oder freier Direktzugang zum Arzt geschlachtet werden. Andere Länder im Norden Europas, dem Baltikum oder Kanada machen es uns vor, wie der Erstzugang und die Terminvergabe, die regelhafte Weiterbehandlung und die Überwachung von Behandlungsverläufen ins Netz verlagert werden können. Die Versorgung der Zukunft wird dem Dreiklang digital und integrativ vor ambulant und stationär folgen. Auch in Deutschland wachsen zarte Pflänzchen neuer Praxisformen mit Physician Assistents und Telemedizin wie zum Beispiel die Praxen von Lilian Care oder avi medical in unversorgten Regionen. Ob es gleich ein Umstieg auf ein lückenloses Primärarztsystem sein muss, wie manche eine Passage des Koalitionsvertrags deuten, darf man ernsthaft hinterfragen. Weder haben alle Kassenärztlichen Vereinigungen einschließlich der KBV bisher überzeugende Ansätze zur flächendeckenden Primärversorgung entwickelt und implementiert, noch wären die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung finanziert, wenn sich alle Versicherten dort einschreiben. Auch macht es in vielen Fallgestaltungen wenig medizinischen Sinn, einen zusätzlichen Besuch beim Hausarzt oder der Hausärztin einzuschieben. Schließlich ist Primärversorgung mehr als Allgemeinmedizin. Daher müssen sonstige Arztgruppen der Grundversorgung wie Kinderärzte, Augenärzte oder Gynäkologinnen ebenso einbezogen werden wie andere Gesundheitsberufe, speziell die (akademisierte) Pflege oder die Physiotherapie. Durch eine Steigerung der Gesundheitskompetenz müssen die Menschen wieder in die Lage versetzt werden, geringfügige Gesundheitsprobleme (Husten, Schnupfen, Heiserkeit) ohne Inanspruchnahme der professionellen Strukturen – etwa durch Beratung in der Apotheke und Selbstmedikation – in den Griff zu bekommen.

Eine neu ausgerichtete Grundversorgung muss eng mit der fachärztlichen Versorgung in der Niederlassung und im Krankenhaus vernetzt werden. Der Weg zu interprofessionellen Teams und zu Versorgungsnetzen über Professions- und Sektorengrenzen hinaus muss konsequent weiter gegangen werden. Auch die Werksärzte und die arbeitsmedizinische Dienste sollten stärker in die Versorgung einbezogen werden. Wesentliches Instrument zur Koordinierung der Versorgung

(Auf das Wort Steuerung sollte besser verzichtet werden; Menschen sind keine Maschinen.) sollten dabei indikationsbezogene Patientenpfade unter Einbindung von Lotsen und Krankenkassen mit dem Ziel einer indikationsspezifischen Patient-Journey sein, die datenbasierte Risikoanalysen, gezielte Früherkennung und wirksame individualisierte Prävention vor Ausbruch einer Krankheit umfassen. Voraussetzung dafür sind ein Zusammenspiel von klinischen Daten und Abrechnungsdaten sowie die Nutzung von Big Data und künstlicher Intelligenz. Mit spezifischer Prävention, der Ausweitung ebenfalls individualisierter Vorbeugung und unter bestimmten Bedingungen auch einer „Disease Interception“, also einer Krankheitsunterbrechung, soll der Eintritt einer manifesten Erkrankung oder von Pflegebedürftigkeit hinausgezögert oder gar verhindert werden. Nach Einschätzung vieler Wissenschaftler sind hier erhebliche Potenziale zur Versorgungsverbesserung und zur Optimierung der Mittelallokation zu erschließen. Dazu müssen soziale Angebote und Selbsthilfe, Rehabilitation und Pflege besser mit

Es fehlen mutige Schritte zum Aufbrechen tradierter Versorgungsstrukturen, zur Gestaltung integrierter, patientenzentrierter Versorgungsprozesse und Vereinbarungen zur Finanzierung der Sozialversicherung.

der kurativen Akut- und Chronikerversorgung vernetzt werden. Am Ende der Patientenreise müssen End-of-Life-Care, Schmerztherapie und Palliativversorgung flächendeckend einbezogen und deren Anspruchnahme erleichtert werden. Das Konzept von Value-based-Care sieht hier eine Vielzahl von neuen Instrumenten und Handlungsansätzen vor.

In der stationären Versorgung will der Bund grundsätzlich den Weg der Ampel-Regierung weiter gehen, nachdem die Unionsparteien noch im Wahlkampf die komplette Rücknahme der Lauterbachschen Reform angekündigt hatten. So werden der Zeitplan für die Transformation der Krankenhäuser gestreckt, bestimmte Qualitätsanforderungen für

Krankenhäuser in unversorgten Regionen gesenkt und aus dem Bundeshaushalt kurzfristig Geld für eine Zwischenfinanzierung zur Verfügung gestellt. Hoffentlich widerstehen die Landespolitiker dabei der Versuchung, diese Mittel mit der Gießkanne über alle Häuser zu verteilen, sondern setzen diese gezielt zur notwendigen Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft ein. Der Krankenhaus-Transformationsfonds soll ausschließlich aus Steuermitteln des Bundes und der Länder und nicht von den Krankenkassen finanziert werden. Am grundsätzlichen Weg zur Konzentration der Krankenhäuser über sog. Leistungsgruppen und der Schaffung neuer Zwischenformen zur ambulanten Versorgung wie sog. Level1i-Häuser, die in manchen Regionen bereits erfolgreich implementiert wurden, gibt es allenfalls leichte Korrekturen zugunsten des pragmatischen Wegs von Nordrhein-Westfalen. Von der vor der Wahl proklamierten Umkehr der Reform kann glücklicherweise keine Rede mehr sein. Bedenken bleiben jedoch insbesondere bei der Abweichung von einheitlichen Qualitätsstandards und der

Zusammenrechnung benachbarter Krankenhäuser. Auch die genaue Ausgestaltung der Vorhaltefinanzierung birgt ebenso Gefahren wie die unklare Vorgaben für Sicherstellungszuschläge bei Häusern im ländlichen Raum.

Von herausragender Bedeutung und vom Koalitionsvertrag mit hoher Dringlichkeit versehen ist die schon fertig ausgearbeitete Reform von Notfallversorgung und Rettungsdiensten. Der Direktzugang an der teuersten Stelle der Gesundheitsversorgung muss anders gestaltet werden, damit die stark angestiegene Nutzung bei geringfügigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zurückgedrängt wird. Hier sind schwierige Gespräche mit den Bundesländern zu erwarten. Dort ist der Rettungsdienst in aller Regel bei den Innenministern ressortiert, die schon immer klare Vorstellungen von der Selbstkostendeckung durch die Krankenkassen hatten und haben. Die in manchen Bundesländern eskalierten Auseinandersetzungen zwischen Kostenträgern und Rettungsdiensten – beispielsweise über sog. Leerfahrten – dürften hier nur einen kleinen Vorgeschmack bilden.

Nur wenig lässt sich dem Koalitionsvertrag zur Zukunft der Arzneimittelversorgung im Allgemeinen und zur Bestimmung des Erstattungspreises für innovative Produkte, die nur für kleine Gruppen Patienten bestimmt sind, im Besonderen entnehmen. Die Ausnahme von sog. Orphan Drugs aus den AMNOG-Regelungen zu Nutzenbewertung und Erstattungspreisen müssen ebenso überdacht werden wie die Zusammensetzung der Faktoren, die für eine faire Bestimmung der Erstattungspreise herangezogen werden. Wenn sogar in den USA die Renditen der Pharmaindustrie in Frage gestellt werden, müsste dies den Wohlfahrtsstaaten in Europa zu denken geben. Keinesfalls kann akzeptiert werden, dass Europa und Asien die Zache für Trumps Interventionen zahlen sollen, wie dies internationale Pharmakonzerne fordern.

Schließlich bekennt sich auch die neue Regierung – wie jede ihrer Vorgängerinnen – zu einer Stärkung von Prävention und Vorsorge. Ob daraus ein echter „Spurwechsel“ wird, wird erst die Detailarbeit im entsprechenden Gesetzgebungsverfahren zeigen. Schon in der Vergangenheit erwies es sich als Hindernis, dass der Bundesgesetzgeber keine allgemeine Kompetenz für die Gesundheitspolitik hat, sondern diese nur als Annex zu anderen Kompetenzfeldern wie Sozialversicherung oder Infektionsschutz ausüben kann.

An der Bundeskompetenz zur Reform der Pflegeversicherung, die nicht nur in bedrohlichen Finanznöten steckt, sondern auch strukturell mit den skizzierten demographischen Problemen überfordert ist, bestehen keine Zweifel. Aber der Weg zu Reformen über eine Bund-Länder-Kommission auf Ministerebene zu finden, erscheint nicht nur dem Verfasser abwegig. Solange die Bundesländer ihre Verpflichtungen zur auskömmlichen Investitionsfinanzierung bei Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen nicht nachkommen, sollten allen Forderungen, die auf eine Finanzierung zu Lasten Dritter hinauslaufen, eine klare Absage erteilt werden. Die Gefahr ist groß, dass in der Pflege weiter nur an Symptomen herumgedoktert wird und auf die drängende Frage, wie soll die gesundheitliche und pflegerische Versorgung einer in Würde alternden Gesellschaft aussehen soll, keine schlüssige und gesellschaftlich akzeptierte Antwort gefunden wird.

Wohin steuert die schwarz-rote Koalition? – Eine unbefriedigende Antwort

Für die Bewertung der politischen Rahmenbedingungen ist sicherlich festzustellen, dass Gesundheit und Pflege schon seit längerem nicht zu den Top-Themen der jeweiligen Bundesregierung gehören. Vor allem fehlen mutige Schritte zum Aufbrechen tradierter Versorgungsstrukturen und zur Gestaltung integrierter, patientenzentrierter Versorgungsprozesse sowie konkrete Vereinbarungen zur Finanzierung der Sozialversicherung. Ist diese Politikfeld damit in die Landesliga abgestiegen, wie Beobachter mutmaßen? Allein aus der Zusammensetzung der Arbeitsgruppen in den Koalitionsverhandlungen mit einer Überzahl von Landespolitikern lässt sich das noch nicht folgern. Denn bestimmte Probleme lassen sich nach der Verfassungslage – Koalitionsvertrag hin oder her – nur im Zusammenwirken von Bund und Ländern mit den wichtigsten Akteuren des Gesundheitswesens lösen. Nachbesserungen, aber keine Richtungsänderung bei der Krankenhausreform, die baldige Wiedervorlage der Notfallreform einschließlich des Rettungsdienstes und des vertragsärztlichen Notfalldienste, die Stärkung der ambulanten Versorgung sowie die Beschleunigung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen sind verabredet und teilweise schon in interne Arbeitsentwürfe gegossen. Selbst was nicht im Vertrag geregelt ist, wie etwa schnell wirksame Maßnahmen zur Begrenzung der Beitragssatzanstiege, steht trotzdem noch 2025 auf der politischen Tagesordnung. Viel Zeit und Spielräume für ideologisch geprägte Veränderungen dürften die neuen Verantwortlichen nicht haben. Aber die wenigen Aussagen zur Versorgung lassen, auch wenn nur stark abstrakt formuliert, einen Willen zur koordinierten Patientenversorgung erkennen.

Hoffentlich ändert die neue Ministerin, eine anerkannte Juristin und erfahrene parlamentarische Geschäftsführerin, Stil sowie Regulierungstiefe und -breite bei neuen Gesetzesvorhaben. Zwar besteht kein Anlass, darauf zu hoffen, dass in dieser Legislaturperiode eine Neukodifizierung des SGB V erfolgt, doch könnten bessere Abstimmungen in der Koalition, eine frühzeitige Einbindung der Betroffenen und ein Verzicht auf detaillierte Regulierung von Einzelfällen die Qualität der Gesetzgebung deutlich verbessern. Neben den inhaltlichen Veränderungen ist es von gleicher Wichtigkeit, dass Gesetzgebung und Verwaltung das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in die Funktionsfähigkeit des Staates einschließlich der Selbstverwaltung wiederherstellt. Nur so lassen sich komplexe Systeme begreifbar machen und im Interesse der Nutzerinnen und Nutzer steuern. Gesundheit und Pflege sind ein Kernbereich der Daseinsvorsorge. Deren Funktionsfähigkeit bildet nach gesicherten sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen einen wichtigen Gradmesser für das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in den Staat und in die Demokratie.

*Der Verfasser war bis zum 30. Juni 2025 Vorstandsvorsitzender des BKK-Dachverbands und davor unter anderem Abteilungsleiter für Gesundheitsversorgung, Kranken- und Pflegeversicherung im Bundesministerium für Gesundheit und Geschäftsführer Politik im AOK-Bundesverband. Der Artikel ist eine Fortschreibung mehrerer Publikationen, die der Verfasser nach Abschluss der Koalitionsverhandlungen verfasst hat.

Neuere Literatur

Ausführlich setzen sich mit allen hier behandelten Fragen auseinander die Beiträge in Knieps/Klemm (Hrsg.), *Gesundheitspolitik neu aufgelegt – Wie die gesetzliche Krankenversicherung funktioniert und weiterentwickelt werden muss*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2025. Eine vertiefende Lektüre zu den Möglichkeiten des Value-based-Care-Ansatzes bieten die Beiträge in Hager et al. (Hrsg.), *Gemeinschaftsprojekt Gesundheit – Wie Value-based-Care das Gesundheitswesen neu erfindet*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2024. Speziell zur künftigen Entwicklung der Krankenhäuser siehe Gaß/Neumeyer/Morell (Hrsg.), *Das Krankenhaus der Zukunft – Herausforderungen, Chancen, Innovation*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2024 (mit Anregungen des Verfassers für ein modernes Gesundheitsrecht). Vorschläge zur Neuordnung der Regulierung der Arzneimittelversorgung macht der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege in seinem jüngsten Gutachten (*Preise innovativer Arzneimittel in einem lernenden Gesundheitssystem*, Berlin 2025). Eine Gezeitenwende machen drei Professoren (Karagiannidis/Augurzky/Alischer, *Die Gesundheit der Zukunft – Wie wir das System wieder fit machen*, Hirzel Verlag, Stuttgart 2025) aus und setzen auf die Gamechanger wirksame Prävention und Früherkennung, digitale Transformation und Künstliche Intelligenz, Strukturveränderungen und Prozesssteuerung. Die Kunst der Gesetzgebung beschwört ein sehr interessanter Sammelband des Frankfurter Institut für Europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht – *ineges* (herausgegeben von Kießling/Spiecker gen. Dohrmann im Verlag Peter Lang, Frankfurt 2023). Die Bedeutung der (gesundheitlichen) Daseinsvorsorge für das Vertrauen in Demokratie und Staat beschreibt eine Studie der Friedrich Ebert Stiftung (Heider et al., *Antidemokratische Wahlerfolge im ungleichen Deutschland – Demokratiestützende Aspekte der Daseinsvorsorge*, Bonn 2025). Noch immer lohnenswert Luhmann, *Vertrauen*, 5. Auflage, UVIK Verlagsgesellschaft, Konstanz und München 2014.

Neue Bücher

■ Neugestaltung des Gesundheitssystems – Wie man die Gesundheitsversorgung personenzentriert, gerecht und nachhaltig gestaltet

Joachim P. Sturmberg, Springer Science Schweiz, Cham 2024, 304 Seiten, ISBN 978-3-031-46815-5, 79,99 €

National wie international fehlt es nicht an Gutachten, Studien und Publikationen, wie Gesundheitssysteme reorganisiert werden sollten. Sachverständigenräte und Kommissionen, Stiftungen und Universitäten überbieten sich an vielfältigen Vorschlägen und Forderungen, die von den Akteuren je nach Interessenlage freudig begrüßt oder verdammt werden. Politisch Verantwortliche werden – vor allem im Vorfeld von Wahlen – nicht müde, mutige Veränderungen zu beschwören und die Zeit überfälliger Reformen anzukündigen. Auf eine konkrete Umsetzung kann man jedoch lange warten. Stattdessen werden neue Kommissionen eingesetzt und neue Gutachtentraufräge erteilt. Offenbar hat Deutschland kein Erkenntnisproblem, sondern erhebliche Handlungsdefizite. Brauchen wir dann überhaupt noch neue Impulse, vor allem, wenn diese von weit weg kommen?

Unbedingt ja, wenn es sich um so brillante Analysen und Vorschläge wie in diesem Buch vom 5. Kontinent handelt. Der Autor ist kein anerkannter Gesundheitssystemforscher, sondern ein Allgemeinmediziner mit praktischer Erfahrung in der Betreuung von Menschen in ländlichen Regionen. Sein Buch ist trotzdem kein Sammelsurium wohlfeiler Ratschläge, sondern eine theoretisch fundierte Aufforderung, Gesundheitssysteme als „komplexe adaptive Systeme“ zu begreifen und die soziale Versorgung und Absicherung aller Menschen, insbesondere der sozial Schwächsten, in den Mittelpunkt zu stellen. Der Aspekt der Daseinsvorsorge soll deshalb im Fokus der Zielbildung von Gesundheits- und Sozialsystemen stehen. Daraus leitet Sturmberg die medizinischen, organisatorischen und gestalterischen Schritte

zum Auf- und Umbau der Systeme ab. Er sieht Gesundheit als fundamentales Menschenrecht an und leitet daraus fundamentale Prinzipien für jedes Gesundheitssystem ab. Mit Hilfe der Systemtheorie (Niklas Luhmann lässt grüßen) lotet er die Spielräume für effektive und effiziente Zusammenarbeit aus. Konkret schlägt er ein abgestuftes Vorgehen vor, dass sich theoretisch wie praktisch auf ein System- und Komplexitätsdenken stützt und auf eine patientenzentrierte, gerechte und nachhaltige Versorgung abzielt.

Joachim Sturmberg liefert keine Vorgaben für ein bestimmtes Idealsystem. Sein Vorgehen weicht von (fast) allen anderen Beiträgen zur Neugestaltung der Gesundheitssysteme ab. Er reflektiert seine praktischen Erfahrungen auf der Basis sozialer Werthaltungen. Er reduziert Komplexität anhand von sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen und entwickelt Techniken zu einer praktischen Umsetzung einer auf Kommunikation und Kooperation basierenden Neuordnung. Er bedient sich einer verständlichen Sprache und nutzt geschickt grafische Darstellungen zur Illustration. Das Buch rekurriert vielfältige Erfahrungen aus aller Welt. Vor allem regt es zum Weiterdenken außerhalb eingefahrener Bahnen an. Es ist eine echte Bereicherung und ermöglicht eine Auflösung der hiesigen Handlungsblockaden.

Franz Knieps

■ Soziale Pflegeversicherung, herausgegeben

Josef Berchtold, Peter Baumeister und Constanze Janda, Nomos Kommentar, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2025, 1789 Seiten, ISBN 978-3-8487-7545-3, 179,- €

Es gibt kaum eine Sozialreform, die so dringend erwartet wird, wie eine Reform der Pflegeversicherung. Dafür gibt es gleich mehrere Gründe: Die Pflegeversicherung ist eine Teilkaskoversicherung; die Erwartungshaltung der Bevölkerung und das Kommuni-

kationsverhalten der Politik sind auf eine vollständige Absicherung ohne unfinanzierbare Eigenanteile, ergänzende Grundsicherung und/oder Inanspruchnahme der nächsten Angehörigen ausgerichtet. Der demografische Wandel und die extremen Arbeitsbelastungen haben Tätigkeiten in der professionellen Pflege unattraktiv gemacht, auch wenn sich die Bezahlung in den letzten Jahren verbessert hat. Der soziale Wandel in den Familien und in den Gemeinschaftsstrukturen (Nachbarschaften, Kirchen, Gewerkschaften) haben die informelle Pflege durch Angehörige und Ehrenamtler geschwächt. Schließlich sind die Regelungen im SGB XI und anderen Gesetzen intransparent und detailverliebt geworden. Die Anbindung der Pflegeversicherung an die Krankenversicherung ist brüchig geworden. Damit wird eine Anpassung der Pflege an die Herausforderungen der Zeit erschwert und eine grundlegende Reform dringlich.

Da passt es gut, dass Herausgeber und Autorinnen aus Wissenschaft, Justiz und Praxis sich entschlossen haben, für eine neue Kommentierung – statt einer gemeinsamen Bearbeitung von SGB V und SGB XI – sich auf das Recht der Pflege und der Pflegeversicherung zu fokussieren. Sie haben eine umfassende Neukommentierung vorgelegt, die die Leserinnen und Leser zur neuen Legislaturperiode auf den aktuellen Stand zur Mitte des Jahres 2025 bringen. Da im Koalitionsvertrag von Union und SPD weitere gesetzliche Änderungen bereits politisch angekündigt sind, soll eine Onlineversion des Kommentars mit politischen Entwicklungen Schritt halten.

Das neue Werk hat sich aus dem Stand auf eine Spitzenposition der Kommentarliteratur in der Pflege katapultiert. Wissenschaftler und Praktikerinnen, Rechtsprechende und Rechtsetzende kommen an diesem Band, der sich den hohen Qualitätsstandards der Nomos-Kommentare verpflichtet fühlt, nicht vorbei. Pflegebedürftigkeit ist elementares Lebensrisiko und wird quantitativ und qualitativ eine der zentralen Herausforderungen von Gesellschaft und

Staat bleiben. Wer sich mit Hilfe dieses Kommentars bildet, wird über gute und bessere Argumente in den notwendigen politischen Debatten, rechtlichen Auseinandersetzungen und bei der praktischen Lösung der Versorgungsprobleme verfügen.

Franz Knieps, Berlin

■ Die Gesundheit der Zukunft Wie wir das System wieder fit machen Das Gesundheitssystem in Deutschland reformieren: Anforderungen, Probleme und Lösungsansätze aus Expertensicht

Prof.Dr. Christian Karagiannidis,
Prof. Dr. Boris Augurzky , Prof.
Dr. med. Mark Dominik Alischer,
S. Hirzel Verlag GmbH, Stuttgart
2025, 208 Seiten ISBN 978-3-7776-
3499-9, 20,-€

„Dieses Buch zeigt einen Weg auf, wie die sich bereits ereignende Gezeitenwende notwendige und tiefgreifende Transformationen ermöglichen kann, und bietet konkrete Lösungen an, wie diese Transformationen auch praktisch gelingen können.“ Selbstbewusst stecken die Autoren Ihren Claim ab für den Band, der durch die Bosch Health Campus GmbH der Robert Bosch Stiftung gefördert wurde. Erstklassige Experten für das deutsche Gesundheitssystem sind alle drei: Professor Boris Augurzky, Mitglied im Beirat dieser Zeitschrift, wurde vom Bundesgesundheitsministerium in die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ berufen. Professor Christian Karagiannidis, war Mitglied im Sachverständigenrat des Bundeskanzleramtes. Im Jahr 2024 wurde er in das Nachfolgegremium, den Sachverständigenrat Gesundheit und Resilienz, berufen. Professor Mark Dominik Alischer ist Gründer Geschäftsführer der Bosch Health Campus GmbH in Stuttgart und Professor an der Universität Tübingen. Er kennt internationale Krankenhauslandschaften und Gesundheitssysteme.

Die Gezeitenwende im Gesundheitswesen ist ein zentraler Begriff dieses Bandes. Die drei Autoren sehen unser Gesundheitssystem ebenso wie die gesamte Gesellschaft in einem Epochewandel: Was seit den 1970er Jahren durch den Aus- und Aufbau von Kapa-

zitäten sowohl den – objektiven wie den und subjektiv eingeschätzten Bedarf der Menschen geprägt hat, ist jetzt vorbei. Massiver Verlust von Industriearbeitsplätzen, die Transformation der Arbeitswelt, die Abwendung von fossilen Brennstoffen und der demographische Wandel erlauben es nicht mehr, Gesundheitsversorgung losgelöst von Volkswirtschaft zu sehen. Es wird nie mehr immer mehr geben im deutschen Gesundheitssystem. Vergütung, Ressourcen, Ärztinnen und Ärzte, ausreichend Pflegefachkräfte – die Autoren sehen uns hart vor „einem entscheidenden Wendepunkt“. Der Hashtag #Gesundheit2030 ist für Christian Karagiannidis, Boris Augurzky und Mark Dominik Alischer vor allem unmissverständliche Mahnung. Vor uns liegen harte Arbeit, mutige Entscheidungen, entschlossene Schritte, die hartnäckig verteidigten Sektoren des Gesundheitswesens zu verbinden und das System effizienter machen, denn wir brauchen „eine substantielle und tiefgreifende Änderung der Versorgungsstruktur“. Ein System, das als Reparaturbetrieb und zu wenig auf Gesundheitserhaltung ausgelegt ist, können wir uns nicht mehr leisten.

Das Buch gliedert sich in 20 Kapitel, die verschiedene strategische Korridore in den Blick nehmen: elektronische Patientenakte (ePA), Krankenhauslandschaft, Therapiekosten, Pflege und Patientensicherheit als Schlüssel für ein modernes Gesundheitssystem. Künstliche Intelligenz, die ePA, das Prinzip ambulant vor stationär und ein klarer Fokus auf Prävention und Früherkennung sehen die Autoren als die „großen Gamechanger“ und zentrale Elemente, um in der Zukunft mit weniger personellen Ressourcen die Bevölkerung weiterhin medizinisch gut versorgen zu können. Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung, Umbau der Krankenhauslandschaft, die Notfallversorgung bis zur hausärztlichen Versorgung – es gibt kaum einen Bereich im Gesundheitssystem, der nicht tiefgreifende Reformen benötigt.

Die Autoren loten die Möglichkeiten von Prävention und Früherkennung als zentrale Elemente aus, um in der Zukunft die Bevölkerung mit weniger personellen Ressourcen weiterhin medizinisch gut versorgen zu können. Jede Vermeidung einer Erkrankung oder eine Behandlung in einem sehr frühen

Stadium bringt direkten Gewinn für Patientinnen und Patienten – und ist auch aus volkswirtschaftlicher Sicht unumgänglich. Früherkennung von Herz- und Kreislauf- sowie Infektionserkrankungen ermöglicht die Vermeidung schwerer Folgeerkrankungen. Wearables, Smartwatches und nicht-invasive Messungen über Brustgurte oder kleinsten Detektoren identifizieren bereits heute Risikopatienten. Die Förderung der Forschung und erhebliche Investitionen von Bund und Ländern müssen wesentliches Ziel der kommenden Jahre sein. Start-up-Unternehmen in diesem Bereich brauchen ein freundliches regulatorisches Umfeld, das ihnen Zugang zu Risikokapital erlaubt. Die Krankenversicherung Clalit in Israel, geht nach Auswertung ihrer Versichertendaten proaktiv auf ihre Versicherten zu und empfiehlt, rechtzeitig Maßnahmen, um sich anbahnende mögliche schwere Krankheitsverläufe zu vermeiden. Das vordigitale Sozialgesetzbuchs SGB V braucht rasch eine Neuaustrichtung. Die sogenannten „Abnehmspritzen“ (GLP-1-Analoga) werden in Zukunft eine besondere Rolle einnehmen. Großbritannien diskutiert ihren breitflächigen Einsatz, um schwere Folgeerkrankungen der Adipositas zu reduzieren. Die Autoren fordern, einen Zielbereich des Body Mass Index (BMI) zu definieren, in dem die günstigen Wirkungen die Kosten der Spritze überwiegen, sie sehen Bedarf für eine gesellschaftliche Diskussion und die Notwendigkeit eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zur bestmöglichen Indikation.

Karagiannidis, Augurzky und Alischer zeigen viele Punkte auf, an denen Veränderungen notwendig und möglich sind. Ein realistischer Blick, ein Leitfaden für Politik, um wirksame Reformen im Sinne von Public Health auf den Weg zu bringen und ein Bauplan, wie die medizinische Versorgung in Deutschland zukunftsfähig gemacht werden kann.

Stefan. B. Lummer