



# Pflege Management

Die Zeitung für Führungskräfte  
in der mobilen und stationären Pflege

6. Jahrgang  
Juni/Juli 2022

## Aus dem Inhalt

### Soziale Bits Seite 1-4

Digitalisierung ist nicht nur etwas für kühle Rechner. Pflegebedürftige Menschen können mit der passenden App beispielsweise mehr Selbstständigkeit im Alltag und damit mehr Lebensqualität erwerben.

### Soziales Gewissen Seite 4-5

300.000 ehemalige Pflegekräfte treibt in Deutschland ihr soziales Gewissen um. Gerne würden sie in ihren alten Beruf zurückkehren. Wenn nur die Arbeitsbedingungen etwas humaner wären. Zum Beispiel in Teilzeit.

### Soziale Krise Seite 6-7

Die häusliche Pflege ist an ihrem Limit angelangt. Ein Drittel aller pflegenden Angehörigen fühlt sich absolut überfordert. VdK-Präsidentin Verena Bentele fordert dringend Unterstützung.

### Soziale Messe Seite 16-17

Erfolgreicher Reset nach der Corona-Zwangspause: Die ALTENPFLEGE überzeugt nach zwei Jahren des Ausfalls mit einem modernisierten Konzept an ihrem neuen Standort in Essen.

### Soziale Bank Seite 20

Die Bank für Sozialwirtschaft will die Digitalisierung im Gesundheitssektor fördern. Für investitionsunwillige Krankenhäuser legt sie jetzt ein Sonderkreditprogramm in einer Gesamthöhe von bis zu 350 Millionen Euro auf.

## Was muss eine App für die Pflege leisten können?

Sieben Kriterien für den pflegerischen Nutzen



Foto: stock.adobe.com/nrow

Apps und digitale Anwendungen sollen Pflegebedürftige dabei unterstützen, selbstständiger mit Anforderungen des täglichen Lebens zurechtzukommen. Gleichzeitig sollen sie dadurch soziale Teilhabe stiften und verbessern. Doch welche Kriterien und Anforderungen gelten dafür? Was muss eine App für Pflegebedürftige leisten?

► Fortsetzung auf Seite 2

## Gastkommentar

# Mit großen Schritten Richtung Zukunft

Von Claudia Moll, Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung

Wie kaum eine andere Branche musste sich die Pflege in den vergangenen Jahren anpassen, moderner und zukunftsfähiger werden. Corona hat den Modernisierungsdruck dabei noch einmal verschärft. Denn mit der Pandemie kam auch der Blick auf die Pflege, auf die Arbeitsbedingungen und die Art und Qualität der Versorgung.

Die Politik hat wichtige Maßnahmen ergriffen, um den Pflegeberuf zukunftsfest zu machen. Gleichzeitig sind Pflegekräfte in der Pandemie endlich lauter geworden. Sie sind mit ihren Anliegen vielerorts gehört worden und haben Dinge in Bewegung gebracht. Als Pflegebevollmächtigte



Foto: Pflegebevollmächtigte, Holger Gross

weiß ich aber auch, es ist noch viel zu tun. Deshalb ist es mein Ziel, die vielen guten Entwicklungen zu verstetigen und weitere Verbesserungen zu erzielen.

### Arbeitsbedingungen

Das gilt zu allererst natürlich für das Thema Fachkräftemangel, das uns nun schon viele Jahre begleitet. Ich sehe hier erste Erfolge. Die Ausbildungszahlen steigen und der Gesetzgeber hat die tarifliche Bezahlung als Zulassungskriterium für die Langzeitpflege beschlossen. Ein Schwachpunkt sind mancherorts aber noch immer die Arbeitsbedingungen.

Dabei will ich ganz klar sagen: Es gibt viele richtig gute Einrichtungen, die sich unglaublich für ihre Mitarbeitenden einsetzen. Der entscheidende Dreh- und Angelpunkt ist in diesen Einrichtungen meist das Pflegemanagement. Wenn von dort die richtigen Signale kommen, sind Mitarbeiterzufriedenheit und Versorgungsqualität in der Regel hoch.

Ich habe aber auch lange genug in der Pflege gearbeitet, um zu wissen, wie schwer es ist, neben der laufenden Arbeit auch noch grundsätzliche Dinge wie eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen anzugehen. Deshalb unterstütze ich mit meinem Projekt „GAP – Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf“ die Einrichtungen ganz konkret dabei, ihre Arbeitsbedin-

► Fortsetzung auf Seite 2

## ► Fortsetzung von Seite 1

... Mit großen Schritten Richtung Zukunft

gungen kritisch unter die Lupe zu nehmen und mithilfe von geschulten Coaches zu verändern.

### Versorgungsqualität

Arbeitsbedingungen und Mitarbeiterzufriedenheit lassen sich auch nicht von der Versorgungsqualität trennen. Wenn die Versorgung gut organisiert ist und wenn die Möglichkeiten, sie immer weiter zu verbessern, genutzt werden, dann sehe ich als Mitarbeiterin, wofür ich zur Arbeit komme: Und dann gehe ich auch zufrieden nach Hause, weil ich weiß, dass ich etwas Gutes und Sinnvolles geleistet habe.

Wichtige Voraussetzungen für eine gute Versorgung sind ein sinnvoller Berufs- und Qualifikationsmix, die Nutzung der Möglichkeiten der Digitalisierung und nicht zuletzt auch Vernetzung.

Jeder weiß inzwischen, wir brauchen in der Pflege unterschiedliche Qualifikationen: Pflegehelfer, Pflegefachpersonen und Akademiker, die mit ihren jeweiligen Kompetenzen und Qualifikationen passgenau eingesetzt werden. Bei einer Akademisierungsquote von derzeit etwa 1,7 Prozent muss wirklich keiner Angst haben, dass die Akademiker das Feld übernehmen werden. Die Akademisierung wird aber voranschreiten. Und gut eingesetzt werden Akademiker die Versorgung direkt vor Ort stärken und ihre Kolleginnen und Kollegen entlasten. Entlastung bietet ebenfalls die Digitalisierung. Lange wurde sie primär für administrative Zwecke genutzt, inzwischen kommt sie aber auch immer mehr in der direkten Versorgung von Patienten und Pflegebedürftigen an. Videosprechstunden und Telemedizin bieten gerade

in der Versorgung von pflegebedürftigen und immobilen Patientinnen und Patienten wichtige Vorteile.

Entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte können in der ambulanten Versorgung Hausbesuche bei Pflegebedürftigen sicherstellen und wenn nötig unmittelbar Rücksprache mit dem Arzt oder der Ärztin halten. Durch den gezielten Einsatz der Telemedizin lässt sich zum Beispiel auch vorab klären, ob eine stationäre Behandlung wirklich notwendig ist, und damit unnötige „Vorsichtshalber-Krankenhauseinweisungen“ vermeiden. Die Vorteile für Patienten, Behandler und Einrichtungen liegen auf der Hand.

Voraussetzung für die frühzeitige Nutzung solcher Möglichkeiten ist allerdings oft eine gute Vernetzung. Vieles, das große Vorteile in der Versorgung verspricht, wird zunächst in Modellprojekten nur in einzelnen Kommunen oder Regionen erprobt. Und auch das, was in die Regelversorgung übernommen wird, ist zu Beginn oft noch weit von flächendeckend entfernt.

Das heißt für uns alle, wir müssen Augen und Ohren offenhalten, um an neuen Entwicklungen zeitnah teilzuhaben. Die Pflege ist ein Arbeitsfeld, in dem es niemals Stillstand geben wird. Im Gegenteil, Wissenschaft und Praxis entwickeln sich gerade mit Riesenschritten. Aber gerade das macht die Pflege als Arbeitsfeld auch so spannend und bereichernd. Ich sehe in meiner Arbeit viele gute und innovative Projekte, die funktionieren. Und genau da müssen wir ansetzen, um die Versorgung Schritt für Schritt moderner und besser zu machen.

### Teilhabe

Entwicklungen müssen aber natürlich auch darauf geprüft werden, ob sie zum gewünschten Ziel führen. Aktuell wird viel darüber gespro-

chen, was wir aus der Pandemie lernen können und müssen.

Klar ist, dass die Zumutungen, die pflegebedürftigen Menschen vor allem zu Beginn der Pandemie auferlegt wurden, sich nicht wiederholen dürfen. Besuchsverbote und weitreichende Besuchseinschränkungen in Pflegeeinrichtungen haben fatale Folgen für viele Bewohner und ihre Angehörigen gehabt.

Wir müssen uns aber auch darüber hinaus bewusst machen, ob wir uns im Zuge der Pandemie vielleicht an Dinge gewöhnt haben, die mit unseren Ansprüchen an eine gute Pflege eigentlich nicht vereinbar sind. So sind zum Beispiel in vielen stationären Einrichtungen und Krankenhäusern Besuchszeiten eingeschränkt worden. Besuche wurden streng reglementiert und kontrolliert. Nicht immer wurden diese Regelungen wieder zurückgenommen. Hier müssen wir genau abwägen, wie viel Schutz eine Pflegeeinrichtung, die ja Wohnort und Lebensmittelpunkt der Bewohner

ist, bieten soll und wie viel Freiheit sie bieten muss.

Gerade für Pflegeeinrichtungen gilt, sie gehören mitten in die Gesellschaft. Unser Ziel muss es deshalb sein, dass Pflegeeinrichtungen selbstverständlicher Teil der Kommunen sind. Dazu müssen Einrichtungen wie auch Kommunen ihren Beitrag leisten. Nur so können Pflegeeinrichtungen auch in den kommenden Jahren noch den Anforderungen gerecht werden, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen an sie richten.

### Beteiligung

Dazu gehört auch die Beteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner. Sie haben ein Recht darauf, ihre Lebensumstände mitzugestalten. Abseits juristischer Regeln hat aber vor allem die Möglichkeit, Einfluss auf das eigene Leben in der Einrichtung zu nehmen, erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Bewohner.

Ich weiß natürlich, dass es noch immer einige Einrichtungsleitungen gibt, die Bewohnervertretungen als lästiges Übel wahrnehmen und davon überzeugt sind, sie selbst würden alleine am besten, was für „ihre“ Bewohnerinnen und Bewohner gut ist. Diese Haltung geht aber nicht nur am Selbstbestimmungsrecht der Bewohnerinnen und Bewohner vorbei, sie verspielt auch die Chancen, die eine gut eingebundene Bewohnervertretung für die Lebens- und Versorgungsqualität bietet.

Und an dieser Stelle schließt sich der Kreis. Denn eine gute Lebens- und Versorgungsqualität in der Einrichtung heißt in aller Regel auch: hohe Mitarbeiterzufriedenheit, wenig Fluktuation und im Ergebnis weniger Personalmangel. ♦

Weitere Informationen:

[www.gap-pflege.de](http://www.gap-pflege.de)

[www.pflegebevollmaechtigte.de](http://www.pflegebevollmaechtigte.de)

## Editorial

# Was für ein Potenzial!

Von Achim Hermes, Redakteur

**Was für einen Luxus leisten wir uns da eigentlich? Die Pflegeeinrichtungen suchen händelnd Fachkräfte, zahlen Prämien, werben im Ausland und greifen auf Zeitarbeitspersonal zurück (und riskieren damit Fraktionen mit der Stammebelegschaft). Ungeachtet dessen zieht die Politik die Schrauben bei der Personalbemessung an, wohl wissend, dass das Personal nicht da ist. Aber es gibt wenigstens ein gutes Gefühl.**



beitsplatzbedingungen nicht. Das sollte einmal auch mit der Konzentrierten Aktion Pflege angegangen werden. Die hat zwar mehr Pflegefachkraft- und Pflegehilfskraftstellen geschaffen. Nur ausfüllen möchte und mag sie kaum jemand. Es ist bezeichnend, dass es bisher keine Zahl gibt, wie viele Stellen durch das Engagement der Konzentrierten Aktion Pflege besetzt worden sind.

„Mehr Fortschritt wagen“ ist der Titel des Koalitionsvertrags von SPD, Grünen und FDP. In Sachen Altenpflege ist da bisher aus dem SPD-geführten Bundesgesundheitsministerium nichts gekommen. Immerhin stürzt sich Claudia Moll (SPD), von Haus aus staatlich examinierte Altenpflegerin mit anschließender Weiterbildung zur Fachkraft für Gerontopsychiatrie und fast 30 Jahre in der Altenpflege tätig, mit Engagement in ihr neues Amt als Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung.

Es wird Zeit, dass sich die Bundesregierung der Altenpflege annimmt, ob im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege oder in einer eigenen Kommission wie etwa der von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) berufenen Kommission zur Krankenhausreform oder in welcher Form auch immer. Und dass sie sich mehr auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Altenpflege fokussiert. Denn die Potenziale sind da. Die Zeit ist reif, den Schatz zu heben. ♦

Ihr Achim Hermes

## ► Fortsetzung von Seite 1

... Was muss eine App für die Pflege leisten können? (Leitartikel)

Der Gesetzgeber hat das definiert: im Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG), verabschiedet im vorigen Sommer. Damit hat er neben den Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) auch die Einführung von Digitalen Pflegeanwendungen (DiPAs) gestartet.

Das Ziel von DiPAs ist es, die Pflegeversorgung von Pflegebedürftigen durch digitale Technologien zu verbessern. Exemplarisch können hier Lösungen im Kontext des präventiven Sturzmonitorings oder auch die Förderung des Gedächtnistrainings genannt werden. Ergänzend dazu ist mit DiPAs vorgesehen, diese zur Verbesserung der Kommunikation des Pflegebedürftigen mit Angehörigen und Pflegefachkräften einzusetzen.

Die damit einhergehende Entlastung der Pflegenden – pflegerisch wie auch organisatorisch – soll zu einer Reduzierung der physischen und psychischen Belastung führen.

Weiterhin können digitale Angebote die Transparenz über Versorgungsoptionen erhöhen und somit eine höhere Kosten-Leistungs-Effizienz schaffen.

Im Rahmen des Zulassungsverfahrens einer DiGA ist neben weiteren Kriterien ein positiver Versorgungseffekt nachzuweisen. Für die Prüfung der Erstattungsfähigkeit von digitalen Pflegeanwendungen und zur Aufnahme in ein entsprechendes Verzeichnis wird ein neues Verfahren geschaffen, das bisher durch eine Verordnung noch nicht näher spezifiziert wurde. Dem DVPMG ist lediglich zu entnehmen, dass sich DiPAs am „pflegerischen Nutzen“ messen lassen sollen.

Im Gegensatz zum positiven Versorgungseffekt aus dem Kontext DiGAs ist der pflegerische Nutzen bisher kaum bzw. nicht einheitlich und allgemeingültig definiert. Aus diesem Grund haben sich Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen zusammengeschlossen,

sen, um in sieben Thesen Anregungen bzw. Vorschläge für die Ausführung der Definition des pflegerischen Nutzens von DiPAs zu geben.

Die nachfolgenden Thesen gehen aber auch über den pflegerischen Nutzen hinaus und fordern von den politisch Verantwortlichen eine Überarbeitung der Ausgestaltung von DiPAs.

### These 1: Sektorenübergreifender Nutzen

Digitale Pflegeanwendungen ermöglichen den Erhalt der Selbstbestimmung von Pflegebedürftigen, wenn sie sektorenübergreifend Zugriff auf die DiPAs haben und diese anwenden können. Hierfür gilt es, Schnittstellen vom ambulanten Setting hin zur stationären Versorgung zu schaffen.

Pflegebedürftige haben grundsätzlich das Recht auf Selbstbestimmung (SGB XI § 2 Abs. 1 und 2). Die DiPAs sollten daher so angewendet werden können, dass eine Übertragung von einem Setting in ein anderes möglich ist. Selbst der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist weitgehend auch bezüglich der DiPAs einzuhalten.

Gleichzeitig ist der präventive Ansatz (SGB XI § 5 Abs. 1 S. 1) ebenfalls in der stationären Langzeitpflege verankert. Aufzuführen ist hier beispielsweise das Mobilitätsmanagement, das in allen Settings der Gesundheitsfürsorge zu unterstützen und möglichst aufrechtzuhalten ist. Gleichwohl bedeutet ein Umzug aus der eigenen Häuslichkeit in ein anderes Pflegesetting nicht automatisch den Verlust der Eigenverantwortung (SGB XI § 6 Abs. 2). Allein aufgrund der gesetzlichen Vorgaben ist eine Erweiterung der DiPAs auf weitere Settings unabdingbar. Die Schnittstellen sind daher so zu erstellen, dass ein sektoren- und systemübergreifender Nutzen für den Pflegebedürftigen gewährleistet ist.

### These 2: Pflegerisch-organisatorischer Nutzen

Im Rahmen der Zulassung müssen DiPAs technische wie auch organisatorische Schnittstellen zu anderen IT-Systemen und Anwendergruppen nachweisen können, damit Kommunikations- und Abstimmungsprozesse zwischen den unterschiedlichen Akteuren wie zum Beispiel pflegenden Angehörigen, Pflegediensten, Pflegeberatern und Pflegebedürftigen ermöglicht werden.

Die Versorgungssituationen in der häuslichen Pflege sind oftmals komplex. Zahlreiche Faktoren wie zum Beispiel ungenügende Kommunikation, fehlendes Wissen, Zeitdruck, unklare Abstimmungsprozesse oder technische und räumliche Hindernisse stellen ein Risiko für die Sicherheit von Pflegebedürftigen dar. Nur ein umfassender Informationsaustausch über den aktuellen Gesundheitszustand, die medizinische Behandlung sowie die pflegerische Versorgung mittels

einer digitalen Anwendung gewährleistet und erhöht die Sicherheit der Pflegebedürftigen. Hierdurch können beispielsweise Infektionen, Dekubitus, Mangelernährung sowie unerwünschte Arzneimittelwirkungen vermieden werden.

Weiterhin können entsprechende Schnittstellen Pflegende bei Planung und Organisation des häuslichen Versorgungsnetzwerkes entlasten und führen zu mehr zeitlicher Kapazität für eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung.

### These 3: Mehrperspektivische Betrachtung pflegerischen Nutzens

Der pflegerische Nutzen bietet allein in einer dyadischen Form –

d.h. beidseitige Berücksichtigung der Belange von Pflegenden und Pflegebedürftigen in Abhängigkeit des jeweiligen Settings – einen sinnvollen Ansatz für die Implementierung von digitalen Technologien.

Pflege als Sorgeprozess ist im ambulanten wie stationären Setting durch Interaktionsbeziehungen gekennzeichnet. DiPAs sollen zwar daran ansetzen, die Selbstpflegefähigkeit Pflegebedürftiger im selbstbestimmten, häuslichen Umfeld zu stärken, gleichwohl wird die ausschließliche Fokussierung auf den Nutzen für Pflegebedürftige der ambulanten Versorgungsrealität nicht gerecht.

Schließlich bewegen sich Pflegebedürftige gemeinhin in wechselseitigen Sorgebeziehungen zu diversen pflegenden Akteuren. Hierzu gehören insbesondere pfle-

gende Angehörige wie auch ehrenamtlich und professionell Pflegenden.

Somit kommt der Passung von DiPAs in die möglichen Lebenskontexte – Haushaltsgröße, (soziale) Vulnerabilität sowie lokale Verfügbarkeit von personellen, technischen und organisatorischen Sorgeangeboten – ein entscheidender Stellenwert für die Implementierung und den potenziell entfaltbaren Nutzen der Technologie zu.

### These 4: Pflegekompetenz der Nutzenten

Wenn DiPAs die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen nachhaltig stärken sollen, muss die Pflegekompetenz der potenziell Nutzenden bereits bei der DiPA-Zulassung

adressiert werden. Hier greift das Verständnis, den Nutzenden in den Blick zu nehmen und niedrigschwellige Zugänge bereit zu stellen und anzubieten.

DiPAs zielen im Gegensatz zu DiGAs noch stärker auf eine ältere Bevölkerungsgruppe ab. Zudem ist die Anwendung von DiPAs unter Umständen nur mit entsprechendem pflegerischen Wissen effektiv und effizient umsetzbar. Um die im Kontext der DiPAs vorhandenen Pflegeinformationen und -empfehlungen verstehen zu können, ist das individuelle pflegerische Wissen des Anwendenden zu berücksichtigen.

Je nach kognitiver, physischer und emotionaler Ausgangslage des potenziell Nutzenden sind zielgruppengerechte Handlungsempfehlungen zur Stärkung der Pflegekompetenz – barrierefrei und in

Anzeige

**Damit Perspektiven zu Erfolgen werden.**

Mit Branchenwissen, Erfahrung und Engagement.  
Ihr strategischer Partner im Gesundheitswesen.

Alle Infos auf [apobank.de/firmenkunden](https://apobank.de/firmenkunden)

**apoBank** Bank der Gesundheit

einfacher Sprache – zum Beispiel in Form eines verständlichen „Beipackzettels“, unabdingbar, um digitale Pflegeanwendungen bedarfsgerecht implementieren zu können.

### These 5: Messung und Bewertung pflegerischen Nutzens

Positive pflegerische Versorgungseffekte digitaler Technologien sollten im Sinne einer wertorientierten Pflegeverbesserung von Pflegebedürftigen und Pflegenden durch einen direkten pflegerischen Nutzen oder einer verbesserten Organisation und Bewältigung des pflegerischen Alltags erbracht werden.

Die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen wird über die Trichotomie von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erreicht. Während strukturelle Voraussetzungen eine Anforderung an die Umsetzbarkeit für den Einsatz digitaler Technologien darstellen, ergibt sich sowohl für Pflegebedürftige

als auch für Pflegenden aus dem Zusammenspiel versorgungsrelevanter Dienstleistungen, ausgerichtet auf pflegerische Zielerreichungen, ein pflegerischer Versorgungseffekt.

Positive Versorgungseffekte können sich in einem konkreten Nutzen oder strukturellen Verbesserungen des pflegerischen Alltags zeigen. Relevante Endpunkte der Leistungsempfänger von DiPAs sollten sich daher aus personenzentrierten und fallspezifischen Zielgrößen wie etwa Autonomie, Alltagskompetenz, Teilhabe, Lebensqualität, Zugang zur Versorgung, Verbesserung/Erhalt von Körperfunktionen und der Entlassung von informell oder professionell Pflegenden ergeben.

Folgend der Logik aus dem DVPMG zur Nachweiserbringung von Versorgungseffekten in der pflegerischen Praxis sowie dem Grundsatz der wertorientierten Gesundheitsverbesserung (value-based healthcare), sind die Effekte mit qualitativen, interventionellen und ver-

gleichenden Methoden in kontrollierten Studien nachzuweisen, deren Schwerpunkt auf dem Nachweis des Mehrwertes der DiPAs liegt.

### These 6: Erprobung von DiPAs

Analog zu den DiGAs sollte auch für die DiPAs eine modellhafte Erprobung im Zulassungsverfahren vorgesehen werden, um eine beschleunigte Bewertung, aber auch evidenzgesicherte Qualität im Rahmen der praktischen Anwendung erreichen zu können.

Es ist kritisch anzumerken, dass eine Erprobungszeit für DiPAs trotz weitgehend fehlender, validierter Messinstrumente sowie der Komplexität in Aufwand, Zeit und finanzieller Mittel zur Erbringung geforderter Evidenzen nicht vorgesehen ist. Alternative Vorgehensweisen im Sinne einer refinanzierbaren, modellhaften Erprobung sind ratsam und wünschenswert. Ziel ist es, valide, versorgungsrelevante Daten erheben zu können

und gleichzeitig pflegerische Leistungserbringer, denen bereits jetzt Kapazitäten für die alltägliche Versorgung fehlen, nicht zu stark zu belasten.

Die modellhafte Erprobung sollte durch rechtliche Vorgaben vereinfacht werden. Keinesfalls darf dadurch die Einführung der DiPAs an einer zu starken Zusatzbelastung der Pflegenden scheitern. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass in pflegerischen Settings andere Parameter als in der Medizin relevant sind und die Bewertungssysteme von DiPAs und DiGAs klar voneinander unterschieden werden sollten.

### These 7: Finanzierung von DiPAs

Die Finanzierung von DiPAs sollte ausschließlich auf der Grundlage von objektiven, wissenschaftsbasierten Bewertungskriterien erfolgen. Diese sollten sich an einem ex ante definierten Raster pflegerischen Nutzens, welches Ausprä-

gungen des Nutzens ins Verhältnis zu verschiedenen Preiskategorien setzt, orientieren.

Für eine faire Preisbildung zur Verwendung solidarisch-finanzierter Mittel ist ein transparentes Bewertungsverfahren, das den pflegerischen Nutzen möglichst objektiv nachweist, erforderlich. Für die Preisfindung muss ein im Voraus definiertes Raster pflegerischen Nutzens Verwendung finden (zum Beispiel das NAAM-Modell), das überprüfbare Kategorien pflegerischen Nutzens definiert.

Das Raster sollte als Grundlage für die Preisverhandlungen zwischen Herstellern und GKV-Spitzenverband dienen. Wünschenswert hierbei ist eine erweiterbare und offene Preisgestaltung, um Erkenntnisse zum pflegerischen Nutzen aus der Versorgungsforschung aufgreifen und implementieren zu können. ♦

Weitere Informationen:  
[www.finsoz.de](http://www.finsoz.de)

## Personal Management

# Mindestens 300.000 zusätzliche Pflegekräfte durch Wiedereinstieg möglich

Studie: „Ich pflege wieder, wenn ...“ – Ergebnisse einer großen bundesweiten Befragung

**Mindestens 300.000 Vollzeit-Pflegekräfte stünden in Deutschland durch Rückkehr in den Beruf oder Aufstockung der Arbeitszeit zusätzlich zur Verfügung – sofern sich die Arbeitsbedingungen in der Pflege deutlich verbessern. Das ergibt die neue Studie „Ich pflege wieder, wenn ...“.**

Die Untersuchung macht auf Basis einer großen bundesweiten Befragung mehrere Modellrechnungen auf und rechnet das Potenzial für alle aufstockungswilligen Vollzeit-Pflegefachkräfte sowie erstmals auch für Beschäftigte in der Pflege hoch, die ihrem Beruf in den vergangenen Jahren den Rücken gekehrt haben und sich eine Rückkehr vorstellen können.

So ergibt sich ein rechnerisches Potenzial von 300.000 Pflegefachkräften in Vollzeit bei sehr vorsichtiger Kalkulation, in einem optimistischen Szenario sogar von bis zu 660.000 Vollzeitkräften. Mehr als 80 Prozent dieses Potenzials beruht auf der Rückkehr „ausgestiegener“ Fachkräfte.

An der Online-Befragung haben im vergangenen Jahr rund 12.700 „ausgestiegene“ sowie in Teilzeit beschäftigte Pflegekräfte teilgenommen. Die Studie baut auf einer Bremer Pilotstudie auf und ist Ergebnis einer Kooperation der Arbeitnehmerkammer Bremen, der Arbeitskammer im Saarland und des Instituts Arbeit und Technik (IAT), Westfälische Hochschule in Gelsenkirchen. Die Hans-Böckler-Stiftung hat die Studie gefördert.



Eine der größten Herausforderungen unserer Zeit: Die Motivation von Pflegekräften.

liche Hochschule in Gelsenkirchen. Die Hans-Böckler-Stiftung hat die Studie gefördert.

In der Pflege herrscht schon heute bundesweit ein eklatanter Fachkräftemangel. Dieser wird sich weiter zuspitzen – allein in den nächsten zehn bis zwölf Jahren gehen 500.000 Pflegefachkräfte in Rente. Es dauert aktuell 230 Tage, bis die Stelle einer Krankenpflegefachkraft besetzt werden kann, 210 Tage für die Stellenbesetzung einer Altenpflegefachkraft.

„Es muss uns zeitnah gelingen, Pflegekräfte zu gewinnen. Das ist eine der größten sozialpolitischen Herausforderungen dieser Zeit“, mahnt Elke Heyduck, Geschäfts-

führerin der Arbeitnehmerkammer Bremen.

In der bundesweiten Befragung stand deshalb die Frage im Mittelpunkt, unter welchen Bedingungen bereits ausgebildete, aber „ausgestiegene“ Pflegekräfte in ihren Beruf zurückkehren beziehungsweise Teilzeitpflegekräfte ihre Arbeitszeit erhöhen würden. Und wie groß ist unter den richtigen Arbeitsbedingungen das Potenzial an Pflegekräften? Das erstaunliche Ergebnis: Die Hälfte der Teilzeitbeschäftigten und sogar 60 Prozent der Ausgestiegenen können sich eine Rückkehr in den Beruf bzw. ein Aufstocken der Stunden vorstellen.

## Mehr Personal und verlässliche Arbeitszeiten gewünscht

„Das ist eine sehr gute Nachricht für die Pflege – doch diese Fachkräfte kommen nicht von allein zurück“, betont Elke Heyduck. Und weiter: „Die Pflegebeschäftigten wissen sehr genau, was sich ändern muss, damit sie ihren verantwortungsvollen Beruf so ausüben können, wie es ihren fachlichen Vorstellungen und ihrer Ausbildung entspricht.“

Als stärkste Motivation nennen die Befragten eine Personaldecke, die sich tatsächlich am Bedarf der pflegebedürftigen Menschen ausrichtet. Außerdem wünschen sich Pflegekräfte eine bessere Bezahlung und verlässliche Arbeitszeiten.

Mehr Zeit für menschliche Zuwendung zu haben, nicht unterbesetzt arbeiten zu müssen und verbindliche Dienstpläne sind für die Befragten weitere zentrale Bedingungen. Ebenso wünschen sie sich respektvolle Vorgesetzte, einen kollegialen Umgang mit allen Berufsgruppen, mehr Augenhöhe gegenüber den Ärztinnen und Ärzten, eine vereinfachte Dokumentation und eine bessere Vergütung von Fort- und Weiterbildungen.

In der Befragung konnten beide Gruppen auch ihre Arbeitszeitwünsche angeben. Dabei stellt sich heraus, dass Teilzeitkräfte ihre

Arbeitszeit im Mittel (Median) um zehn Stunden pro Woche aufstocken würden und „ausgestiegene“ Pflegekräfte sich eine Rückkehr in den Pflegeberuf mit 30 Wochenstunden vorstellen können.

Darüber hinaus hat die Befragung ermittelt, wie aktiv die „ausgestiegenen“ Pflegekräfte mit Blick auf eine mögliche Rückkehr sind: „Bereits ein Drittel der potenziellen Rückkehrerinnen und Rückkehrer haben Stellenangebote angesehen, knapp sechs Prozent stehen im Kontakt mit einem Arbeitgeber. Die übrigen denken mindestens einmal im Monat darüber nach, in den Beruf zurückzukehren, sind bislang aber noch nicht aktiv geworden“, erläutert Michaela Evans, Direktorin des Forschungsschwerpunktes Arbeit & Wandel am IAT. Und wo wollen die befragten Ausgestiegenen arbeiten? Im Vergleich der Arbeitsbereiche vor dem Ausstieg und den Bereichen, in die ein Wiedereinstieg in die Pflege angestrebt wird, zeigt sich zunächst Stabilität: Ausgestiegene geben überwiegend den ehemaligen Arbeitsbereich als gewünschten Bereich für einen Wiedereinstieg an. Dies gilt insbesondere für ehemals im Krankenhaus und in der Psychiatrie Beschäftigte.

„Auffällig ist, dass ehemalige Beschäftigte aus den ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten ihren eigenen Bereich seltener als Wiedereinstiegsbereich angeben“, hat Michaela Evans beobachtet.