

Gedanken für morgen

Das Magazin zum HARTMANN
Zukunftsforum 2018

Meinungen, Diskussion und Trends
zu den aktuellen Herausforderungen
unseres Gesundheitssystems



Gesundheit ist
unser Antrieb

200
JAHRE

Unser Gesundheitssystem braucht neuen Antrieb. Packen wir es an!

Liebe Leserinnen und Leser,



unsere Gesundheitsversorgung steht vor massiven Herausforderungen. Wir müssen Antworten auf drängende Themen wie die Digitalisierung, den demografischen Wandel, die Globalisierung oder den Fachkräftemangel finden. Und damit sehen auch wir bei HARTMANN uns in der Pflicht, denn wir sind ein Teil dieses Gesundheitssystems.



Aus diesem Grund haben wir am 13. Juni 2018 zum ersten Mal das HARTMANN Zukunftsforum veranstaltet – als Plattform und Impulsgeber zugleich. Mehr als 400 Vertreter aus Apotheken, Kliniken, Pflege, Ärzteschaft und Politik haben in Heidenheim mit Top-Experten der Branche sehr rege über die Zukunft des Gesundheitswesens in Deutschland diskutiert: Rückt der Fokus auf ökonomische Ziele die Ethik der Patientenversorgung in Kliniken in den Hintergrund? Ist das klassische Altenheim ein Auslaufmodell? Wie lassen sich die Online- und Offline-Welt der Apotheken sinnvoll miteinander verbinden? Mit welchen Maßnahmen können wir junge Ärzte motivieren, sich auf dem Land niederzulassen? Und wie lässt sich der aktuelle Pflegenotstand lindern?

Zu diesen und weiteren spannenden Fragen haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer intensive Gespräche geführt, die sicher viele von ihnen zum Weiterdenken animiert haben. Genau das wollen wir nun mit diesem Magazin erreichen – auch für Branchenkenner, die nicht dabei sein konnten. Wir haben viele Themen, die beim Forum zur Sprache kamen, vertieft und um neue Aspekte ergänzt. Sei es die Rolle von Humor im Krankenhaus, die Chancen von Medical Food, der Postbote als Pflegedienst oder der Medibus als mobile Arztpraxis: Auf den folgenden Seiten finden Sie innovative Gedanken für morgen. Für ein Gesundheitssystem, das uns gut tut.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.



Andreas Joehle
Chief Executive Officer
der HARTMANN GRUPPE



Dr. Chima Abuba
Senior Vice President
HARTMANN Deutschland



4

Rettet das Gesundheitswesen! Aber nicht dieses – ein Gastbeitrag von Eckart von Hirschhausen



6

„Der unsterbliche Mensch ist heute schon am Leben“ – ein Interview mit Sven Gábor Jánoszy



10

Ökonomie versus Medizin? Deutsche Kliniken brauchen beides!



14

Neue Lebensmodelle erfordern neue Versorgungsformen



18

Die Apotheke muss dort sein, wo der Kunde sie braucht



22

Krank auf dem Land: Hausärzte entlasten und für den Beruf werben



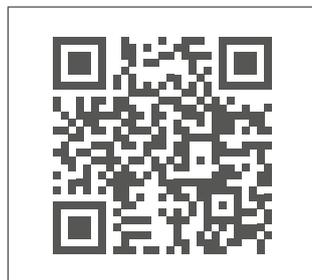
26

Illusion oder Perspektive? Die Pflege steht genau dazwischen



30

Pflege neu denken: Wir brauchen Smart Innovations! Ein Beitrag von Andreas Joehle



Impressionen und Berichte vom HARTMANN Zukunftsforum 2018 auch online unter [https:// zukunftsforum.hartmann.info](https://zukunftsforum.hartmann.info)

Rettet das Gesundheitswesen! Aber nicht dieses ...

Früher war man ohne Arzt oft besser dran als mit. Das hat sich geändert. Aber heute sind die Ärzte und die Patienten schlecht dran ohne Pflege! Was wir gewinnen, wenn wir das Humane zurück in die Humanmedizin holen.
Ein Gastbeitrag von Dr. Eckart von Hirschhausen

Es war bezeichnenderweise ein Patient, der etwas an sich selber beobachtete und ins Rollen brachte. Der US-Journalist Norman Cousins litt unter einer rheumatischen Erkrankung der Wirbelsäule, die stationär behandelt wurde. Von ihm stammt die wichtige Beobachtung: „Ein Krankenhaus ist kein guter Ort für kranke Menschen.“ Er buchte sich gegenüber der Klinik ein Hotelzimmer, lud abends, wenn die Therapien vorbei waren, Freunde ein und schaute seine liebsten Videos von den Marx Brothers. Dabei bemerkte er, dass er nach dem gemeinsamen Lachen weniger Schmerzmittel brauchte. Das teilte er seinen Ärzten mit. Seine Biografie „Der Arzt in uns selbst“ wurde zum Bestseller – und zum Startschuss für den gezielten Einsatz von Humor im Gesundheitswesen.

Der erste echte Klinikclown war Michael Christensen vom New Yorker Big Apple Circus. Eine seiner Mitarbeiterinnen, Laura Fernandez, brachte diese Idee vor gut 20 Jahren nach Deutschland. Inzwischen ist sie die künstlerische Leiterin meiner bundesweiten Stiftung HUMOR HILFT HEILEN.

Alle reden von „personalisierter Medizin“, sparen aber gleichzeitig am Personal

Je länger ich die Humorarbeit unterstütze, desto wichtiger werden mir die Pflegekräfte. Ausgerechnet die Idealistischen und Hochmotivierten brennen am schnellsten aus, wenn ihre Ansprüche und die Realität aufeinanderprallen. Und die Flexiblen und Mehrfachbegabten wechseln das Terrain, weil sie keine Aufstiegs- und Entwicklungschancen sehen. Wenn Lokführer oder Piloten streiken, kommt man ein paar Tage nicht von A nach B.



2008 gründete von Hirschhausen die Stiftung HUMOR HILFT HEILEN. Sie bringt Clowns in Krankenhäuser, setzt sich für die Weiterbildung von Ärzten, Pflegekräften und Clowns ein und fördert das therapeutische Lachen. Auch in seinen Büchern kombiniert von Hirschhausen Medizin mit Humor.



Aber wenn die Pflege streikt, kommt keiner mehr vom Bett aufs Klo. Und nach zwölf Stunden ist jedem klar, was schlimmer ist.

Alle reden von „personalisierter Medizin“, sparen aber gleichzeitig am Personal. Lärm, Neonlicht, Zeitdruck und schlechtes Essen – man muss schon ziemlich gesund sein, um im Krankenhaus zu überleben, sowohl als Patient als auch als Mitarbeiter. Im Gesundheitswesen arbeiten mehr Menschen als in der Automobilindustrie – zynisch könnte man die Automobilindustrie als einen Zulieferer bezeichnen. Wir haben eines der besten und teuersten Gesundheitssysteme der Welt. In den vergangenen Jahren hat sich daraus eine Industrie entwickelt, die verspricht, immer effizienter und ökonomischer zu handeln. Dabei hat sie sich aber von den Bedürfnissen der Patienten abgekoppelt: Es wird geröntgt und nicht geredet, es wird operiert statt abgewartet, es werden teure Medikamente entwickelt, statt dafür zu sorgen, dass Prävention in den Lebenswelten Krankheiten verhindert.

Ein absurder Kreislauf

Die Ärzte in den Krankenhäusern sind frustriert, weil sie mehr oder minder direkt angehalten sind, Umsatz zu machen. Die Patienten fühlen sich verloren, weil sie immer schneller durch die Maschine geschleust werden. Und die Pflegekräfte und Menschen in anderen therapeutischen Berufen gehen auf dem Zahnfleisch, weil man an ihnen am einfachsten sparen kann. Zuerst geht die Motivation flöten, dann verlassen alle, die eine andere Option haben, fluchtartig das System. Deutsche Ärzte und Pflegekräfte wandern in die Schweiz und nach Skandinavien ab, weil sie hier für sich keine Perspektive sehen. Dafür werben wir mühsam wieder Personal in Osteuropa, Spanien

und Griechenland an, das sich hier schwertut. Ein absurder Kreislauf, der dazu führt, dass bald keiner mehr da ist, der Deutsch als Muttersprache spricht. Und das, obwohl sich alle einig sind, wie wichtig Zuhören, Sprechen und Kommunikation im Team für eine erfolgreiche Behandlung sind.

Im Gegensatz zur Ärzteschaft hat die Pflege zu wenig Standesvertreter und politisches Gewicht

Es braucht Wissen und Motivation, Teamentwicklung und Führungskultur. Das geht aber nicht, wenn jeden Tag neue Leute einspringen, weil Stellen chronisch unterbesetzt sind. Im Gegensatz zur Ärzteschaft hat die Pflege zu wenig Standesvertreter und politisches Gewicht. Deshalb finde ich es richtig, eine Bundespflegekammer zu etablieren, die Ausbildung zu akademisieren und aufzuwerten und öffentlich mehr Druck zu machen, sich diesem großen Zukunftsthema anzunehmen, denn früher oder später sind wir alle davon abhängig, dass sich jemand um unsere Eltern, unsere Kinder oder um uns selber kümmert.

Humor macht den Stress erträglich

„Pflegezeit ist Lebenszeit!“ – Das sollte für beide Seiten, für Pflegebedürftige und Pflegekräfte, gelten. Im Krankenhaus spielen für die Atmosphäre auf Station untereinander und für die Beziehung zu kleinen und großen Patienten Humor und Spontaneität eine große Rolle. Viel davon lässt sich lernen und üben. Es geht nicht darum, sich zu verstellen oder sich lächerlich oder zum Clown zu machen – im Gegenteil. Die Wahrheit und die Situation sind oft viel komischer, wenn man sich traut, damit umzugehen. Humor heißt nicht, sich und den Anderen nicht ernst zu nehmen. Sondern den Stress erträglich zu machen.

Humanmedizin heißt auch, dass jeder Mensch ein Recht darauf hat, nicht perfekt zu sein, nicht zu funktionieren, Hilfe zu brauchen. Die Menschen leiden manchmal mehr an den zu großen Erwartungen an das Leben als am Leben selbst. Es kann entlasten, wenn wir anerkennen, dass man eben nicht alles in der Hand hat. Und dass der Tod keine Beleidigung der medizinischen Kunst darstellt, sondern dass ein würdiges Sterben zum Leben und zur Medizin dazugehört. Mein Lieblingscartoon dazu stammt von den Peanuts. Charly Brown ist deprimiert und sagt: „Eines Tages werden wir alle sterben.“ Und Snoopy kontert: „Stimmt – aber an allen anderen Tagen nicht!“



Arzt, TV-Moderator, Komiker, Autor und Gründer der Stiftung HUMOR HILFT HEILEN: Dr. Eckart von Hirschhausen vereint alles in einer Person. Am 13. Juni moderierte er in Heidenheim das HARTMANN Zukunftsforum 2018.



**„Der unsterbliche
Mensch ist heute
schon am Leben“**

Sven Gábor Jánoszy ist Journalist, Politikwissenschaftler, Gründer und Chairman von 2b AHEAD, einem deutschen Think-Tank und Trendinstitut. Er war einer der Referenten beim HARTMANN Zukunftsforum 2018. **Im Interview** spricht er über die Chancen von Medical Food und das menschliche Streben nach Selbstoptimierung.



Sie haben beim HARTMANN Zukunftsforum 2018 Ihren Vortrag mit der Prognose eröffnet, dass wir uns in Richtung Unsterblichkeit bewegen. Welche Technologien können das ermöglichen und wie?

Fünf Technologien sind wichtig, wovon die ersten vier medizinisch sind. Die erste ist die Genanalyse – die individuelle Sequenzierung einer menschlichen DNA, mit der ich mein persönliches Genom bestimmen kann. Die Kosten dafür werden voraussichtlich 2019 auf unter 100 Euro sinken. In spätestens fünf Jahren kann das jeder Mensch für sich nutzen. Die zweite Technologie ist das Genediting – das Bearbeiten und Reparieren einer DNA mit dem Ziel, Gendefekte herauszuschneiden. Das Instrument dazu, das CRISPR/Cas-System, funktioniert ja bereits. In zehn bis 20 Jahren wird es massentauglich sein, ich kann also bei Bedarf meine Gene optimieren. Als Drittes ist die Ersatzteilproduktion zu nennen. Dabei nimmt man einige Zellen aus dem Körper, vervielfältigt diese – und daraus entstehen per 3D-Druck die gewünschten Organe. Mit Adern hat das schon geklappt. Es ist sehr wahrscheinlich, dass in 20 bis 30 Jahren bezahlbare Produkte existieren. Die vierte Technologie ist Medical Food, medizinische Nahrung. Anhand meiner eigenen Genanalyse kann ich ableiten, wie der ideale Bakterienmix in meinem Darm sein muss, damit die in mir angelegten Krankheiten nicht ausbrechen. Ich kann also künftig jeden Tag die Abweichung zum Idealzustand korrigieren. Die typischen Lifestyle-Krankheiten – all jene, die nicht genetisch angelegt, sondern

das Ergebnis eines falschen Lebensstils sind – werden seltener.

Und mithilfe dieser Technologien werden wir bald 150 Jahre alt.

Davon gehe ich aus. Hinzu kommt noch die fünfte Technologie: die Künstliche Intelligenz. Es wird schon an der Nachbildung des menschlichen Hirns in einem Computer geforscht. Wenn es in den nächsten 110 bis 120 Jahren möglich sein sollte, mein Bewusstsein auf einem Rechner zu speichern, ist der erste Mensch, der unsterblich wird – nicht mit seinem Körper, aber im Computer – schon heute am Leben.

Welches werden die größten Herausforderungen sein, denen sich die Gesundheitsbranche stellen muss – und inwiefern werden Innovationen dabei eine Rolle spielen?

Die größte technologische Herausforderung sind Echtzeitdaten. Der Patient wird künftig jederzeit wissen, zu wie viel Prozent er vom Normalzustand abweicht. Mit dieser Information geht er nicht zum Arzt, sondern in seine Küche – und nimmt etwas zu sich, was diese Abweichung auflöst, ihn gesund macht. Womit wir wieder beim Medical Food wären. Die Nahrungsmittelbranche wird in die Gesundheitsbranche einbrechen und viele Nutzen und Funktionen übernehmen. Darauf muss sich Letztere einstellen und ein neues Selbstverständnis finden.

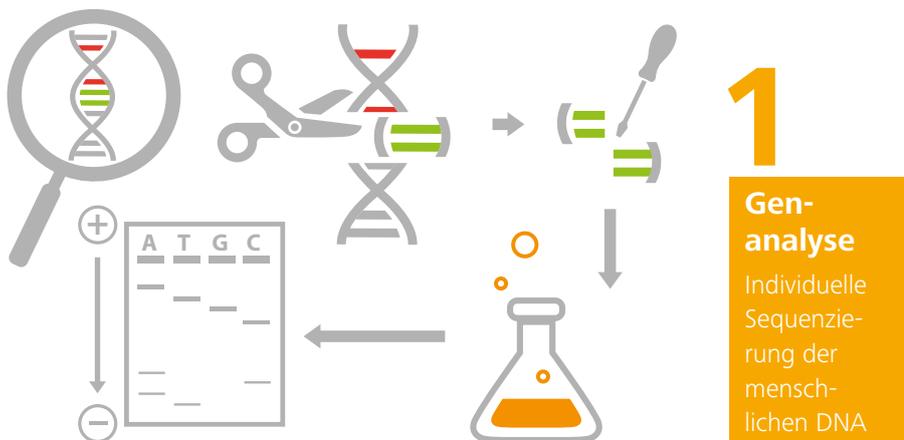
Wie ist diese zunehmende Bedeutung von aktuellen Echtzeitdaten mit unserem Streben nach Datenschutz vereinbar?

Wir Zukunftsforscher gehen davon aus, dass beim Datenschutz der Zukunft ein Computersystem genau erkennen kann, welche Bedürfnisse ich habe. Die Wahrscheinlichkeit, dass Sie ein anderes Datenschutzbedürfnis haben als ich, ist sehr hoch. Denn das ist sehr individuell. Technologie kann das erkennen und entsprechend reagieren. Vermutlich werden aber diejenigen, die keine Daten preisgeben, häufiger krank und sterben früher – weil sie eben ihr Verhalten nicht anpassen können. Der Nutzen, zehn bis 20 Jahre länger zu leben, steht dem Risiko gegenüber, dass die Krankenversicherung vielleicht zehn Euro mehr im Jahr kostet. Für was entscheiden Sie sich? Diese Abwägung trifft jeder für sich. Meine Prognose ist aber: Der Nutzen wird so hoch sein, dass die Menschen sich darauf einlassen, selbst wenn es zehn Euro im Monat mehr kostet.

Ihrer Meinung nach wird das „Predictive Hospital“ das Krankenhaus der Zukunft sein. Was bedeutet das konkret?

Die Logik dahinter ist einfach: Alles, was gemessen werden kann, kann auch prognostiziert werden. In all diesen Daten kann ich Muster erkennen und sie voraussagen – also auch den Zustand eines Körpers in naher Zukunft. Genauso lassen sich die Prozesse in einem Krankenhaus prognostizieren. Wo brauche ich Werkzeug A, zu welcher Uhrzeit und wo muss Patient B stehen? Wenn ich das mit einer Software mache – in Supermärkten ist das

Vier medizinische Technologien, die uns laut Sven Gábor Jánoszy der **Unsterblichkeit** näherbringen



schon Realität – werden die Prozesse verändert. In Unternehmen kann man damit 30 Prozent Kosten sparen.

Die Gesundheitsbranche gilt als starker Treiber der Digitalisierung, weil sie dort einen großen Nutzen hat. Sie gehen davon aus, dass die Branche bereits in zehn Jahren komplett digitalisiert sein wird. Wie stellen Sie sich dann etwa den Alltag einer Pflegekraft vor?

Ich glaube, dass sich an der Hauptaufgabe, der Hinwendung zum Patienten, nichts ändern wird – außer, dass die Pflegekraft mehr Zeit dafür hat. Tätigkeiten wie schweres Heben werden Roboter übernehmen. Die größte Veränderung ist, dass die Pflegekraft mehr Daten vom Patienten hat. Nicht nur Krankheitsdaten, auch Informationen zum Emotionszustand – was bisher nur mithilfe von Erfahrungswerten oder dem eigenen Bauchgefühl gedeutet werden konnte. Die Arbeit der Pflegekraft wird sich dadurch verbessern. Außerdem wird sie natürlich nicht rund um die Uhr bei einem Patienten sein. Dieser wird einen digitalen Assistenten, eine digitale Pflegekraft haben, mit der er auch problemlos sprechen kann.

Dazu gibt es auch kritische Stimmen wie die von Eckart von Hirschhausen. Der Vorwurf: Es sei nicht mehr sinnstiftend, wenn ein Computer sich mit mir unterhält und mir die Zuwendung gibt,

die eigentlich ein Mensch mir geben könnte.

Für mich ist das die Frage nach Alternativen. Auch mir wäre es am liebsten, wenn jeder Kranke oder jeder, der gepflegt werden muss, 24 Stunden am Tag einen anderen Menschen um sich herum hätte. Aber das ist nicht realistisch. Was ist besser – allein sein oder einen digitalen Assistenten haben? Ich glaube Letzteres.

Ist die Digitalisierung auch die Lösung für den derzeit viel diskutierten Pflegenotstand?

Natürlich können wir nicht alle Pflegekräfte abschaffen und durch Digitales ersetzen, aber wir können ihnen maschinenmachbare Arbeit abnehmen und ihnen mehr Zeit geben für das, was zählt: das Menschliche. Das wird nicht das Pflegeproblem an sich lösen, aber es kann ein Teil der Lösung sein.

Wo ist der Unterschied zwischen Digitalisierung und Automatisierung?

In den allermeisten Branchendiskussionen treffe ich auf den Irrglauben, dass Digitalisierung bedeuten würde, man muss jedem ein Tablet in die Hand drücken und alle Zettel einscannen. Aber das ist

Automatisierung: Etwas Analoges zu digitalisieren, damit die Abwicklung schneller geht. Das muss passieren und das tut es auch, aber das ist nicht das Wesen von Digitalisierung. Digitalisierung bedeutet, Daten zu erheben, die eine Prognose über künftige Zustände zulassen, und so Prozesse und Produkte besser zu machen, sie an den Kunden anzupassen. Wenn ich die Prognose habe, dass mein Körper heute Abend fünf Prozent kränker sein wird, als er jetzt ist, werde ich nicht bis dahin warten, sondern direkt etwas tun, um das zu verhindern. Ich bekomme also die Möglichkeit, mein Verhalten permanent zu optimieren.

In naher Zukunft werden Computer so schlau sein wie wir Menschen. Schon jetzt können Quantencomputer mehr als der Supercomputer Watson, der zum Beispiel Krebs diagnostizieren kann. Wo wird Künstliche Intelligenz den Menschen ersetzen – und wo sind ihre Grenzen?

In zwei Bereichen wird mittelfristig eine Substitution stattfinden. Das eine sind Routinetätigkeiten wie Autofahren oder eine Maschine bedienen: Immer gleiche Muster folgen bestimmten Regeln. Aber auch Expertenberufe lassen sich ersetzen, denn Computer werden in ein paar Jahren schlicht mehr Wissen gespeichert haben und besser damit umgehen können als das menschliche Hirn. Was nicht verschwindet, sind Tätigkei-





3

Genediting

Bearbeiten & Reparieren einer DNA

ten, die mit Zuwendung zu tun haben – und alles, was anderen Menschen Identität gibt, etwa Coaching-Berufen: den anderen verstehen, ihn begleiten, ihn dazu bewegen, sich zu verändern und neue Wege zu gehen.

Dieses Bedürfnis der Menschen, sich zu optimieren, schafft Raum für neue Geschäftsmodelle. Wo sehen Sie die größten Wachstumschancen?

An den Trend zum Medical Food schließen „Geschäftsmodelle der Unsterblichkeit“ an. Das Streben des Menschen nach ewigem Leben ist seit Urzeiten in uns angelegt. Auch ohne die Digitalisierung ist die Lebensspanne des Menschen wahnsinnig gestiegen – alle zehn Jahre um zwei bis 2,5 Jahre. Technologien, die dem Menschen ein längeres Leben ermöglichen, werden extrem wertvoll sein und große Wachstumschancen für die Wirtschaft und den gesamten Gesundheitsbereich bringen.

Während des Zukunftsforums war immer wieder die Rede davon, dass in der Medizin zunehmend die Menschlichkeit verloren geht.

Das halte ich für ein großes Missverständnis. Meiner Meinung nach ist genau das Gegenteil der Fall. Die Digitalisierung macht den Menschen menschlicher. Das hängt natürlich auch von Ihrer Definition von Menschlichkeit ab. Wenn Sie glauben, dass der Mensch trotz seinen Limitationen jetzt schon im Idealzustand ist, wird die Welt unmenschlicher. Wenn Sie aber das Streben nach einem längeren Leben, nach Selbstverwirklichung

nachvollziehen können, wird das Leben menschlicher. Ich glaube, wir werden einen besseren Zugang zu unseren Emotionen finden und sie vielleicht sogar besser steuern können.

Was ist mit all jenen, die sich diese neuen Technologien nicht leisten können? Wird nicht nur ein kleiner Teil der Gesellschaft etwa von einer Genanalyse profitieren?

Digitale Technologie folgt einer exponentiellen Entwicklung: Spätestens alle zwei Jahre verdoppelt sich die Qualität und halbiert sich der Preis. All diese Technologien werden also irgendwann in den Cent-Bereich rutschen. Zudem sind die allermeisten der Technologien nur dann sinnvoll für Hersteller, wenn sie diese in den Massenmarkt bringen. Natürlich werden die Industrieländer am ehesten davon profitieren – aber langfristig gilt das für alle. Die Produktion von Ersatzteilorganen hat zugegebenermaßen nicht viel mit digitaler Technologie zu tun. Das Klonen von Gewebezellen ist am Anfang noch teuer. Da ist es eine Frage des Sozialsystems, alle über die Krankenversicherung daran teilhaben zu lassen.

Welche neuen Möglichkeiten würden Sie auch selbst nutzen?

All die Dinge, die ich genannt habe. Wenn ich dadurch länger leben und meine Kinder und Enkelkinder länger erleben darf, finde ich das großartig. Spannend ist für mich vor allem diese Frage: Was tun wir mit unserem Körper, wenn wir irgendwann zur zweitintelligentesten Spezies geworden sind, wenn Computer intelligenter sind als Menschen? Akzeptieren wir das und lassen die Computer einfach machen? Ich glaube nicht. Wir werden diese Computertechnik in unsere Körper hineinlassen. Ich habe mir vor Kurzem einen Com-

puterchip in meine Hand implantieren lassen. Kostenpunkt: 100 Euro. Damit kann ich Türen öffnen, wenn das Haus eine entsprechende Schließanlage hat, und wichtige Daten speichern. Die kann ich auslesen, indem ich sie an ein Handy halte. Bald wird man damit auch bezahlen können. Und irgendwann werden die Chips Körperdaten nicht nur speichern, sondern auch selbst messen. So kennen Menschen ständig die Echtzeitdaten ihres Körpers und können darauf reagieren.

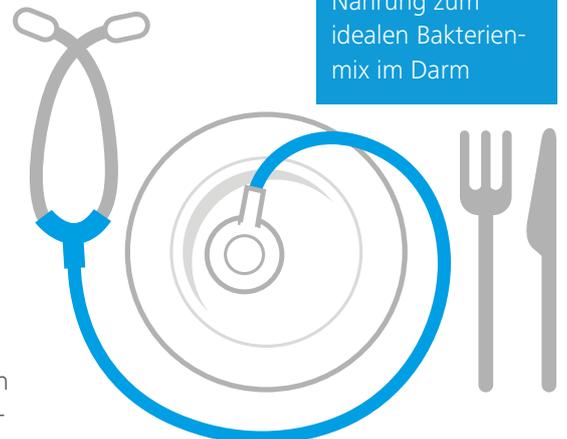
Aber es wird auch Menschen geben, die das alles nicht mitmachen wollen.

Ja, das wird zwar eine Minderheit sein, aber es wird sie geben. Diese Menschen werden sich gegen Ende dieses Jahrhunderts wohl ihre eigenen technologiefernen Ressorts geschaffen haben. Wir kennen das aus der Geschichte von Klöstern, Ökodörfern, Gated Communities in den USA oder dem spießig-deutschen Blumenau im brasilianischen Urwald. In Zukunft werden sich solche Communities der Allmacht der Computer ergeben und akzeptieren, dass diese schlauer sind – in ihrem Ressort aber die Nutzung von Handys verbieten. Die Mehrheit der Menschen wird das jedoch nicht machen, sondern versuchen, die intelligenteste Spezies der Welt zu bleiben. Sie werden es als Teil der normalen Evolution sehen. Das ist keine Science-Fiction.

4

Medical Food

Dank spezieller Nahrung zum idealen Bakterienmix im Darm



Ökonomie versus Medizin? Deutsche Kliniken brauchen beides!

Rückt der Fokus des Krankenhausmanagements auf ökonomische Ziele die Ethik der Patientenversorgung wirklich in den Hintergrund?
Nein – denn ökonomischer Erfolg ist eine notwendige Voraussetzung für qualitativ hochwertige Pflege. Und das gilt für alle Träger.

Im Klinikalltag arbeiten Ärzte und Pflegekräfte im Spannungsfeld zwischen medizinischen, regulatorischen und ökonomischen Aspekten der Patientenversorgung. Private Träger werden oft mit dem Vorurteil konfrontiert, sich primär an ökonomischen Zielen statt an Patienten- und Personalbedürfnissen zu orientieren. Als Indikatoren hierfür gelten etwa die unterstellte Konzentration auf Hochkostenpatienten, Zielvereinbarungen und Erfolgsbeteiligungen mit Chefärzten, Outsourcing von Dienstleistungen oder die Arbeitsverdichtung in der Pflege.

Aber auch freigemeinnützige und öffentliche Träger geraten zunehmend unter Rechtfertigungsdruck. Ihnen wird vorgeworfen, wirtschaftliche Aspekte zu wenig zu berücksichtigen, auch unwirtschaftliche Häuser weiterzuführen, sich bei Unterfinanzierung aus öffentlichen Geldern quer zu finanzieren und nur in ethisch-moralischen Kategorien zu denken.

Private Träger übernehmen unrentable Kliniken

Fakt ist: In den vergangenen Jahren hat die Anzahl der privaten Trägerschaften

in deutschen Krankenhäusern deutlich zugenommen. 707 waren es nach Angaben des Statistik-Portals statista im Jahr 2016 – das sind 221 mehr als noch 16 Jahre zuvor. Im gleichen Zeitraum ist die Anzahl der freigemeinnützigen (von 912 auf 674) und öffentlichen (von 844 auf 570) Einrichtungen gesunken. Private Träger haben unrentable Kliniken übernommen mit dem Ziel, diese wieder wirtschaftlich zu machen – was in vielen Fällen auch gelungen ist. Professionelles Management und die gesteigerte Effizienz haben zum Erfolg beigetragen.

Wird das Krankenhaus der Zukunft also durch eine ökonomische Orientierung geprägt sein – nicht zuletzt, weil die knappen Ressourcen einen patientenorientierten Fokus kaum noch möglich machen?

Die Klinikvertreter Stephan Holzinger und Andreas Mörsberger sehen keinen Gegensatz zwischen Ökonomie und Medizin. Beides muss Hand in Hand gehen, um den größten Herausforderungen im Gesundheitswesen – demografischer Wandel, Fachkräftemangel und Digitalisierung – zu begegnen und auch künftig das Patientenwohl sicher-

zustellen. Gute Pflege benötigt eben auch die entsprechenden finanziellen Mittel. Das gilt für private Einrichtungen genauso wie für öffentliche und konfessionelle.

Falsche Anreize aus der Politik

Ebenfalls einig waren sich Holzinger und Mörsberger darin, dass die Politik seit Jahren falsche Anreize gibt. Sie wirke „nicht positiv gestaltend auf einzelne Krankenhäuser, sondern verfolgt das eindimensionale Ziel der kurzfristigen Kostensenkung, meist über Eingriffe in das Entgeltsystem. Die Kannibalisierung von Krankenhäusern ist die Folge und das gewollte Ergebnis der Politik“, kritisierte Mörsberger mit Blick auf das seit 2004 praktizierte leistungsorientierte und pauschalierende Vergütungssystem G-DRG (German Diagnosis Related Groups), mit dem stationäre sowie mitunter teilstationäre Krankenhausleistungen nach diagnosebezogenen Fallgruppen abgerechnet werden.

Krankenkassen bezahlen die Kliniken also nicht nach Liegezeit und individuellem Aufwand für die Patienten, sondern nach den durchschnittlichen Behandlungskosten für ihre Krankheit. Diese Fallpauschalen haben in Krankenhäusern zu einer strikten Ökonomisierung geführt – je kürzer ein Patient auf Station ist, desto höher der Ertrag. Den vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Grunddaten der



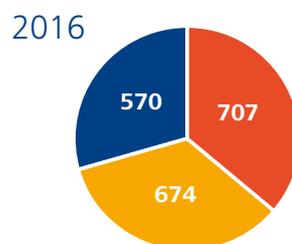
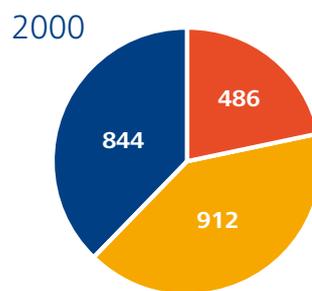
Über die Zukunft der deutschen Kliniken diskutierten beim HARTMANN Zukunftsforum 2018 **Stephan Holzinger**, Vorstandsvorsitzender der RHÖN-KLINIKUM AG, und **Andreas Mörsberger**, Vorstand Finanzen der Paul Gerhardt Diakonie gAG.



Technik oder Menschen? Effizienz oder Zuwendung? Nur in Kombination werden Kliniken bestehen können.

Krankenhäuser zufolge sind die Fallzahlen seit der Abrechnungsumstellung um rund 2,65 Millionen auf zuletzt rund 19,45 Millionen gestiegen. Zwar ist die Zahl der Pflegevollkräfte in Kliniken in den vergangenen zehn Jahren schrittweise auf aktuell 328.500 gestiegen, dennoch verschärft der demografische Wandel die Situation: In den Klinikbetten liegen zunehmend Multimorbide, Demenzkranke und Schwerstpflegebedürftige. Als Konsequenz für alle deutschen Kliniken sieht Mörsberger den weiter steigenden Rationalisierungsdruck und – damit einhergehend – die Notwendigkeit, Strategien an ökonomischen Prämissen auszurichten.

Die Ankündigung von Union und SPD im Februar 2018, dass künftig „Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet“ werden sollen mit dem Ziel, dem Sparzwang entgegenzuwirken, stieß zwar auf viel positive Resonanz. Aber manche Experten sehen das Vorhaben auch kritisch. Nach Ansicht des Gesundheitsökonom Prof. Dr. Boris Augurzky etwa treibe die Politik damit einen Keil in die Teamarbeit



Zahl der Krankenhäuser in Deutschland

- private
- freigemeinnützige
- öffentliche

der medizinischen Dienste. Zudem entfallen bei einer Selbstkostenerstattung der Pflegekosten jeder Anreiz zur effizienten Organisation der Pflege.

Solide Investitionsbedingungen nötig

Für Stephan Holzinger sind die jüngsten politischen Entscheidungen lediglich „Heißluftballone“. Die Loslösung der Pflege von anderen Gesundheitsdienstleistungen widerspreche dem Ansatz eines umfassenden Gesundheitssystems. Er wünscht sich von der Politik ein anderes Vergütungssystem und solide Investitionsbedingungen. Beides sei wegen der digitalen Transformation dringender denn je erforderlich. „Schaffen wir diesen Wandel nicht, stehen angesichts des weiter zunehmenden demografischen Drucks spätestens ab 2024 wahre Horrorsze-

Wie Kliniken durch Vernetzung effizienter werden

Der **Klinikverbund Südwest** zeigt, dass Effizienz keine Domäne der Privaten sein muss. Im Jahr 2006 schlossen sich die Krankenhäuser in Böblingen, Calw, Herrenberg, Leonberg, Nagold und Sindelfingen zu einem der größten und leistungsfähigsten kommunalen Krankenhausverbände in Baden-Württemberg zusammen. Er verfügt zudem über ein verbundeigenes Therapiezentrum und vier medizinische Versorgungszentren. Aus den konkurrierenden Häusern hat sich ein erfolgreicher Klinikverbund mit mehr als 1.500 Planbetten entwickelt, an dem jährlich rund 80.000 Patienten stationär und bis zu 300.000 ambulant behandelt werden.

Wissensaustausch fördern

Für die kommenden sechs Jahre sind Investitionen in Höhe von mehr als 700 Millionen Euro geplant. Um den Wissensaustausch zwischen den Kliniken zu fördern, Behandlungsstandards festzulegen und den Patienten die Fortschritte in der Medizin zeitnah zur Verfügung stellen zu können, werden die Kompetenzen in standortübergreifenden Fachzentren und Netzwerken verstärkt gebündelt. Solche Fachzentren sind bereits in zwölf Behandlungssektoren etabliert, etwa in der Gastroenterologie, Onkologie und Kardiologie.

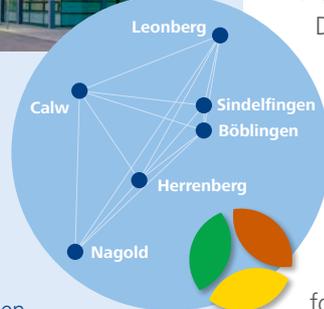
Auf Synergien setzt auch die **RHÖN-KLINIKUM AG**. Der Klinikbetreiber errichtet in Bad Neustadt a. d. Saale derzeit einen hochmodernen, vernetzten Medizinkomplex, den **Campus Bad Neustadt**. Ziel ist, mit diesem sektorenübergreifenden und integrativen Ansatz die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum zu sichern und Patienten eine wohnortnahe medizinische Versorgung anzubieten. Eine viertel Milliarde Euro hat das Unternehmen in das Projekt investiert. Anfang 2019 nimmt der Campus seinen Betrieb



auf. Vorsorge, Behandlung, Rehabilitation und Pflege werden fließend ineinander übergehen. Auf einem Klinikgelände werden ambulante und stationäre Angebote sowie eine Vielzahl medizinischer Service- und Vorsorgeleistungen, die bisher räumlich und systemisch getrennt waren, miteinander verzahnt: der niedergelassene Facharzt, die Klinik, die Rehabilitation und die Pflege.

Digitaler Anamnesebogen

Die digitale Vernetzung aller Akteure – mit intelligenten IT-Lösungen und Kommunikationssystemen für den ärztlichen, pflegerischen und Verwaltungsbereich – ist dabei unverzichtbar. Dazu zählen die elektronische Patientenakte oder ein digitaler Anamnesebogen, der von allen Ärzten und Pflegekräften des Campus jederzeit abrufbar ist. Auch das Medical Cockpit – ein digitales System, das die relevanten Patientendaten zusammenfasst – soll den Behandlungsprozess beschleunigen. Auch Technologien der Telemedizin werden eine wichtige Rolle spielen – etwa Cardio-Secur zur Unterstützung der Nachsorge kardiologischer Patienten oder TeleStroke zur Übermittlung relevanter Daten von Schlaganfallpatienten noch vor Eintreffen in der Klinik.



narien am gesellschaftlichen Horizont. Durchaus denkbar ist dann die Rationierung von Gesundheitsleistungen – zum Beispiel keine neuen Hüftgelenke mehr für Über-75-Jährige. Das wäre ein ultimatives Armutszeugnis für eines der reichsten Länder der Erde.“

Investitionen halten beide Klinikvertreter für absolut notwendig, um die Zukunft ihrer Häuser zu sichern.

Die RHÖN-KLINIKUM AG sieht sich hierfür dank einer hohen Eigenkapitalquote gut aufgestellt und treibt die digitale Transformation voran, um Prozesse effizienter zu gestalten, Ärzte und Pflegekräfte zu entlasten und Patienten noch besser zu behandeln. Am weitesten fortgeschritten ist das Medical Cockpit, eine intelligente Suchmaschine, die die Datenflut aus Arztbriefen, Röntgenbefunden und OP-Berichten aufbereitet und dem behandelnden medizinischen Personal auf einer Plattform einen schnelleren, umfassenden Überblick ermöglicht. Ein Großprojekt der RHÖN-KLINIKUM AG ist darüber hinaus der Campus Bad Neustadt (siehe Infokasten) – ein Modell, das Holzinger auch als Lösung für die medizinische Versorgung im ländlichen Raum sieht.

„Wir können Pflegekräfte weder backen noch entführen“

Digitale Technologien wie intelligente Pflegebetten, die mittels Sensorik die Sicherheit und Mobilisation bettlägeriger Patienten überwachen, oder Exo-Skelette – eine äußere Stützstruktur, die Patienten als Geh-Assistenz dient – können laut Holzinger auch die Effizienz steigern. Gleiches gilt für die Auslagerung von Tätigkeitsbereichen wie Wäscherei und Essensauslieferung, die keine examinierte Pflegekraft erfordern. Der Einsatz von Robotik oder Apps setze aber auch einen Kulturwandel voraus. Beide Ansätze hätten letztlich auch das Ziel, das eigene Personal zu entlasten und zu unterstützen.

Das ist dringend nötig, denn der Fachkräftemangel – insbesondere in der Pflege – stellt das Gesundheits-

wesen vor massive Herausforderungen. Beide Klinikvertreter glauben nicht an eine politische Lösung, sondern setzen auf Eigeninitiative und mutige Ansätze, um die Arbeitsattraktivität in ihren Häusern zu steigern. Sie bieten etwa für ihr Personal Resilienz-Kurse an, in denen durch Achtsamkeits- und Entspannungsübungen das Wohlbefinden und die psychische Widerstandskraft gestärkt werden. Laut Holzinger muss das Problem des Fachkräftemangels im eigenen Land gelöst werden: „Wir können Pflegekräfte weder backen noch entführen. Deswegen setzen wir neben attraktiven Entwicklungsmöglichkeiten unserer Mitarbeiter auf interdisziplinäre, klinikübergreifende Zusammenarbeit im Team – ein zentraler Bestandteil unserer Personalstrategie.“

Für Mörsberger ist die derzeitige Situation „nur die Spitze des Eisbergs“. Deutsche Kliniken seien auf den zunehmenden Anteil von Frauen in der medizinisch-pflegerischen Arbeitswelt oder veränderte Erwartungen von Mitarbeitern unzureichend vorbereitet. Daher seien alle Krankenhäuser gleichermaßen gefordert, ihre Arbeitsbedingungen durch gute Arbeitsorganisation sowie Personalführungs- und -entwicklungsprogramme zu verbessern. Auch die Industrie könne als Wertschöpfungspartner genutzt werden. Holzinger sieht etwa große Potenziale in der Zusammenarbeit bei der Implementierung von Robotik im medizinisch-pflegerischen Alltag.

Was jedoch auch für smarte Innovationen gelten muss: Sie sind einfach anzuwenden, leicht in den Arbeitsalltag integrierbar, verbessern die Versor-

Digitalisierung als Chance

60 %

der Klinikmanager gehen von einer **Eintrübung ihrer wirtschaftlichen Rahmenbedingungen** aus

40 %

der Kliniken haben 2016 **keinen Überschuss** erwirtschaftet

58 %

setzen zur Ergebnisverbesserung auf **Digitalisierungsmaßnahmen ...**

17 % **31 %**
2016 2017

... und erzielen zunehmend **signifikante wirtschaftliche Wertbeiträge**

89 %

haben eine Digitalisierungsstrategie

Quelle: Roland Berger Krankenhausstudie 2017. Befragt wurden Topmanager der 500 größten Krankenhäuser in Deutschland.

gungsqualität der Patienten, schaffen durch Zeitgewinn einen messbaren Mehrwert für Fachkräfte und haben einen positiven wirtschaftlichen Effekt.

Drehen wir an den richtigen Schrauben?

Vielleicht hat Gesundheit in Deutschland noch nicht den Stellenwert, den

sie eigentlich verdient. Über Jahrzehnte hinweg sind die Ausgaben für das Gesundheitswesen als Prozentsatz vom Bruttosozialprodukt konstant geblieben. In der gleichen Zeit ist allerdings die Diagnostik fortgeschritten, Krankheiten haben sich verändert, die Liegezeiten der Patienten wurden immer geringer und die Belastung wird immer höher.

Die Qualität der Pflege ist abhängig vom Erreichen ökonomischer Ziele. Wer nicht ökonomisch handelt, kann sich folglich auch keine höheren Löhne leisten, in mehr Personal investieren oder ein attraktives Fortbildungsangebot machen. Das System ist nicht per se ineffizient – die Frage lautet vielmehr: Drehen wir an den richtigen Schrauben?

Mit Pflegesoftware zum optimalen Workflow

Das Start-up NursIT Institute hat mit CareIT Pro eine Software entwickelt, mit deren Hilfe Pflegekräfte nach eigenen Angaben 60 Minuten pro Patient und pro Tag sparen können. Die Software optimiert den Pflege-Workflow und reduziert die Dokumentation, weil etwa der Pflegeplan und der Pflegekomplexmaßnahmen-Score automatisch generiert werden. Mehr Infos unter <http://nursit-institute.de>



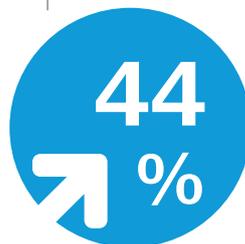
Neue Lebensmodelle erfordern neue Versorgungsformen

Pflegeeinrichtungen werden sich verändern. Das Angebot wird heterogener – mit kleinteiligeren und flexibleren Versorgungsformen. Die finanziellen Möglichkeiten der Pflegebedürftigen müssen dabei im Fokus bleiben.

Wir leben immer länger, haben einen höheren Lebensstandard und auch eine andere Vorstellung davon, wie wir unsere letzten Jahre verbringen möchten. Das liegt nicht zuletzt daran, dass die Erwerbsbiografie künftiger Rentner eine andere ist als die der Kriegsgeneration. Der demografische Wandel erfordert neue Konzepte, damit Deutschland die Zunahme Pflegebedürftiger bewältigen kann. Dabei geht es nicht nur um mehr Pflegeeinrichtungen, sondern auch um die Entwicklung neuer, flexibler Versorgungsformen. Denn die ältere Generation möchte möglichst lange selbstbestimmt leben – und kommt auch immer später ins Heim.

Durch den Wunsch nach Entscheidungsfreiheit und einer an die individuellen Bedürfnisse angepassten Betreuung ist das Angebot heterogener geworden. Zudem sind aufgrund des Primats „ambulant vor stationär“ neue Versorgungsformen wie Tages- und Kurzzeitpflege, Mehrgenerationenwohnen, Seniorenwohngemeinschaften und Pflegegruppen entstanden. Auch die Träger der stationären Altenpflege haben ihr Versorgungsspektrum um entsprechende Angebote erweitert.

Doch welche Formen der vollstationären Altenpflege werden wir in Zukunft noch brauchen – und vor welchen Herausforderungen stehen die Träger dieser Einrichtungen? Etwa die Hälfte aller Pflegeheime befindet sich in privater Trägerschaft. Hier sind höhere Renditeerwartungen als in freige-



In nur 16 Jahren stieg die Zahl der **deutschen Pflegeheimplätze** um 44 %. Die meisten entstanden **bei privaten Trägern**, deren Angebot um 118 % auf rund 360.000 Plätze wuchs. (Quelle: GBE-Bund)



meinnützigen Einrichtungen üblich. Dies verdeutlichen die massiven Investitionen ausländischer Investoren in den deutschen Pflegeheimmarkt der vergangenen Jahre.

Klassisches Altenheim als Auslaufmodell?

Einer der großen Player in Europa ist die französische Orpea-Gruppe mit europaweit fast 800 Einrichtungen. Orpea Deutschland gehört mit seinen zehn Marken zu den größten privaten Anbietern von Seniorenhäusern mit stationärer Pflege. Die 165 Einrichtungen tragen dabei individuelle, in der Region seit Langem bekannte Namen. Für CEO Dr. Erik Hamann ist das klassische Altenheim dennoch ein Auslaufmodell. Die jetzt alternde Generation brauche ein anderes Produkt – nicht zuletzt deshalb, weil „immer mehr Menschen keine Angehörigen haben oder von diesen nicht erwarten (können), dass sie sie pflegen“.

Der Trend geht zu sogenannten Campus-Modellen oder dem Quartierwohnen – Konzepte, die an einem Standort zahlreiche Zusatzservices über ambulante Pflege, Tagespflege bis hin zu einer vollstationären Pflege anbieten. Das Pflegeheim als integraler Bestandteil einer mehrstufigen, durchlässigen Versorgungskette. Auch für Hamann stehen solche Konzepte im Vordergrund, wie das von Orpea in Dortmund geplante Campus-Modell an der Uferpromenade



des Phoenix-Sees beweist. Auch dort wächst das Angebot mit den Anforderungen der Bewohner.

Wichtig sind laut Hamann dabei Kriterien wie die Architektur und Angebote wie Fitness- und Wellnessseinrichtungen oder ein Restaurant. Auch die Lage ist entscheidend – solch ein Campus müsse mitten im Leben stehen. „Als Paket muss alles zusammen auch für aktive Senioren attraktiv sein, die nicht permanent mit Altwerden und Sterben konfrontiert werden möchten“, so Hamann. Dies bedeute zwar nicht das Ende der stationären

Pflege, doch künftig seien flexible, ineinandergreifende Konzepte gefragt. Seiner Einschätzung nach können sich 60 bis 70 Prozent der Bevölkerung die Unterbringung auf einem Campus leisten. „Das sind Menschen, die sich auch etwas gönnen wollen.“ Die Nachfrage habe sich geändert.

Es muss jedoch gewährleistet sein, dass auch finanziell Schwächere eine gute Pflegequalität erfahren. Vor allem in großen Städten können sich pflegebedürftige Menschen in Deutschland die ambulante oder stationäre Versorgung oft nicht

„Call & Check“ – die Post als Pflegedienst

Wir brauchen neue Ideen für die häusliche Pflege, denn die Anforderungen der alternenden Bevölkerung steigen. **Joe Dickinson** hatte 2013 eine solch innovative Idee – und machte den Praxistest auf der Kanalinsel Jersey mit seinem Service „Call & Check“: Dort besuchen **Zusteller der Jersey Post** während ihrer normalen Touren ältere Menschen und fragen sie, wie es ihnen geht und ob sie medizinische oder soziale Hilfe benötigen – täglich, wöchentlich oder nach individueller Vereinbarung.

Hat der Kunde ein Anliegen, leitet der Postmitarbeiter die Information an die passende Stelle weiter: den Arzt, die Kirchengemeinde oder einen ehrenamtlichen Dienst. Die Zusteller können zudem regelmäßige **Verschreibungen liefern** und Kunden an

Medikamente oder Arzttermine erinnern. Das **Feedback** der Kunden ist laut Dickinson **sehr positiv**. Das Gesundheitsamt von Jersey finanziert „Call & Check“ inzwischen.

„Call & Check“, zu dem auch ein eigenes IT-System gehört, ist der erste soziale Dienst,



der die **Infrastruktur eines Postdienstleisters** nutzt. Ein Dienst, der letztlich für die Gesundheits- und Sozialbehörden

genauso bedeutend sein kann wie für das Postwesen an sich, denn in Zeiten von E-Mails und Packstationen müssen auch Postbetreiber ihre Dienstleistungen weiterentwickeln. „Call & Check“ hat das Potenzial, Kernelement eines neuen, kosteneffektiveren Pflegedienstes zu werden. Auch andere Länder haben bereits Interesse signalisiert, ähnliche Programme zu entwickeln – das „Call & Check“-Team berät sie dabei.

Mehr Informationen unter <http://www.callandcheck.com> und ein Beitrag der BBC unter <http://dpaq.de/OpAgr>. Fragen beantwortet Joe Dickinson auch per Mail: joe@callandcheck.com.

mehr leisten, wie eine aktuelle Auswertung des Instituts der deutschen Wirtschaft in Köln (IW) zeigt. In Großstädten bezieht rund ein Viertel der Menschen, die gepflegt werden, die Sozialleistung „Hilfe zur Pflege“ – Spitzenreiter ist Hamburg mit 25,6 Prozent, knapp dahinter folgen Essen, Frankfurt am Main und Berlin. Im bundesweiten Schnitt nehmen 12,2 Prozent derer, die gepflegt werden, die Leistung in Anspruch.

Deswegen wird es auch in Zukunft „normale“ Altenheime geben: „Auch wir haben Pflegeheime mit einem Anteil von 40 Prozent Sozialhilfeempfängern“, sagte Hamann. Insbesondere dort sind aus wirtschaftlicher Sicht zwei Themen wichtig: Standardisierung und Digitalisierung. Die Pflege

habe hier einen großen Nachholbedarf, betonte der Orpea-Manager und nannte als Beispiel die Einführung einheitlicher Softwarelösungen, um die Mitarbeiter zu entlasten – und damit auch mehr Zeit für die Betreuung der Bewohner zu erhalten.

Der Entlastung der Mitarbeiter kommt eine hohe Bedeutung zu, denn zum einen wird die Anzahl schwerstpflegebedürftiger Bewohner zunehmen, zum anderen wird sich der Kampf um Fachpersonal verschärfen. Einrichtungen, die mehr Gehalt zahlen und bessere Arbeitsbedingungen bieten, werden dann die Gewinner sein. Auch der gelernte Gesundheits- und Krankenpfleger Markus Mattersberger, der als Präsident von Lebenswelt Heim rund 30.000 Beschäftigte in Österreich vertritt, setzt auf flexible Arbeitszeitmodelle, neue Ansätze in Führung und Management, aber auch technische Lösungen und wirtschaftliche Kooperationen, um Menschen für den Beruf zu begeistern.



Fit, aktiv und gut vernetzt im Quartier

Das Pilotprojekt **„Netzwerk GesundAktiv“** (NWGA), ein sektorenübergreifendes Hilfs- und Betreuungsnetzwerk im Hamburger Bezirk Eimsbüttel, möchte Senioren bis ins hohe Alter ein selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden ermöglichen. Dazu verknüpft es vorhandene Strukturen im Quartier mit digitalen Anwendungen. Teilnehmen können bis zu 1.000 Versicherte der beteiligten Krankenkassen TK, BARMER, DAK-Gesundheit und KNAPPSCHAFT, die gefährdet sind, hilfs- und pflegebedürftig zu werden, oder bereits einen Pflegegrad haben.

Zentrum des NWGA ist eine **„Koordinierende Stelle“** am Albertinen-Haus – Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, wo Experten mithilfe umfassender Untersuchungen und Mobilitäts-Tests die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer erfassen – und darauf basierend den jeweiligen **Unterstützungsplan** erstellen. Zu den Maßnahmen gehören: Rehabilitation, Hilfen für Angehörige, Betreuung bei Demenz, technische Assistenzsysteme und Förderung der Gesundheitskompetenz. Behandelnde Hausärzte werden ebenso einbezogen wie andere Quartiersangebote. Darüber hinaus erhalten alle Teilnehmer einen **Tablet-PC**, mit dem sie Nachrichten senden und empfangen, Termine verwalten, mit Angehörigen per Videochat sprechen und Dienstleistungen wie **„Essen auf Rädern“** bestellen können. Geplant sind weitere Funktionen wie ein „Schwarzes Brett“, auf dem die Senioren Veranstaltungshinweise abrufen oder eine Online-Sprechstunde mit den Ärzten der „Koordinierenden Stelle“ vereinbaren können. Das NWGA erhält eine Förderung in Höhe von maximal 8,9 Millionen Euro über vier Jahre aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Mehr Informationen unter <https://netzwerk-gesundaktiv.de>



Das Pflegeheim als „soziales Hybridwesen“

Als „soziales Hybridwesen“ müsse ein Pflegeheim den Zwiespalt zwischen den Erfordernissen der Einrichtung und den Bedürfnissen der Bewohner meistern. Auf der einen Seite wollen Bewohner unabhängig sein, doch zugleich sei der Mensch ein soziales Wesen – und nur in einem Pflegeheim gebe es für ihn Sicherheit und soziale Interaktion ohne das Gefühl, jemandem zur Last zu fallen. In der Diskussion liege der Fokus zu oft auf den Kosten. Mattersberger will hin zu einer Qualitätsdiskussion. „Was möchten und können wir älteren Menschen bieten?“ Seiner Ansicht nach müsse auch die Wertschätzung gegenüber älteren Menschen in der Gesellschaft steigen.

Geben alte Menschen ihre Würde tatsächlich, wie oft gehört, an der Tür des Pflegeheimes ab? Das verneinten beide Experten. Für Markus Mattersberger ist ein Umzug ins Heim zwar ein definitiver Schritt, der letzte Wohnortwechsel und damit auch die Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit. Eigene Befragungen hätten jedoch gezeigt, dass neun von zehn Bewohnern zufrieden sind. Und Erik Hamann ergänzte: „Alle haben Angst vor dem Alter. Das kann man nicht trennen.“

Kundenwünsche im Fokus

Die größte Kontroverse dreht sich um die Frage: Ist es in Ordnung, in diesem Metier Geld zu verdienen? Geht dabei Qualität verloren oder spiegelt der Pflegemarkt nicht einfach die normale Gesellschaft wider? Rendite zu erwirtschaften muss keineswegs zu sinkender Qualität führen. Wichtig

dabei ist, dass die Überschüsse aus dem Einpreisen von Zusatzangeboten entstehen und nicht aus der Einsparung von Pflegeleistungen. Auch Mattersberger hat „nichts gegen Unternehmen, die Geld verdienen möchten“ – sofern die Qualität stimmt und die Menschen genügend Zuwendung erfahren.

Für Hamann schwingt bei diesem Thema immer der Vorwurf mit, dass „die Leute nicht bekommen, was sie brauchen“ – dabei stehen für ihn die Wahlmöglichkeiten seiner Kunden, Mieter und Bewohner im Fokus. Sein Unternehmen reinvestiere zudem alle Überschüsse in neue Einrichtungen. Modernisierung sei ein wichtiges Thema, denn mehr als 200.000 Pflegeheimplätze seien älter als 30 Jahre – zugleich würden bis zu 14.000 neue Plätze benötigt. „Bund und Länder können das bestimmt nicht besser als private Anbieter“, sagte er mit einem Seitenhieb auf Stuttgart 21 und den Berliner Flughafen. Hamanns Quali-

täts-Credo: „Bieten Sie etwas an, wo Menschen freiwillig hinmöchten!“

Mehr Normalität, Häuslichkeit und Teilhabe

Konsens herrschte darüber, dass es mehr Normalität, Häuslichkeit und Teilhabe geben sollte, statt Menschen zu institutionalisieren. Ein Teilnehmer bemerkte, Teilhabe sei sowohl für Bewohner als auch für das informelle ambulante Pflegenetz wichtig, das mit dem Umzug ins Pflegeheim zerstört wird. Er plädierte für eine Teilhabevereinbarung, nach der das Helfernetz auch im Pflegeheim aktiv sei, während zugleich die „Profis“ dort bestimmte Aufgaben übernehmen. Durch die Umwandlung von klassischen Wohnbereichen in Wohngruppen solle man „institutionelle Mauern einreißen“.

Individuelle Lösungen werden wichtiger – Wohngruppen und flexible Hausgemeinschaftskonzepte mit Bezug zum Quartier. Erik Hamann hat jedoch Zweifel, ob das so kleinteilig klappt –



Über neue Lebensmodelle und Versorgungsformen diskutierten beim HARTMANN Zukunftsforum 2018 **Dr. Erik Hamann**, CEO Orpea Deutschland, und **Markus Mattersberger**, Präsident von Lebenswelt Heim, dem Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs.

denn ein Campus funktioniere eben nicht in einem Dorf mit 3.000 Einwohnern. Zudem wird sich die jeweilige Versorgungsform an der finanziellen Leistungsfähigkeit des Einzelnen orientieren. Die Gesellschaft hat sich gewandelt, der Bedarf an maßgeschneiderten Lebensmodellen ist groß. Was wollen wir und was ist auch finanzierbar?

Selbstbestimmt leben dank ALADIEN

Die Evangelische Heimstiftung möchte Pflege auch im digitalen Zeitalter aktiv mitgestalten. Dafür hat sie erste Meilensteine gesetzt: Die neuen WohnenPLUS-Residenzen sind eine innovative Wohnform, die eine ambulante Alternative zum klassischen Pflegeheim bietet und flexibel auf individuelle Anforderungen der Kunden reagieren kann. Ziel ist es, Menschen trotz Pflegebedarf in der eigenen Häuslichkeit individuell zu versorgen, ihnen lange ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und Teilhabe zu fördern.

Dieses Konzept wird digital unterstützt durch „ALADIEN“: **Alltagsunterstützende Assistenzsysteme mit Dienstleistungen**. Diese Technologie soll den Bürger-Technik-Profi-Mix koordinieren und wird zum Knotenpunkt eines Hilfsnetzwerks aus Angehörigen, Ehrenamtlichen und professionellen Dienstleistern. Die Senioren steuern es mittels eines für ihre Bedürfnisse optimierten Tablets.



automatische Licht- und Rollladensteuerung



automatische Herdabschaltung



Sturzsensoren



moderner Hausnotruf



24-Stunden-Service



Kombinierbare Wohn- und Pflegearrangements

- **Pflegewohnen mit ALADIEN:** barrierefreie teilmöblierte Mietwohnungen mit Einbauküche, Hausnotruf und Bereitschaftsdienst
- **Ambulant betreute Wohngemeinschaft:** teilmöbliertes Zimmer mit Bad/WC, Gemeinschaftsräume, Alltagsbegleitung, Pflegekräfte und Bereitschaftsdienst
- **Mobile Dienste:** Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft
- **Tagespflege:** Montag bis Sonntag von 8 bis 18 Uhr
- **Quartierstreff:** Treffpunkt für Bewohner und Bürger



Die Apotheke muss dort sein, wo der Kunde sie braucht

Der deutsche Apothekenmarkt befindet sich im Umbruch, an Altbewährtem lässt sich nur schwer festhalten. Es gilt, Online- und Offline-Welt sinnvoll miteinander zu verbinden – und dabei sicherzustellen, dass Patienten fundiert informiert und beraten werden.

Sind Status und Rahmenbedingungen der deutschen Apotheken mit europäischem Recht vereinbar? Darüber diskutiert die Branche bereits seit Jahren. Kritiker der aktuellen Situation bemängeln, dass der stark regulierte deutsche Apothekenmarkt durch eine atomistische Angebotsstruktur mit einer vergleichsweise hohen Apothekendichte und einem sehr begrenzten Preiswettbewerb gekennzeichnet ist. Im Fokus steht dabei das deutsche Fremd- und Mehrbesitzverbot, das von manch europäischem Marktteilnehmer als Wettbewerbshindernis gesehen wird.

Das seit 1960 bundesrechtlich verankerte Fremdbesitzverbot betont die persönliche Verantwortung und Haftung des frei- und heilberuflich tätigen Apothekers. Es schreibt vor, dass der Betreiber einer Apotheke Pharmazeut sein muss. So soll eine ordnungsgemäße, unabhängige und nicht ausschließlich an Gewinnmaximierung



Über die Bedrohung der deutschen Apotheken durch Europa diskutierten beim HARTMANN Zukunftsforum 2018

Dr. Klaus Michels, Vorstandsvorsitzender des Apothekerverbandes Westfalen-Lippe, und **Prof. Dr. Christian Franken**, Chief Pharmaceutical Officer und Chefapotheker der Versandapotheke DocMorris.

orientierte Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sichergestellt werden. Das eng mit diesem Gesetz verbundene Mehrbesitzverbot hat ebenfalls bis heute Bestand – seit Inkrafttreten des Modernisierungsgesetzes der Gesetz-

lichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2004 kann allerdings jeder Apotheker neben seiner Hauptapotheke bis zu drei Filialapotheken im näheren Umkreis betreiben.

In seinem Urteil vom 19. Mai 2009 hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) in Luxemburg bestätigt, dass das Fremdbesitzverbot in Deutschland ein zulässiges und wirksames Instrument des Verbraucherschutzes ist. Die kontroverse Diskussion ist damit aber nicht beendet.

Mehr Filialapotheken, doch die Gesamtzahl sinkt

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen schlug 2014 vor, beide Verbote aufzuheben. Ebenso gibt es Überlegungen, die Apothekerhonorierung zu reformieren, etwa durch Einführung apothekenindividueller Handelsspannen. Die Apotheken erhielten damit einen Wettbewerbsparameter, um mit

einem günstigen Abgabepreis zusätzliche Nachfrage zu generieren. Der auf diese Weise erzeugte Preiswettbewerb dürfte sich in mit Apotheken überversorgten Gebieten stärker als in strukturschwachen ländlichen Regionen entfalten und so Anreize zur Niederlassung in mit Apotheken schwach besetzten Gegenden liefern.

Klar ist: Der deutsche Apothekenmarkt befindet sich im Umbruch – ein Umbruch, der durch zunehmende Konzentration geprägt ist. Zum einen nimmt die Zahl der Filialapotheken stark zu, zum anderen sinkt die Gesamtzahl der öffentlichen Apotheken in Deutschland kontinuierlich. Nach Angaben des Deutschen Apothekerverbands (DAV) gab es in der zweiten Jahreshälfte 2017 nur noch 19.880 Apotheken – der niedrigste Stand seit 30 Jahren. Ein Hauptgrund hierfür ist, dass viele kleine Landapotheken mangels Nachfolge schließen. Die Konsolidierung auf dem Apothekenmarkt spiegelt sich auch im stetigen Umsatzwachstum, vor allem im OTC-Segment („Over The Counter“, frei verkäuflich), wider. Der Apothekenversandhandel dürfte auch in Zukunft überdurchschnittlich stark wachsen.

Apothekerschaft sieht sich im Nachteil

Konkrete Auswirkungen auf den deutschen Apothekenmarkt hat schon jetzt das EuGH-Urteil von Oktober 2016 zum Versandhandel mit rezeptpflichtigen Medikamenten (Rx-Präparate) durch ausländische Versandapotheken (siehe Infokasten Preiskampf). Dieses Urteil hat zu heftigen politischen Diskussionen geführt – und zu Fragen wie diesen: Ist das deutsche Apothekenrecht noch zeitgemäß oder müssten nicht die Apotheker selbst eine Liberalisierung einleiten? Welches Versorgungsrisiko würde bei einem Wegfall des Mehrbesitzverbots bestehen? Wie kann sich eine Apotheke im Wettbewerb mit Versandapotheken profilieren?

Mit der Brüsseler Entscheidung ist die Mehrheit der niedergelassenen Apotheken nicht einverstanden. Sie

Aktuellen Zahlen der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) zufolge haben die EU-Staaten eine **durchschnittliche Apothekendichte** von 31 Apotheken pro 100.000 Einwohner.

Deutschland liegt mit 24 unterhalb dieses Durchschnitts, Spitzenreiter ist mit 87 Griechenland.

31

24

87

möchten am Ist-Zustand festhalten, denn Deutschland verfügt bereits über ein funktionierendes Apothekennetz. Zudem sehen sie die Versandapotheken, die ohnehin immer breiteren Raum einnehmen, durch die gewährten Preisnachlässe im Wettbewerbsvorteil. Ein Großteil der Präsenzapotheken ist in Verbänden organisiert, welche

die wirtschaftlichen, rechtlichen und berufspolitischen Interessen ihrer Mitglieder vertreten.

Als Vorsitzender des Apothekerverbandes Westfalen-Lippe sieht auch Dr. Klaus Michels das EuGH-Urteil kritisch – es gefährde das bewährte Versorgungssystem in Deutschland. „Ich sehe keinen Bedarf für den Versandhandel“, stellte er fest und verwies darauf, dass auch 14 Jahre nach der Legalisierung des Versandhandels mit Rx-Medikamenten deren Marktanteil online bei einem Prozent läge. Es handle sich also um eine „Rosinenpickerei“, die gleichwohl auf Dauer den örtlichen Apotheken die Existenzgrundlage entziehen könne. „Mit der Preisbindung steht und fällt alles“, so Michels. Wenn eine Apotheke einmal vom Markt verschwunden sei, komme sie nie mehr wieder.

Die Apothekenbranche in anderen Ländern

Ein Blick ins Ausland zeigt, dass die Liberalisierung des Apothekenmarkts andernorts schon weiter vorgeschritten ist.

Beispiel **Schweden**:

Durch das Deregulierungsgesetz von 2009 wurde dort rund die Hälfte der Staatsapotheken an private Kettenbetreiber übergeben. Mehr als 5.000 Supermärkte, Drogerien, Tankstellen oder andere Geschäfte haben seitdem eine Konzession zum OTC-Verkauf erhalten. Ziele waren unter anderem, die Versorgung im ländlichen Raum zu sichern und Preise durch Wettbewerb zu senken. Einem Bericht der Deutschen Apotheker Zeitung (DAZ) zufolge ist dies jedoch nur bedingt gelungen.



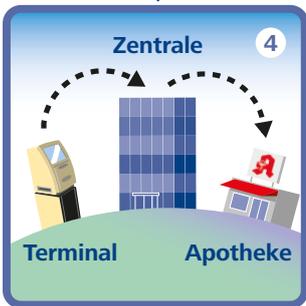
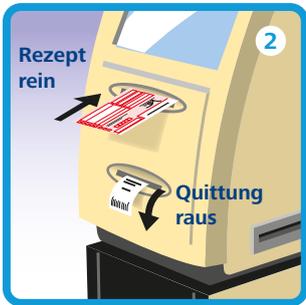
Einer der am wenigsten regulierten Apothekenmärkte in Europa ist der britische.

Etwa 60 Prozent der rund 14.000 Apotheken in **Großbritannien** gehören nach Angaben der DAZ zu Ketten mit mehr als fünf Standorten oder zu Supermärkten. Anders als in Deutschland können hier auch Unternehmen Apotheken eröffnen. So befinden sich

beispielsweise mehr als 2.500 Filialen in den Händen des britischen Apothekenkonzerns Alliance Boots, der seit der Übernahme durch die US-Apothekenkette Walgreens im Jahr 2012 weltweit vertreten ist.

Den wohl buntesten Apothekenmarkt Europas hat laut DAZ die **Schweiz** – denn hier ist das Apothekenwesen kantonal reguliert. Es gibt größere und kleinere Apothekenketten, unabhängige Apotheker und kettenähnliche Kooperationen, Apotheken-Gruppierungen genannt. Während der Versandhandel streng geregelt ist – der Versand von Rx- und OTC-Präparaten ist nur mit ärztlichem Rezept erlaubt –, existiert weder ein Fremd- noch ein Mehrbesitzverbot. Die Apothekenpflicht hängt an den behördlich festgelegten Arzneimittelkategorien A bis E. Ein Alleinstellungsmerkmal der Schweizer Arzneimittelversorgung sind der DAZ zufolge die Regeln zur Selbstdispensation. In 14 Kantonen dürfen Ärzte ohne vorherige Prüfung durch einen Apotheker Medikamente direkt an Patienten verkaufen, in weiteren neun Kantonen ist das verboten, in drei Kantonen liegen Mischformen vor.



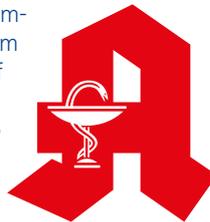


„callmyApo“ – Deutschlands erste digitale Rezeptsammelstelle

Am 25. Januar 2018 wurde auf Initiative des Landesapothekerverbandes Baden-Württemberg (LAV) in der 1800-Seelen-Gemeinde Neidlingen südöstlich von Stuttgart die deutschlandweit erste „Digitale Rezeptsammelstelle“ in Betrieb genommen. Das sogenannte „callmyApo“-Terminal überträgt ärztliche Verordnungen von Patienten digital an die mit der Versorgung beauftragte Apotheke. Das auf zwei Jahre angelegte Pilotprojekt soll dabei helfen, die Arzneimittelversorgung auch in ländlichen Regionen effektiver und effizienter zu gestalten.

Schon jetzt können Bewohner in vielen Orten, wo die Entfernung zur nächsten Apotheke eine bestimmte Grenze überschreitet, ihre Rezepte in einer Art Briefkasten hinterlassen. Die Rezepte werden dort abgeholt, bearbeitet und die Medikamente dann vom Apotheker oder pharmazeutisch-technischen Assistenten (PTA) ausgeliefert – meist allerdings erst am nächsten Tag.

Die neue Technik soll Zeit und Wege sparen. Knapp 100 Rezepte sind im ersten Halbjahr eingescannt worden. Hinzu kommen weitere, die über die kostenfreie zugehörige „callmyApo“-App an die Apotheken übermittelt wurden. „Bisher funktioniert alles einwandfrei und wir bekommen sowohl von den beiden Apotheken, die die Digitale Rezeptsammelstelle im Wechsel betreuen, als auch von Nutzern viel positives Feedback“, sagt der LAV-Pressesprecher Frank Eickmann. „Die Menschen verstehen die Funktionsweise, erkennen die Vorteile und nehmen das Angebot an.“ Anfang Juni kam noch eine zweite Digitale Rezeptsammelstelle in Kilsheim hinzu. Auch im saarländischen Heusweiler-Kutzhof läuft derzeit ein Pilotprojekt – dort ist der digitale Rezeptsammler eine wetterfeste, dafür in den Funktionen reduzierte Outdoor-Variante.



Und so funktioniert es:

1. Der Patient startet auf integriertem Touch-Bildschirm den Vorgang.
2. Er steckt das Rezept in den Einfuhrschlitz und erhält Quittungsbon mit Vorbestellnummer und Kontaktdaten der Apotheke.
3. Bei Bedarf kann er eine Nachricht an die Apotheke schreiben und z. B. weitere, nicht-verschreibungspflichtige Präparate bestellen oder Angaben zum gewünschten Lieferzeitraum machen.
4. Das gescannte Rezept wird über eine gesicherte Leitung an das Rechenzentrum der Apothekerschaft in München gesendet. Die versorgende Apotheke erhält eine Mitteilung darüber, die Daten verbleiben jedoch im Rechenzentrum.
5. Pharmazeutisches Personal (Apotheker oder PTA) fährt mit dem Medikament zum Terminal, holt das Originalrezept ab und prüft es, denn nur dann darf das Medikament ausgeliefert werden.
6. Personal fährt zum Patienten und übergibt es unter pharmazeutischer Beratung. Alternativ kann der Patient es auch selbst in der Apotheke abholen.

Darüber hinaus sei durch diese Art des Kaufes der „Anreiz zum Fehlgebrauch“ besonders hoch. Die Liberalisierung des Handels sei auch von Nachteil für die Serviceleistungen, die sowohl für die Kunden als auch für die Apotheken selbst eine ganz entscheidende Bedeutung hätten. „Das EuGH-Urteil und der Wegfall der Preisbindungen gehen ans Eingemachte. Hier geht es um fairen Wettbewerb, Qualität und Leistung für die Patienten, die Kranken und damit für unsere Kunden“, sagte Michels.

„Der Souverän ist der Patient“

Die niederländische Versandapotheke DocMorris hingegen spricht sich klar für den freien Warenverkehr gemäß des europäischen Gedankens aus. Ihr Chefapotheker Prof. Dr. Christian Franken setzt auf Kooperationen mit Präsenzapotheken und betonte die Entscheidungsfreiheit des Kunden. Er bezeichnete sich selbst als „ausgesprochenen Europäer“ und sieht Europa als „unsere Zukunft“, denn auch der Patient mache keinen Halt vor europäischen Grenzen. Der EuGH habe mit seinem Urteil für Apotheken im EU-Ausland vergleichbare Wettbewerbsbedingungen geschaffen. Anlass war eine Klage gegen eine Patientenorganisation chronisch Kranker, mit der DocMorris Rabatte vereinbart hatte. „Für die Patienten ist der Bonus eine finanzielle Entlastung, für uns kompensiert er den Wettbewerbsnachteil. Für EU-ausländische Apotheken ist der Versandhandel aufgrund der Besonderheiten des deutschen Rechts der einzige Zugang zum deutschen Markt“, argumentierte Franken.

Im Bereich der Apotheken seien grundlegende Veränderungen zu erwarten. „Warum soll der Kunde in allen Bereichen online einkaufen dürfen, nur im Gesundheitsbereich nicht?“, fragte er. Auch hier müsse der Patient und Kunde selbstbestimmt und frei agieren können. Franken ist sich sicher, dass keine Regierung diese Entwicklung aufhalten wird. „Die Verbraucher

wollen entscheiden. Der Souverän ist der Patient. Wir müssen neue Wege gehen.“

In diesem Zusammenhang bedauerte er, dass die Digitalisierung im Gesundheits- und Apothekenwesen im Vergleich zu anderen europäischen Staaten oder den USA in Deutschland noch nicht weit genug fortgeschritten ist. „Wir wurschteln weiter vor uns hin.“ Die Feststellung von Michels, Versandapotheken könnten mit der Serviceleistung von niedergelassenen Apotheken nicht gleichziehen, ließ er nicht gelten. „Bei Versandapotheken beraten sowohl Apotheker als auch pharmazeutisch-technische Assistenten die Kunden persönlich und direkt per

Telefon, per E-Mail, im Chat oder via Video-Live-Chat. Darüber hinaus überprüfen sie mithilfe digitaler Lösungen Verschreibungen auf Überdosierungen, Doppelverordnungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten oder Lebensmitteln und geben Einnahmehinweise.“

Franken verwies zudem auf Vernetzungsversuche von DocMorris mit der Offline-Welt. Ein im Frühjahr 2017 installierter Arzneimittel-Abgabeautomat samt Videoberatung im baden-württembergischen Örtchen Hüffenhardt ist zwar derzeit aufgrund einer Unterlassungsklage nicht in Betrieb (siehe Infokasten). Doch mit der Übernahme des Versandgeschäfts der apo-rot ist

schon ein weiterer Versuch gestartet worden, online mit offline zu verbinden. Die beiden Vertreter gaben sich trotz aller Differenzen letztlich versöhnlich. Bereits seit Jahren auf europäischer Ebene laufende Entwicklungen seien wohl nicht mehr aufzuhalten, erklärten Dr. Michels und Professor Dr. Franken übereinstimmend – wobei sich ersterer nach wie vor gegen „marktradikale Tendenzen“ aussprach. Franken plädierte für eine Zusammenarbeit vor Ort und das gemeinsame Bestreben, auf eine intensivere Digitalisierung im Apothekenbereich hinzuarbeiten, etwa durch das Einführen des elektronischen Rezepts. In jedem Fall sei ein Umdenken notwendig.

DocMorris in Hüffenhardt

Im Rechtsstreit um einen Apothekenautomaten hat das Landgericht in Mosbach im Februar 2018 dem Versandhändler DocMorris eine eHealth-Anwendung verboten. Die in Hüffenhardt praktizierte Abgabe und Lagerung von Medikamenten verstoße gegen das Arzneimittelgesetz und sei auch wettbewerbswidrig. Die Abgabe sei nur in einer Apotheke oder durch den Versandhandel einer Apotheke zulässig – beides sei nicht der Fall. Geklagt hatten ein Versandapotheker aus Deutschland sowie drei Apotheker aus dem Umkreis und ein Landesverband. Die Apotheke DocMorris hat nun Klage vor dem Verwaltungsgericht in Karlsruhe eingereicht. Das Unternehmen argumentiert, es handele sich bei der Videoberatung mit Arzneimittelabgabe um Versandhandel.

DocMorris hatte in der 2000-Seelen-Gemeinde in Baden-Württemberg rezeptpflichtige und verschreibungsfreie Arzneimittel im Rahmen der Akutversorgung abgegeben. Das pharmazeutische Personal beriet den Kunden mit Hilfe eines Video-Terminals aus der Zentrale von DocMorris im niederländischen Heerlen. Erst nach der Beratung konnte der Kunde die verschreibungsfreien Arzneimittel bestellen oder sein Rezept nach pharmazeutischer Prüfung einlösen. Die Steuerung und Ausgabe der Arzneimittel durch das Abgabeterminale an die Kunden vor Ort erfolgte ebenfalls durch das pharmazeutische Personal.



Der Beratungsraum in Hüffenhardt – mit Ausgabeschacht, Videoberatung und Kassenterminal



PillPack stellt seinen Kunden die benötigten Medikamente individuell zusammen, sortiert sie vor und liefert die Einnahmehinweise gleich mit.
<https://www.pillpack.com/>



Preiskampf auf dem Apothekenmarkt

Die großen US-Drogerieketten – CVS Health, Walgreens Boots Alliance und Rite Aid – haben einen neuen Gegenspieler: Durch die Übernahme der Online-Apotheke PillPack ist Amazon in den Medikamentenhandel eingestiegen. PillPack spezialisiert sich auf die Betreuung von Patienten, die Arzneimittel auf Rezept bekommen: Die Firma stellt die Medikamente zusammen, organisiert den Versand und sorgt auch für Nachschub bei chronischen Erkrankungen.

Mischt Amazon bald auch in Europa mit, könnte sich der Preiskampf im Sortiment deutlich verschärfen – eine Entwicklung, die bereits mit dem EuGH-Urteil von 2016

an Fahrt aufgenommen hat. Demnach können ausländische Versandapotheken bei Rx-Medikamenten ihren deutschen Kunden Preisnachlässe und Rezeptboni gewähren. Das Urteil sorgte für viel Diskussion im deutschen Apothekenmarkt. Apothekenverbände befürchten, dass die nationale Preisbindung gekippt werden könnte. Bei OTC-Produkten gibt es bereits einen intensiven Preiswettbewerb – diesen scheinen die Versandapotheken derzeit zu gewinnen. Nach Angaben der ABDA wuchs der Umsatz im Versandhandel 2017 um 9,8 Prozent, in der öffentlichen Apotheke um 0,8 Prozent.

Krank auf dem Land: Hausärzte entlasten und für den Beruf werben

In Deutschland sind schon jetzt mehr als 2.600 Hausarztpraxen verwaist – vor allem im ländlichen Raum. Welche Maßnahmen sind nötig, um die Versorgung in der Fläche zu sichern und junge Ärzte zu motivieren, sich auch außerhalb der Städte niederzulassen?



Der Mangel an Ärzten ist schon jetzt vielerorts spürbar. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schätzt, dass 2030 mehr als 10.500 Hausärzte fehlen könnten. Insbesondere auf dem Land. Das weiß auch Anke Richter nur zu gut. Von den 3.000 Mitgliedern ihres Hausärzterverbands Westfalen-Lippe sind aktuell rund 37 Prozent über 60 Jahre alt, 20 Prozent schon über 65 Jahre. „Wenn ich einmal aufhöre, ich bin jetzt Mitte 50, hört die Hälfte



Über die Versorgung in der Fläche diskutierten beim HARTMANN Zukunftsforum 2018 **Anke Richter**, Hausärztin und Landesvorsitzende des Hausärzterverbands Westfalen-Lippe, und **Biggi Bender**, Leiterin der vdek-Vertretung in Baden-Württemberg und ehemalige Bundestagsabgeordnete.

aller Ärzte mit mir auf. Um mich herum sind zwei 72-Jährige, einer ist 65. Insgesamt sind etwa zwei Drittel der Ärzte auf dem Land über 60 Jahre.“ In wenigen Jahren dürften also Tausende von Patienten ohne Hausarzt dastehen.

„Wir müssen uns darauf einstellen, dass sich die Ressource Arzt verknappt“, sagt auch Biggi Bender. Und das, obwohl wir in Deutschland noch nie so viele Ärzte hatten wie heute. „Aber das Verhältnis von 60 Prozent Fachärzten zu 40 Prozent Allgemeinärzten stimmt nicht und ist zudem regional ungleich verteilt.“ Das liege nicht zuletzt an den Fehlanreizen, die aus dem geteilten Versicherungsmarkt mit Kassen- und Privatpatienten entstünden.

Kaum Interesse an Allgemeinmedizin

Die medizinische Unterversorgung auf dem Land hat mehrere Ursachen. Schon seit Jahrzehnten wandern jüngere Menschen aus ländlichen Gebieten ab. Gleichzeitig rücken die geburtenstarken Jahrgänge in höhere Altersgruppen vor. Der Anteil älterer Hausärzte ist auf dem Land besonders

hoch – geben sie ihre Praxis auf, finden sie häufig keinen Nachfolger. Zudem entscheiden sich immer weniger Nachwuchsmediziner für eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und eine Tätigkeit als Hausarzt.

Auch das dürfte durch mehrere Faktoren bedingt sein: das geringere Einkommen etwa, lange Arbeitszeiten, ein „Einzelkämpferdasein“ und eine Ausbildungskultur, die den Eindruck erweckt, diese Tätigkeit sei nicht so anspruchsvoll oder interessant wie andere Disziplinen. Für Bender ist das traditionelle Bild des Landarztes bereits passé: immer verfügbar und mit jedem per Du. Der Arzt der Zukunft sei eine Ärztin, die zwischen Beruf und Privatleben eine deutliche Trennlinie ziehe.

Anke Richter beobachtet ebenfalls, dass die jüngere Generation großen Wert auf eine ausgeglichene Work-Life-Balance legt – was als Hausarzt schwierig ist, weil Patienten durchaus auch nach Feierabend anrufen. Hinzu käme die zunehmende Bürokratie: „Allein die Umsetzung der Datenschutz-Grundverordnung kostet mich als Einzelpraxis 30 bis 40 Arbeitsstunden, die am Patienten fehlen.“



Richter sieht außerdem die Kommunen in der Pflicht, eine vernünftige Infrastruktur sicherzustellen. „Es kann nicht sein, dass Banken und Postämter schließen und zentralisiert werden, aber Ärzte aufs Land gehen sollen.“ Auch eine stabile Internetverbindung müsse zur Selbstverständlichkeit werden. Nicht zuletzt, weil die Möglichkeiten der Telemedizin nichts ohne ein schnelles Internet bringen.

Gute Ideen, neue Technologien

Inzwischen hat die Bundespolitik reagiert. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz und dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat sie Maßnahmen eingeführt, die jungen Medizinern Lust auf die Arbeit als Landarzt machen sollen – etwa mit finanziellen Vorteilen, einer flexibleren Bedarfsplanung oder der Förderung mobiler Versorgungskonzepte. Zudem wurde es den Kassenärztlichen Vereinigungen erleichtert, Eigeneinrichtungen zu betreiben.

Erste Ideen werden bereits heute zur haus- und fachärztlichen Versorgung auf dem Land getestet – manche haben sich sogar schon etabliert: Seit

2004 gibt es beispielsweise mehrere Tausend Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in Deutschland – Tendenz: steigend. Einige Kommunen gehen das Problem aktiv an: Die Gemeinde Büsum in Schleswig-Holstein stellt Ärzte ein, um dem Landarztmangel entgegenzuwirken. Und die Kassenärztliche Vereinigung Hessen versucht mit dem Medibus als mobile

Hausarztpraxis, die Versorgung auf dem Land sicherzustellen (siehe Infografik).

Auf technologischer Seite gibt es ebenfalls spannende Ansätze, die von der Abschaffung des Fernbehandlungsverbots profitieren: Die Mainzer Kinderchirurgie sammelt beispielsweise erste Erfahrungen mit Videosprechstunden, insbesondere in

Junge Ärzte fürs Land begeistern – zwei Beispiele

Landarztquote: In Nordrhein-Westfalen entfällt zum Wintersemester 2019/2020 der Numerus Clausus für all diejenigen, die sich vertraglich verpflichten, zehn Jahre als Hausarzt in einer unterversorgten Region in NRW zu arbeiten. Zunächst wird es 168 Landarzt-Studiplätze geben.



Stipendium: An der TU München beginnt ab dem Wintersemester 2018/2019 das Ausbildungsprogramm „Beste Landpartie Allgemeinmedizin (BeLA)“. Studierende erhalten 600 Euro im Monat, wenn sie sich im Gegenzug dazu verpflichten, nach Abschluss des Studiums ihre Facharztweiterbildung für Allgemeinmedizin in der Region zu absolvieren, in der sie ausgebildet wurden. Baden-Württemberg unterstützt Medizinstudenten ab dem 7. Fachsemester für zwei Jahre mit 300 Euro im Monat – sofern sie sich bereit erklären, ihre Facharzt Ausbildung in einem unterversorgten Gebiet zu machen und sich danach dort niederzulassen.

Warum ich meinen Beruf liebe

Im Studium gab es kaum Berührungspunkte mit der Allgemeinmedizin. Als ich 2002 in den Beruf eingestiegen bin, habe ich zunächst internistisch und später kardiologisch im Krankenhaus gearbeitet. Mit der Zeit wurde aber mein Wunsch stärker, ein breites Feld zu behandeln und verstärkt präventiv zu arbeiten. Deswegen habe ich mich 2012 im Münsterland niedergelassen. In der Klinik habe ich vor allem die akuten Fälle gesehen, was auch interessant war. Aber ich wollte eine größere Bandbreite an Patienten sehen, von Kindern bis Hochaltrigen. Ich wollte handwerklich und diagnostisch arbeiten – und Probleme frühzeitig erkennen. Das ist in der Klinik nicht vorgesehen.

Ich mag das persönliche Miteinander mit den Patienten – die Familien und Hintergründe kennenzulernen und nicht nur organische, sondern auch psychische Gründe für Probleme herauszufinden. Das Vertrauen, das mir hier von Anfang an entgegengebracht wurde, ist enorm. Ich kann viele Dinge nun besser einordnen. Das kann einfach nur der Hausarzt.

„Ein Facharzt ist ohne den Hausarzt aufgeschmissen“

Die Anreize seitens der Politik, die Mediziner für den Hausarztberuf begeistern sollen, gehen in die richtige Richtung. Man darf aber auch niemanden zwingen. Bei vielen entwickelt sich das Interesse an der Allgemeinmedizin erst mit der Zeit. Das sehe ich auch bei den Studierenden, die bei uns ihr Praktisches Jahr machen. Wir als Hausärzte stehen in der Pflicht, ihnen Berührung mit dem Beruf zu ermöglichen.

Oft höre ich: „Mensch, was ihr hier alles macht – das hätte ich gar nicht erwartet!“ Es ist vieles möglich. Und die Basisversorgung, die wir täglich leisten, ist super wichtig. Ein Facharzt ist ohne den Hausarzt aufgeschmissen – und umgekehrt. Wir müssen alle näher zusammenrücken, um eine optimale Versorgung erfüllen zu können. Das Delegieren von Aufgaben an unsere medizinischen Fachangestellten sowie deren Weiterbildung sind bei uns bereits Normalität. Und mit der telemedizinischen Betreuung von Patienten zu Hause machen wir ebenfalls erste – gute – Erfahrungen.

Natürlich sind während einer Grippewelle die Tage auch mal länger und es gibt die Notdienste, aber das ist überschaubar. Grundsätzlich kann ich mir die Arbeit, auch die Hausbesuche, besser und flexibler einteilen als es in der Klinik der Fall war. Wir halten uns in der Gemeinschaftspraxis gegenseitig den Rücken frei. Ich würde den Schritt in die Selbstständigkeit immer wieder gehen.



Bernd Balloff, 45, ist Hausarzt in einer Gemeinschaftspraxis in Legden

docdirekt diagnostiziert per Telefon

Wie telemedizinische Behandlung in der Praxis aussehen kann, zeigt das Modellprojekt „docdirekt“. In Stuttgart und im Landkreis Tuttlingen können sich seit April 2018 alle gesetzlich krankenversicherten Patienten online oder telefonisch medizinischen Rat holen. Die **Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg** kooperiert für das zweijährige Projekt mit dem Münchner Start-up **TeleClinic GmbH**.

Ob Kopfschmerzen, Fieber oder eine gezerrte Wade: Via App, Telefon oder Website können Patienten eine medizinische Fachangestellte (MFA) kontaktieren, die die Personaldaten und Krankheitssymptome erfasst und einen Termin für den Rückruf des Tele-Arztes vereinbart. Niedergelassene Ärzte geben dann telefonisch eine Empfehlung für die Behandlung. Das reduziert Wegstrecken und Wartezeiten, unterstützt die ambulante medizinische Versorgung auf dem Land – und vermeidet, dass Patienten ohne akute Beschwerden die Notaufnahme aufsuchen. Zudem kann der Tele-Arzt gegebenenfalls an patientennah erreichbare Portalpraxen (PEP-Praxen) verweisen. In Notfällen alarmiert bereits die MFA den Rettungsdienst. Mehr Infos unter <https://docdirect.de>



der Nachsorge. Und im Modellprojekt „docdirekt“ stellen Ärzte Ferndiagnosen über digitale Kommunikationsmittel (siehe Infokasten).

Diese Zusatzangebote sind in Deutschland zwar derzeit noch die Ausnahme, aber in den USA und Großbritannien schon seit längerem die Regel.

Früh Einblick in die Praxis geben

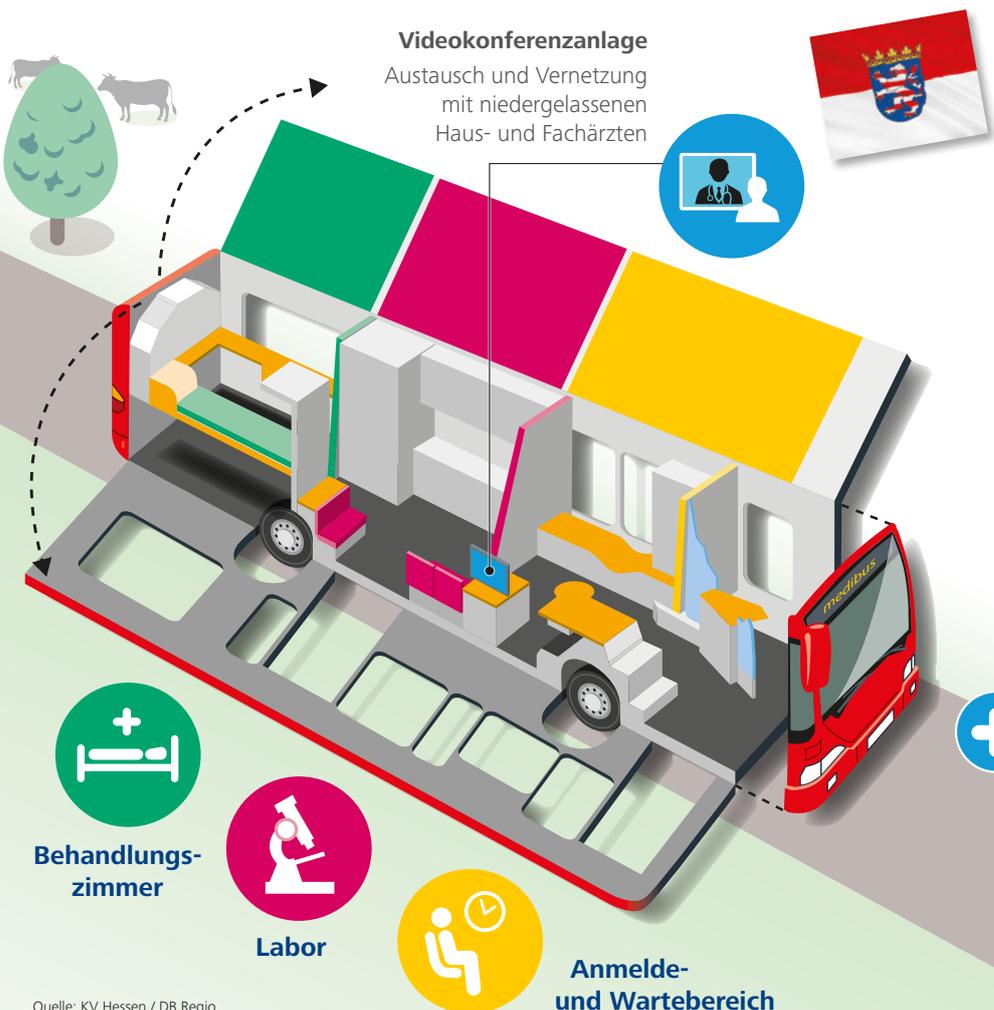
Entscheidend ist jedoch, die Rolle des Hausarztes zu stärken und der Allgemeinmedizin zu mehr Anerkennung zu verhelfen. Diese vermisst Richter mitunter auch von Fachärzten. Der Masterplan 2020 setze hierfür wichtige Impulse. In Kompetenzzentren sollen sich junge Kollegen künftig weiterbilden können. Die Arztausbildung wird im letzten Tertial zudem in der Niederlassung gemacht. „Das war bisher optional, jetzt ist es verpflichtend. So bekommen die jungen Leute einen Einblick, wie es in einer Praxis aussieht“, sagt Richter.

Beim Nachwuchs schon während des Studiums für das Fachgebiet Allgemeinmedizin zu werben oder über Stipendien Anreize zu schaffen, wird immer wichtiger. Neben der Aufwertung der Allgemeinmedizin müssen sich aber auch die Arbeitsbedingungen auf dem Land verändern. Denn gerade einmal neun Prozent der Medizinstudenten würden sich laut einer Umfrage des Hartmannbundes gerne auf dem Land niederlassen. Aber: Die Mehrheit würde es tun, wenn sie zum Beispiel Unterstützung bei der Kinderbetreuung bekäme oder der Arbeitsplatz für den Lebenspartner gesichert wäre.

Aufgaben neu verteilen

Eine effektive Maßnahme für eine bessere Versorgung in der Fläche kann auch die Substitution von Aufgaben der Ärzte durch medizinische Fachangestellte sein – etwa Hausbesuche oder die Wundversorgung. Pflegekräfte verbringen schließlich sehr viel Zeit mit den Patienten und kennen sie folglich gut. Bei der Übertragung heilkundlicher

Mobil versorgt



Videokonferenzanlage

Austausch und Vernetzung mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten

Der Medibus in Hessen

- ist ein Pilotprojekt der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der DB Regio
- soll als mobile Arztpraxis die hausärztliche Versorgung auf dem Land verbessern
- entlastet und unterstützt niedergelassene Mediziner
- ist ein umgebauter 12-Meter-Linienbus
- fährt für mindestens zwei Jahre ausgewählte Gemeinden in Nordhessen an

An Bord



1 Arzt



1 medizinische Fachangestellte



1 Busfahrer

Vorteile für Patienten

- kurze Wege zum Arzt
- barrierefreier Zugang mit Klapprampe
- keine Terminvereinbarung nötig
- keine zusätzlichen Kosten
- Ablauf wie beim Hausarzt mit Krankenkassenkarte
- Rezepte werden bei Bedarf an eine Apotheke weitergeleitet
- Videodolmetschersoftware für 50 Sprachen

Quelle: KV Hessen / DB Regio

Tätigkeiten sind England und Finnland bereits wesentlich weiter – auch, weil die Pflegekräfte dort über einen höheren Berufsstatus verfügen.

Pflegekräften mehr Verantwortung zuzusprechen, würde nicht nur deren Selbstbewusstsein stärken, sondern auch Ärzte entlasten. Natürlich unter der Prämisse, dass der Qualitätsstandard durch eine entsprechende Weiterbildung auch weiterhin gewährleistet wird. Hier kann auch die Industrie mittels kurzfristiger Lösungen, die Heilungsverläufe stringenter machen, einen Beitrag leisten.

Bender erachtet es als sinnvoll, dass auch Pflegekräfte die Funktion der ersten Anlaufstelle übernehmen können. Richter hingegen sieht das mit

Blick auf die anspruchsvolle Aufgabe in der eigenen Praxis noch kritisch: „Wir behandeln rund 70 Prozent chronisch Kranke und rund 200 Patienten mit Schwerstbehinderungen. Aber wenn die Qualität gesichert ist, kann ich mich damit sicher auch anfreunden.“ Beim Hausarzt sollten jedoch auch weiterhin alle Fäden zusammenlaufen, um insbesondere bei Multimorbidität Risiken zu minimieren.

„Hausarzt auf dem Land zu sein, ist etwas Tolles!“

Wie also sieht die Arztpraxis der Zukunft aus? „Es wird nicht mehr in jedem Dorf einen Hausarzt geben und die Versorgung wird anders sein“, prognostiziert Bender. Die Menschen seien

durchaus bereit, mitunter 40 Minuten zu einem Arzt zu fahren, und es sei ihnen klar, dass man auch mal längere Wege in Kauf nehmen müsse, zitiert sie aus einer forsa-Untersuchung im Auftrag des Verbands der Ersatzkassen (vdek).

Medizinische Versorgungszentren oder Gemeinschaftspraxen sehen beide Expertinnen als Zukunftsmodell an. Das könne auch ein Praxisraum sein, der von der Kommune zur Verfügung gestellt und von mehreren Ärzten genutzt wird. Anke Richter ist trotz aller Probleme von einer Verbesserung überzeugt: „Der Nachwuchs ist da. Wir müssen aber aufhören, zu jammern. Denn Hausarzt auf dem Land zu sein, ist etwas Tolles!“

Illusion oder Perspektive?

Die Pflege steht
genau dazwischen



Pflegekräfte sind eine tragende Säule unseres Gesundheitssystems – und werden künftig angesichts des demografischen Wandels eine noch größere Rolle spielen. Umso wichtiger ist es, Lösungen für den aktuellen Pflegenotstand zu finden und den Beruf aufzuwerten.

Der demografische Wandel stellt unsere Gesellschaft und damit auch unser Gesundheitssystem vor große Herausforderungen, denn wir leben immer länger: Schon heute sind 962 Millionen Menschen auf der Welt älter als 60 Jahre – in Europa trifft das auf 25 Prozent der Bevölkerung zu. 2050 werden es global mehr als zwei Milliarden sein, prognostizieren die Vereinten Nationen. Hinzu kommt, dass es seit der Pflegereform der vergangenen Legislaturperiode deutlich mehr Empfänger für Leistungen der Pflegekassen gibt. Wer wird diese Menschen betreuen?

Bereits jetzt steht die wachsende Gruppe Pflegebedürftiger einer sinkenden Anzahl von Pflegekräften gegenüber. Das liegt nicht zuletzt an der vergleichsweise schlechten Vergütung: Laut einer Erhebung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) betrug 2016 das durchschnittliche Monatsbruttogehalt in der Altenpflege 2621 Euro, in der Krankenpflege 3239 Euro.

Dringender Handlungsbedarf

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) verweist in seinem „Manifest der Pflegeberufe“ auf den Global Healthcare Outlook des Beratungsunternehmens Deloitte, wonach 4,21 Millionen Menschen in Deutschland bis 2050 pflegebedürftig sein werden – im Vergleich zu 2012 eine Steigerung um 72 Prozent. Das ist prekär. Denn laut Pflegereport der Bertelsmann Stiftung könnten bis 2030 rund 500.000 Vollzeitkräfte fehlen. Der Pflegenotstand verschärft sich.

Damit steigt der Druck auf die Bundesregierung. Im Rahmen der im Juli angekündigten „Konzertierten Aktion Pflege“ sollen nun innerhalb eines Jahres konkrete Pläne für attraktivere Arbeitsbedingungen erarbeitet werden – unter Beteiligung der Länder, Arbeitgeber und Gewerkschaften, Kirchen und Wohlfahrtsverbände, Krankenkassen und Betroffenenvertreter. Die größten Aufgaben lauten dabei: der Pflege einen höheren Stellenwert

geben, mehr Personal und damit auch mehr Zeit pro Kopf bekommen sowie die Pflege als eigenständige Profession im Gesundheitswesen etablieren.

Der Referentenentwurf eines Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) aus dem Bundesgesundheitsministerium sieht vor, dass Krankenhäuser und Pflegeheime künftig deutlich mehr Geld für ihr Pflegepersonal erhalten. Die Kernpunkte: 13.000 zusätzliche Pflegestellen in den Pflegeheimen, Finanzierung jeder neuen Pflegestelle in den Krankenhäusern, volle Refinanzierung der steigenden Tariflöhne in den Krankenhäusern sowie die Finanzierung der Personalkosten in der Pflege im Krankenhaus ab 2020 außerhalb des DRG-Systems über krankenhausindividuelle Budgets. Daraus entstehen für die Krankenkassen bereits 2019 Mehrausgaben von 1,2 Milliarden Euro.

Auch der in diesem Jahr erstmals durchgeführte HARTMANN Pflexit-Monitor (siehe Grafiken) verdeutlicht, dass dringender Handlungsbedarf besteht. 54 Prozent der deutschen Pflegekräfte denken darüber nach, aus ihrem Beruf auszusteigen. Nur ein knappes Drittel würde den Beruf weiterempfehlen und lediglich 35 Prozent würden ihn erneut wählen.

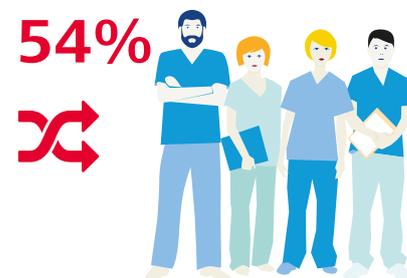
Die Gründe dafür sind vielfältig: Eine generell hohe Arbeitsbelastung durch teilweise zu wenig Personal bei gleichzeitig steigenden Patientenzahlen trifft auf zunehmende Dokumentationspflichten. Diese sind zwar notwendig, lenken aber von der eigentlichen Pflege ab. Schon jetzt sind Pflegekräfte häufiger krank als Arbeitnehmer in anderen Branchen. Daher ist dem DBfK zufolge die durchschnittliche Verweildauer im Beruf verhältnismäßig kurz. Das muss sich ändern.

Pflege als unterschätzte Ressource

„Die professionelle Pflege ist die am meisten unterschätzte Ressource im deutschen Gesundheitssystem – und verdient eine deutliche Aufwertung“, betonte auch Franz Wagner. Er fordert deutlich mehr Personal und eine

Pflegekräfte denken über Ausstieg nach

Dies beweist der Pflexit-Monitor, eine Umfrage des Instituts DocCheck unter 300 Pflegekräften im Auftrag der PAUL HARTMANN AG



der befragten Pflegekräfte haben darüber nachgedacht, aus dem Beruf auszusteigen

72%



nennen als **Hauptgrund** den permanenten Personalmangel



Fast **50%** der Pflegekräfte:

Keine Weiterempfehlung des Berufes an jüngere Menschen



43%

würden den Pflegeberuf nicht wieder wählen



politische Zusage, „dass wir in den nächsten Jahren für alle Versorgungsbereiche von Krankenhaus, ambulant und Langzeitpflege stationär in einem absehbaren Zeitraum 100.000 Stellen mehr schaffen.“

Für ihn ist Skandinavien ein Vorbild. Zwar verfolgt auch das deutsche Pflegesystem das Ziel, alten Menschen so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. In Skandinavien haben jedoch die Kommunen einen wesentlich größeren Anteil an der Betreuung Pflegebedürftiger. Sie sorgen für Bring- und Fahrdienste, Treffen in Seniorenzentren und eine Betreuung zu Hause.

Selbstbewusstsein stärken

Entscheidend für den höheren Stellenwert des Pflegeberufs etwa in Schweden, wo Pflegekräfte bestimmte Produkte selber verordnen können, dürfte jedoch die Pflegeausbildung auf Hochschulniveau sein. In Deutschland beruhe die Akzeptanz der Pflegekraft durch Ärzte häufig auf der Persönlichkeit, der Initiative und dem Engagement des einzelnen Pflegenden, so Wagner. Anzustreben wäre jedoch, dass Pflegekräfte generell auf Augenhöhe mit Medizinern agieren können. Denn sie sind viel mehr als nur die rechte Hand des Arztes. Sie sind nah am Patienten, ihr Wissen daher unentbehrlich. Ihre Autonomie muss wachsen – bei Behandlungen, die vorrangig eine spezielle pflegerische Expertise erfordern.



Über die Zukunft der Pflege diskutierten beim HARTMANN Zukunftsforum 2018 **Franz Wagner**, Präsident des Deutschen Pflegerats (DPR), und **Dr. Ralf Suhr**, Vorstandsvorsitzender des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP).

Vor allem in ländlichen Regionen könnten entsprechend qualifizierte Pflegekräfte ärztliche Aufgaben in der Primärversorgung übernehmen. Andere Staaten sind bei der Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten schon weiter. In Finnland beispielsweise fungiert die Gesundheitsschwester als Gatekeeper – sie empfängt die Patienten selbstständig, ist besonders für chronische Patienten zuständig und verordnet Inkontinenzprodukte, Wundauflagen oder Medikamente. In Großbritannien gibt es speziell ausgebildete Pflegekräfte, die Kinder und Erwachsene mit Inkontinenzproblemen professionell betreuen, sogenannte „Continance Advisors“. Sie helfen Betroffenen, Beschwerden zu mindern und ihre Lebensqualität zu steigern.

Die Anforderungen an die Kompetenz der Pflegekräfte verändern sich. Pflegebedürftige sind zunehmend alte,

multimorbide und teils mit Demenzen belastete Menschen. Sie benötigen neben einer umfassenden Grundpflege eine fachgerechte Versorgung. Auch Prävention und Patientenedukation gewinnen an Bedeutung. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen haben ein Anrecht darauf, umfassend und gut verständlich über Sinn und Nutzen von Behandlungen informiert zu werden – damit die verordneten Therapien konsequent durchgeführt und nicht eigenmächtig abgebrochen werden.

Allerdings müssen Pflegekräfte auch selbst ein neues Rollenverständnis und ein stärkeres Selbstbewusstsein entwickeln. Sie können und sollten mit Stolz auf ihren sinnstiftenden Beruf blicken. Für Dr. Ralf Suhr sind dabei „Wissen und Kompetenz die Voraussetzungen dafür, dass die Pflege eine treibende Kraft bei der Gestaltung eines modernen Gesundheitswesens sein kann“. Er betonte, dass der Pflegeberuf Entwicklungsmöglichkeiten braucht – durch eine gute Ausbildung inklusive der Option auf akademische Bildung.

Neue Karriere-möglichkeiten schaffen

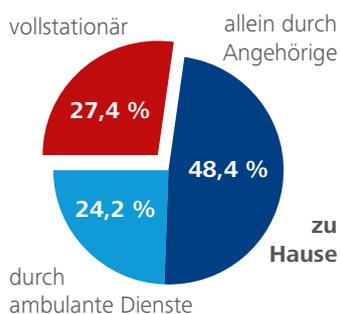
Pflege braucht in der Tat mehr Professionalisierung, denn eine höhere Qualifikation rechtfertigt auch die Übernahme anderer Tätigkeiten und stärkt somit auch die Eigenverantwortung der Pflegekräfte. Erste Maßnahmen existieren bereits.

Das im Juli 2017 verkündete Pflegeberufegesetz wird die Pflegeausbildung modernisieren und an die veränderten Anforderungen anpassen – etwa durch das Zusammenführen von Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege zu einer generalistischen Pflegeausbildung mit einheitlichem Berufsabschluss „Pflegefachfrau/-mann“, der EU-weit anerkannt ist. Eine Spezialisierung im letzten Drittel der Ausbildung bleibt möglich; das Schulgeld wird endlich abgeschafft. Start der neuen Ausbildung ist der 1. Januar 2020.

Um neue Karrieremöglichkeiten zu eröffnen, neue Zielgruppen anzusprechen und pflegewissenschaftliche

Ohne pflegende Angehörige geht nichts

Professionelle Pflegekräfte sind die eine, pflegende Angehörige und ehrenamtliche Helfer die andere wichtige Stütze bei der Pflege alter Menschen. Jeder Sechste zwischen 40 und 85 Jahren kümmert sich um ein Familienmitglied. Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt – die meisten von ihnen ausschließlich durch Angehörige, ein Drittel zusammen mit oder ausschließlich durch ambulante Dienste. (Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2015)



„Der Beruf muss attraktiver werden!“ – Drei Fragen an Christine Dubb

Nach ihrer Ausbildung zur Altenpflegerin in Bayern stieg Christine Dubb, 41, als Pflegehelferin in den Beruf ein. Insgesamt war sie 13 Jahre in der Pflege tätig. 2012 wechselte sie zur PAUL HARTMANN AG, wo sie zunächst als Fachberaterin für Pflege und Hygiene arbeitete. Inzwischen betreut sie im Vertrieb als Account Managerin stationäre Pflege- und Behinderteneinrichtungen.

Warum haben Sie sich damals für den Pflegeberuf entschieden?

Der Pflegeberuf war für mich interessant, weil er sehr facettenreich ist. Zum einen der Kontakt zum Menschen, zum anderen das medizinische Know-how. Und ich wollte etwas für andere tun, für sie da sein – sie in Phasen des Alters, der Erkrankung betreuen und begleiten. Ich war insgesamt 13 Jahre im Beruf.

Welche Gründe haben Sie dazu bewogen, diesen Beruf aufzugeben?

Die körperliche Belastung war für mich der ausschlaggebende Grund, zunächst von der Altenhilfe in den klinischen Bereich, in die psychiatrische Pflege zu wechseln. Der ständig wechselnde Schichtdienst, die Überstunden und die vielen Anrufe, wenn Kollegen ausgefallen sind. Auch die mangelnde Wertschätzung hat eine Rolle gespielt, Sprüche wie „Boah, das könnte ich nicht“. Oder in der Psychiatrie: „So was färbt ja auch mal ab.“ Es ist einfach kein anerkanntes Berufsfeld.

Unter welchen Voraussetzungen würden Sie in den Beruf zurückkehren?

Der Personalschlüssel ist entscheidend. Aber auch die Gehälter. Es kann nicht sein, dass Pflegeassistenten

zum Teil mit Mindestlohn abgefertigt werden. Der Beruf muss attraktiver werden – durch andere Arbeitszeitmodelle, insbesondere für Mütter. Darüber hinaus ist die Belastung durch Prüfinstanzen wie den medizinischen Dienst der Krankenkassen und die Heimaufsichten nicht zu unterschätzen. Früher waren wir zwar auch nur zu zweit für 22 Bewohner, aber es gab nicht diese Dokumentationsflut. Ich habe als Pflegekraft noch Lockenwickler bei den Bewohnern aufgedreht. Diese Zeit haben wir uns genommen. Heute ist da nicht mehr dran zu denken. Zudem sind die Pflegebedürftigen in Heimen heute multimorbider. Sie werden immer älter und immer kränker.

Dass der Pflegeberuf reformiert wird, finde ich gut. Ein Mensch wächst, wenn er fachlichen Input bekommt und flexibel einsetzbar ist. Aber es prasseln auch viel mehr Aufgaben auf den Pflegeberuf nieder – das ist vor dem Hintergrund des Personalmanagements schwierig. Es ist gut, dass Pflegekräfte mehr Eigenverantwortung bekommen sollen. Sie müssen eigenständig denken und handeln können – und nicht mehr für jede benutzte Wundcreme eine ärztliche Anordnung einholen müssen. Es muss jedoch auch gewährleistet sein, dass es einen einheitlich guten Ausbildungsstand gibt, um etwa fachgerecht einen Blasenkatheter legen zu können. Mehr Aufgaben brauchen aber auch mehr Zeit – und da ist die Frage: Wo kommt das Geld her?



Erkenntnisse besser in die Praxis integrieren zu können, wird ergänzend zur beruflichen Pflegeausbildung auch die Akademisierung vorangetrieben. Einige universitäre Angebote gibt es bereits – darunter der Online-Bachelorstudiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“ an der Alice Salomon Hochschule (ASH), der berufsbegleitende Studiengang „Soziale Gerontologie“ an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen (KHSB) oder der 2020 startende Bachelor of Science in Pflege an der Charité. Pflegeverbände gehen perspektivisch von etwa 20 Prozent akademisch ausgebildeten Pflegekräften aus.

Pflegekräfte müssen sich und ihre Belange aber auch organisieren und mit einer Stimme sprechen. Die führenden Berufsverbände der Pflege halten es daher für sinnvoll, Pflegekammern einzurichten. Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und

Niedersachsen sind diesen Schritt bereits gegangen – Baden-Württemberg kommt als Nächstes dazu. Ebenso wichtig ist es, mehr und besser über den Pflegeberuf zu informieren und frühzeitig in den Dialog zu gehen, etwa mit Abschlussklassen. „Jeder Einzelne ist Botschafter für seinen Beruf“, sagte auch Wagner.

Sowohl er als auch Suhr hoffen auf ein Miteinander und den Druck breiter Bevölkerungsschichten auf die Politik. Die Pflege könnte dadurch die verdiente gesellschaftliche Aufwertung und Anerkennung erlangen – und heute noch aktive Menschen könnten ihre Betreuung im Falle künftiger Pflegebedürftigkeit sichern. Die Erkenntnis ist auf allen Ebenen da, doch die Umsetzung wird dauern. Wir befinden uns genau zwischen Illusion und Perspektive: Wir brauchen die Illusion, um in Richtung Perspektive zu gehen.

Pflege neu denken: Wir brauchen smarte Innovationen!

Beim HARTMANN Zukunftsforum wurde schnell klar: Die Pflege ist das wichtigste und übergreifende Thema, denn der Pflegenotstand gefährdet vor allem das Wohl der Patienten. Gut ausgebildete Pflegekräfte sind der Schlüssel für eine erfolgreiche Zukunft. Auch wir als Unternehmen können und sollten die Pflege unterstützen – mit smarten Innovationen.

Ein Beitrag von HARTMANN-CEO Andreas Joehle.



Wie können wir den Pflegenotstand bekämpfen? HARTMANN-CEO Andreas Joehle sieht auch die Industrie in der Pflicht.

Aufgrund des demografischen Wandels – die Menschen werden älter und multimorbider – steigen die Anforderungen an Pflegekräfte, sowohl im Krankenhaus als auch in Heimen. Um die Versorgung auf dem Land zu sichern, sollten sie langfristig mehr Aufgaben übernehmen, etwa Hausbesuche oder die Verordnung von

Wund- oder Inkontinenzprodukten. Neben einer Aufwertung des Berufsstandes samt angemessener Vergütung und neuen Jobprofilen bedarf es neuer Technologien, die die Arbeit vereinfachen können. Wir bei HARTMANN nennen das Smart Innovations.

Pflege braucht aber ebenso mehr Professionalisierung, denn eine höhere Qualifikation rechtfertigt die Übernahme anderer Tätigkeiten und stärkt somit auch die Eigenverantwortung der Pflegekräfte. Eine Position, die unser Unternehmen schon lange unterstützt und aktiv fördert – zum Beispiel mit der Vergabe des HARTMANN Pflegepreises oder unserem Engagement für Auszubildende als Hauptsponsor der Initiative „Bester Schüler in der Alten- und Krankenpflege“.

Kollektiver Ruf nach Unterstützung

Dass wir uns in einer prekären Lage befinden, wissen wir – neu ist, dass während unseres Forums aus gleich mehreren Ecken die Forderung nach Unterstützung und Veränderung kam. Das müssen wir ernst nehmen. Hier sind nicht nur Politik und Wissenschaft, sondern ebenso die Industrie gefragt.

Damit sehen auch wir uns in der Verantwortung. Als Unternehmen, deren Mitarbeiter zum Großteil selbst aus dem Pflegebereich kommen, verstehen wir die Bedürfnisse der Pflegekräfte sehr gut. Wir möchten das Gesundheitswesen stetig verbessern und die Lebensqualität der Menschen steigern. Deswegen engagieren wir uns insbesondere beim Thema Pflege für die Entwicklung von Lösungsansätzen, die bezahlbar, sinnvoll und nützlich sind: Smart Innovations. Schließlich sind es vor allem die Pflegekräfte in Krankenhäusern oder

Pflegeheimen, die mit unseren Produkten und Serviceleistungen täglich in Kontakt kommen.

Diese sollen den Arbeitsalltag erleichtern und einen messbaren Mehrwert schaffen, weil sie etwa einfach anzuwenden sind und Zeit sparen. Denn im Gesundheitssektor sind zuverlässige Qualität sowie extreme Zeit- und Kosteneffizienz gefordert. Angesichts des Fachkräftemangels und rückläufiger Budgets steigt der Druck, mit weniger Ressourcen mehr erreichen zu müssen.

Nicht jede Innovation ist smart

Natürlich kann auch die Digitalisierung dabei von Nutzen sein – allerdings dürfen wir nicht auf jeden vermeintlich attraktiven Hype anspringen. Vielmehr müssen für jede Technologie, die man ausprobiert, vorab folgende Fragen geklärt sein:

- Wird sie die Qualität der Pflege tatsächlich verbessern?
- Reduziert sich dadurch realistisch betrachtet der Zeitaufwand des Pflegepersonals?
- Ist sie einfach zu benutzen, vor allem für medizinische Fachangestellte, die dadurch qualifizierteren Kräften Arbeit abnehmen können?
- Können dadurch die Gesamtkosten gesenkt werden?
- Profitieren genügend Personen davon, um die Technologie interessant zu machen?

Sind diese Kriterien erfüllt, lohnt sich die Investition – denn dann ist es eine Smart Innovation.

Es gilt, den Spagat zwischen einfacher und wirksamer Versorgung zu schaffen. Zum Beispiel in der Wundbehandlung. Wir bei HARTMANN konzentrieren uns in der Hydrotherapie auf nur zwei Wundverbände. Mit diesen beiden Produkten kann ein Großteil aller chronischen Wunden behandelt werden. Das erleichtert es Hausärzten und Pflegekräften, Wunden schnell und zielgerichtet zu versorgen und zu heilen.

Einfach, aber effektiv: Hygienestandards

Neue Technologien werden für die Zukunft des Gesundheitswesens von großer Bedeutung sein. Aber wir müssen uns dabei auf Produkte konzentrieren, die einen echten Mehrwert bieten – manchmal mit, manchmal ohne technologische Komponente. Beispiel Krankenhausinfektionen: Im Fall des zunehmend dringlichen Problems der nosokomialen Infektionen sind Technologien zwar nicht notwendig, sie können aber ergänzende Lösungen bieten. 90 Prozent dieser Infektionen werden über die Hände übertragen. Einige Infektionen ließen sich durch die richtige Händehygiene

um bis zu 40 Prozent reduzieren – eine einfache Präventionsmaßnahme.

Deshalb helfen wir Krankenhäusern, die Compliance-Rate bei der Handhygiene zu verbessern und bewährte Hygienemaßnahmen zu standardisieren: Von Schulungen zur Händedesinfektion über den richtigen Aufstellungsort für Desinfektionsmittel bis hin zur Entwicklung einer App, die den individuellen Fortschritt dokumentiert – auf jedes Krankenhaus zugeschnitten. Auch Pflegeheime unterstützen wir durch smarte Innovationen: Unsere HILMAS-Software zur Inkontinenzversorgung ist inzwischen Marktstandard, unser Inkontinenzslip MoliCare Premium Elastic bietet einen höheren Tragekomfort, vereinfacht das Anlegen durch nur zwei statt vier Arbeitsschritte – eine Zeitersparnis von 20 Prozent – und schont zudem den Rücken der Pflegekraft.

Nachhaltige Unterstützung bieten

Doch nicht nur mit unseren Produkten wollen wir uns als Partner der Pflege engagieren. Wir möchten Pflegekräfte, die den Beruf verlassen haben, zur Rückkehr motivieren und junge Menschen dazu anregen, sich für den Pflegeberuf zu entscheiden. Deswegen werden wir bis Ende 2018 gemeinsam mit hochkarätigen Partnern der deutschen Gesundheitsbranche eine „Pflege-Offensive“ auf den Weg bringen. Diese wird definieren, wie wir eine nachhaltige Unterstützung für die Pflege in Deutschland und global sein können. Denn das wird auch unsere Zukunft prägen.

Drei Beispiele für smarte Innovationen von HARTMANN



MoliCare Premium Elastic vereinfacht das Anlegen durch eine reduzierte Zahl an Arbeitsschritten.

Tausende Pflegeheime in Europa nutzen HILMAS zum Management der Inkontinenzversorgung.

HydroClean und HydroTac bilden das Therapiekonzept der Hydrotherapie.

Impressionen vom HARTMANN Zukunftsforum 2018



„Gedanken für morgen“ ist eine Publikation der PAUL HARTMANN AG, Postfach 1420, 89504 Heidenheim, Telefon: 073 21/36-0, Fax: 073 21/36-3637, <http://www.hartmann.de>, Verantwortlich i. S. d. P.: Dominik Ploner. Text: dpa-Custom Content, Hamburg. Gestaltung und Produktion: cmc centrum für marketing und communication, Heidenheim. Infografiken: dpa-Infografik GmbH. **Bildnachweis:** Adobe Stock: BillionPhotos (3), Dan Race (3, 6), fotomek (24), ipopba (1), jozsitoeroe (3, 18), upixa (3, 11), vectorfusionart (3, 26), vasabii (1), vege (13), Zerbor (23); Atelier Blickwinkel/Franziska Voigtmann (29); Bernd Balloff (24); Albertinen-Haus (16); Biggi Bender (22); Call & Check (15); fotofinder: Your Photo Today/Voisin/Phanie (3, 22); Prof. Dr. Christian Franken (18); Getty Images: Rawpixel (3, 14); Dr. Erik Hamann (17); Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt (12); det kempke (3, 4); Klinikverbund Südwest (12); George Kopp (2); Annette Koroll (28); Jens Kramer/designarmada (2); Roman Mensing (18); NWGA (16); NursIT (13); PillPack (21); Dr. Anke Richter (22); Ralf Seidel/Doc Morris (21); Michael Setzpfand (10); Thomas X. Stoll (10); Dr. Ralf Suhr (28); WDR/Ben Knabe (5), Foto Wilke (17); alle anderen cmc (Daniel Paus & Malte Strömsdörfer) und PAUL HARTMANN AG



Gesundheit ist
unser Antrieb