

3.4 Neue Gesetzeswerke zu Prävention, digitaler Gesundheit und Pflege

Nachdem im vergangenen Jahr das Krankenhausstrukturgesetz für viel Diskussionsstoff gesorgt hat, stehen in diesem Jahr weitere wichtige Gesetzeswerke im Gesundheitswesen vor der Umsetzung: Zum einen wurde nach wiederholtem Anlauf ein Präventionsgesetz auf den Weg gebracht, das auch Impulse für die betriebliche Gesundheitsförderung beinhaltet. Weiterhin wurde ein sogenanntes „E-Health-Gesetz“ beschlossen, das das Zeitfenster für die Umsetzung des elektronischen Austausches von Gesundheitsdaten vorgibt. Schließlich sind zwei wichtige Pflegegesetze kurz vor dem Start: So soll mit dem Pflegeberufsgesetz die Pflegeausbildung auf neue Füße gestellt werden. Außerdem steht die Umsetzung des zweiten Teils des Pflegestärkungsgesetzes an, das eine Neuregelung der Pflegegrade zugunsten demenzkranker Menschen vorsieht.

Mit einem Krankenhausstrukturgesetz, einem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, einem AMG-Änderungsgesetz, einem zweiteiligen Pflegestärkungsgesetz, einem Pflegeberufsgesetz, einem E-Health-Gesetz sowie einem Präventionsgesetz ist Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe gelungen, was seinen Vorgängern nur in Teilen vergönnt war. Im Folgenden sollen vier Gesetzeswerke einer Analyse unterzogen, Licht und Schatten hervorgehoben werden.

Präventionsgesetz

Der Weg zu einem Präventionsgesetz war kein leichter. In der Vergangenheit gab es immer wieder Anläufe, die verschiedenen Präventionsteile in den einzelnen Sozialgesetzbüchern (Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung) stärker aufeinander abzustimmen sowie inhaltlich und finanziell zu unterfüttern. Ja, sogar von einer „vierten Säule“ des Gesundheitswesens war immer wieder von verschiedener Seite zu hören. Letztendlich scheiterten die Anläufe regelmäßig an Streitigkeiten zur Finanzierung. Nicht nur in Bezug auf die Finanzvolumina der einzelnen Säulen bleibt das Präventionsgesetz, trotz erstmaliger Einigung, leider immer noch ein Leichtgewicht.

So wird zwar zukünftig mehr Geld für die Prävention zur Verfügung stehen. Mit etwa sieben Euro je GKV-Versicherten oder ca. 500 Millionen Euro insgesamt liegt dieser Betrag jedoch immer noch nur bei 1,7 Promille (!) des gesamten GKV-Volumens, das sich auf ca. 300 Milliarden Euro beläuft. Legt man den Fokus nun auf die betriebliche Gesundheitsförderung, so stehen lediglich noch zwei Euro je Versicherten oder umgerechnet etwa 140

Millionen für krankenkassengesteuerte betriebliche Gesundheitsaktivitäten zur Verfügung.

Nationale Präventionsstrategie soll für mehr Abstimmung sorgen

Somit erweitert das Präventionsgesetz den bisherigen Rahmen, den bislang vorrangig der Paragraf 20 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) bestimmt hatte, nicht wesentlich. Neu im aktuellen Präventionsgesetz ist jedoch der Wille, einen gemeinsamen, sozialbereichsabgestimmten Ansatz zu finden, um bestenfalls Doppelstrukturen zu vermeiden und Synergieeffekte auszuloten. Daher orientierte man sich beim Organisationsrahmen an den Strukturen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie¹, die diese bereits 2008 aufgebaut hat, und errichtete entsprechend eine Nationale Präventionsstrategie (NPS).² Diskussions- und Entscheidungsorgane werden zum einen die Nationale Präventionskonferenz³ (NPK), deren Träger die gesetzlichen Spitzenorganisationen von Kranken-, Unfall-, Renten und Pflegeversicherung sind, zum anderen das Präventionsforum, unter Leitung der Bundesvereinigung für Prävention, bilden, wo gemeinsame Präventionsziele, Handlungsfelder und vorrangige Zielgruppen festgelegt werden sollen. Den Handlungsrahmen in den Ländern werden regionale Präventionsvereinbarungen bilden, die sich wiederum an einer in der NPK erarbeiteten bundesweiten Rahmenrichtlinie orientieren. Eine erste Evaluation soll dann 2019 im Rahmen eines Präventionsberichtes erfolgen.

Die Präventionsakteure vor Ort sollen damit die abgestimmten Präventionsziele der NPS nicht nur für individuelle Präventionsleistungen anwenden, sondern in den einzelnen „Lebenswelten“ bzw. „Settings“, also z. B. KiTa, Schule, Betrieb oder Wohnquartier, steuern, um die Verhältnisse präventiv vor Ort beeinflussen und somit auch individuell schwerer erreichbare Personengruppen an die Prävention heranführen zu können. Damit soll gleichzeitig ein Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit geleistet werden. Anreizsysteme (Gesundheitsboni) sollen dabei helfen, gesundheitlich benachteiligten Gruppen (z. B. Migranten) einen Zugang zu Präventionsleistungen zu generieren. Auch im (Berufs-)Alltag besonders belastete Personengruppen (z. B. Schichtarbeiter, pflegende Angehörige) sollen von finanziell ausgeweiteten Präventionsleistungen profitieren können. Daher werden in Zukunft auch die Arbeitsagenturen sowie die kommunalen Träger der Grundsicherung stärker einbezogen. Im Setting „Betrieb“ sollen zudem die betriebliche Gesundheitsförderung und der Arbeitsschutz enger verzahnt werden. Ergänzend regelt das Gesetz die Qualitätssicherung (über den Spitzenverband der GKV) sowie Früherkennung, Impfwesen und Hebammenleistungen.

Krankenkassen üben Kritik an der Verteilung der Präventionsgelder

Kritik kommt im Wesentlichen von Seiten der gesetzlichen Krankenkassen, die das Gros an Geld liefern, aber einen Teil gleich wieder der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bei kassenübergreifenden Angeboten überlassen müssen, die über die Verteilung der Gelder wachen soll. Hinzu kommt, dass sich die privaten Krankenkassen lediglich auf freiwilliger Basis beteiligen müssen. Damit wird Geld von gesetzlich Versicherten über eine Bundeseinrichtung gesteuert, ohne dass die Selbstverwaltungsorgane der Kassen und damit die Versicherten über ihre Geschicke bestimmen können. Die BZgA war bislang über Gesundheitskampagnen zu Aids und als Medienersteller, weniger als Präventionsakteur vor Ort in Erscheinung getreten. Der regionale Bezug scheint damit ein Stück weit in den Hintergrund zu treten. Andererseits müssen sich die Krankenkassen an die eigene Nase fassen, da sie sich in der Vergangenheit mehr mit sich selbst beschäftigt und Präventionsgelder für ihre eigenen Marketingzwecke (Mitgliedergewinnung) genutzt haben.

Bedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung verbessert

Bemerkenswert für betriebliche Gesundheitsprojekte ist jedenfalls, dass sich die Krankenkassen in Zukunft abstimmen müssen, wenn es z. B. Gesundheitsberichte auf Basis von Arbeitsunfähigkeitsdaten zu erstellen gilt. Hierzu müssen die Krankenkassen eigens „gemeinsame regionale Koordinierungsstellen zur Beratung und Unterstützung“ einrichten. Hiervon könnten gerade KMU (im Rahmen entsprechender Kooperationsvereinbarungen mit Unternehmensvertretern bzw. -verbänden⁴) und kleinere Dienststellen profitieren. Auch wird die Stellung der Betriebsärzte gestärkt, die in Zukunft verbindlich einbezogen werden müssen und somit die Qualität, Zielgerichtetheit und Nachhaltigkeit von BGF-Projekten positiv beeinflussen können. Um einen zusätzlichen Anreiz zu schaffen, sollen Arbeitgeber, die BGF-Maßnahmen durchführen, mit Boni belohnt werden. Wie die Stärkung der Kooperation mit weiteren Sozialversicherungsträgern, insbesondere der Unfallversicherung (GUV), ausgestaltet werden soll, bleibt jedoch weiterhin unklar. So besteht aus Sicht der Arbeitskammer in der Praxis weiterhin eine unnötige, ineffiziente und rückwärts gerichtete Trennlinie zwischen GKV (Präventionsstrategie) und GUV (Arbeitsschutzstrategie).

Vielfältige Präventionslandschaft erhalten

Dem soll in Zukunft ein stärkerer Riegel vorgeschoben werden. Das Gesetz sieht auf der Basis einer bundesweiten Rahmenregelung länderspezifische

Präventionsregelungen vor, auf denen aufbauend Präventionsgelder und Aktivitäten in vordringliche Projekte der Primärprävention gesteckt werden sollen. Dies hat natürlich Einfluss auf die bisherigen Präventionsstrukturen auch im Saarland. Dort kommt erschwerend hinzu, dass ein langjähriger Gesundheitsförderungsakteur, die Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (LAGS), im letzten Jahr den Platz räumen musste. Die Krankenkassen als Hauptträger (und Projektfinanziers) der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung – neben dem Sozialministerium – möchten weiterhin nicht nur Zahler sein, sondern auch steuern. Das Landesinstitut für Präventives Handeln (LPH), das seinen Schwerpunkt in der (schulischen) Suchtprävention und Drogenerkennung hat und vorrangig als Multiplikator auftritt, wird diese Strukturen nicht eins zu eins ersetzen. Eine Annäherung respektive bessere Abstimmung beider Präventionsakteure ist angebracht. Land und Kassen sind gefordert, die vielfältige Präventionslandschaft, wie sie die LAGS viele Jahre mit geprägt hat, am Leben zu halten und die Präventionsvereinbarung entsprechend auszuformulieren.

E-Health-Gesetz

„Die digitale Agenda nimmt Gestalt an“, sagte Bundeskanzlerin Angela Merkel zur Eröffnung der diesjährigen CeBIT in Hannover.⁵ Nicht nur die Kanzlerin und ihr Wirtschaftsminister drücken in Sachen Digitalisierung wortreich aufs Tempo. Datenautobahn, -verkehr und -infrastruktur sollen zügig ausgebaut werden, da sie fürchten, dass Deutschland im internationalen Vergleich bei der digitalen Durchdringung der Märkte ansonsten zurückfällt. Der Gesundheitsbereich ist zwar ein besonderer Markt, aber von dieser Entwicklung nicht ausgenommen – im Gegenteil: „Mehr Tempo bei der Digitalisierung!“, fordert auch Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe in einem FAZ-Beitrag zur sogenannten E-Health-Initiative und zur Telemedizin.⁶

Blick in die Schweiz: Telemedizin auf dem Vormarsch

Und wirklich: Schaut man in die Schweiz, so ist hier das Thema Telemedizin ein Alltägliches. Die Schweiz hatte jedoch schon immer eine etwas andere Affinität zum Gesundheitssystem und eine wesentlich engere zum US-amerikanischen System. So wurden z. B. auch hier in den 1990er Jahren die Health Maintenance Organizations (HMO), die internationalen Vorläufer zu den deutschen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und früheren Polikliniken der ehemaligen DDR, in das Regelsystem eingeführt. Hier arbeiten bei Krankenkassen angestellte Ärzte, was zu einer Vermischung von Anbietern und Finanziers führt, mit einem entsprechendem Trend zur Risiko-selektion. Die Schweizer haben sich wegen der Tradition der Selbstbehalt-

Tarife und der ihnen eigenen Teilkaskomentalität in der Absicherung von Krankheitsrisiken wesentlich schneller in Richtung Telemedizin bewegen können. Der Schweizer „Teledoktor“ arbeitet praktisch als Arzt in einem privat gemanagten Call-Center. Er kann Diagnosen stellen oder Therapien verordnen. Dies ist in der Schweiz bereits Realität, während in Deutschland zwar beispielsweise bildgebende Verfahren und Austausch von Röntgenbildern möglich sind, eine Diagnose aber letztendlich in den Arztpraxen auch weiterhin „face to face“ gestellt wird. Auf Letzteres legte sich Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe trotz Telematik-Enthusiasmus kürzlich auch für die Zukunft fest.

Hierzu wurde eigens ein E-Health-Gesetz aus der Taufe gehoben. Es beinhaltet einen ehrgeizigen Fahrplan für die kommenden Jahre. So sollen Arztpraxen und Krankenhäuser bis 2018 flächendeckend an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen sein. Ob dies so einzuhalten ist, ist fraglich, da insbesondere die Industrie, die die IT-Infrastruktur und Verschlüsselungstechniken zur Verfügung stellen soll, bereits in der Vergangenheit immer wieder Probleme hatte. Darüber hinaus warf das in der Öffentlichkeit von Patientenvertretern und Datenschützern – berechtigterweise – hervorgehobene Schreckgespenst des „gläsernen Patienten“ das Vorzeigeprojekt immer wieder in der Zeitschiene zurück.

Was bedeutet überhaupt Telematik-Infrastruktur und was bringt sie?

Dass die Digitalisierung der Wirtschaft vom Grundsatz her effizientere und wettbewerbsfähige Strukturen, Prozesse und Produkte bringt, leuchtet ein. Bei einem besonderen Gut, wie es die Gesundheit darstellt, ist es jedoch legitim, die Frage zu stellen, was der Gesellschaft, der Medizin und den Patienten eine Digitalisierung *ihrer* Gesundheitsdaten bringt? Dies könnte einerseits durch geringere Beitragssätze, andererseits durch eine bessere Gesundheit zu rechtfertigen sein, Aufwand und Ertrag müssten in einem vernünftigen Verhältnis stehen. Beides lässt sich derzeit nicht mit Sicherheit abschätzen.

In die Entwicklung einer Telematik-Infrastruktur sind über die letzten 20 Jahre bereits erhebliche Mittel investiert worden. Insbesondere wurde an den Projekten des elektronischen Rezeptes und der Ausgestaltung der elektronischen Versicherten- bzw. Gesundheitskarte (E-Card) gearbeitet. Hierzu wurde damals eine eigene Gesellschaft gegründet, die gematik, ein Zusammenschluss aus Experten von Krankenkassen und Ärzteschaft. Zukünftig können (und sollen) viele Gesundheitsdaten – zusätzlich zu den derzeit dort abgelegten soziodemografischen Stammdaten – gespeichert werden, so z. B. Notfalldaten, Medikationen, Hinweise zu Allergien oder chronischen Erkrankungen, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden bzw. eine bessere

Steuerung und Versorgung des Patienten zu erreichen; das Ganze allerdings auf freiwilliger Basis. Voraussetzung, dass es im Regelbetrieb funktioniert, ist jedoch, dass eine kritische Nutzermasse, und zwar sowohl bei Patienten wie bei Leistungserbringern erreicht wird. Dies erscheint in Zeiten immer kurioserer Hiobsbotschaften zu Datenklau – auch in vermeintlich sicheren Systemen – weiterhin äußerst fraglich.

Versorgungsforschung und individualisierte Medizin

Die Versorgungsforschung weist seit vielen Jahren auf die großen Vorteile und Möglichkeiten einer deutlich besseren Nutzung der im Gesundheitswesen vorliegenden Daten(schätze) hin, mit der Intention, die Qualität der Versorgung der Krankenversicherten bzw. der Patienten deutlich zu verbessern. So haben z. B. klinische und epidemiologische Krebsregister als Blaupause medizinischer Big-Data-Anwendungen, insbesondere im Saarland eine gute Tradition, aber auch eine eigene Gesetzesgrundlage.⁷

Seit Mitte der 1990er Jahre haben Krankenkassen sogenannte Data Warehouses („big data“) nach dem Vorbild des privaten Finanz- und Versicherungswesens aufgebaut. In diesen sollten die Daten aus dem Datenaustausch mit Leistungserbringern (Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser, Heilmittelerbringer sowie beispielsweise AU-Daten) – auch in Kombination – auswertbar gemacht werden, um damit die Kassenprozesse besser steuern und regional und krankheitsbildspezifisch, also zielgruppenorientiert zugeschnittene Angebote machen zu können.⁸ Aber schon damals hatten Datenschützer Bedenken geäußert, da die Daten prinzipiell auf den einzelnen Versicherten heruntergebrochen werden können und theoretisch dementsprechend ein komplexes Dossier über die Krankheitsgeschichte und -prognose angelegt werden kann.

Mittlerweile ist dieses Herunterbrechen auch mit dem Begriff der personalisierten Medizin eher positiv belegt. Diese soll zielgerichtete Therapien und damit auch eine höhere Lebensqualität ermöglichen. So können z. B. bestimmte Varianten eines Krebses frühzeitig erkannt und darauf aufbauend gezielte Therapien oder auch schonendere und genauere Medikamentendosierungen in die Wege geleitet werden.

Gesundheitstransparenz versus -missbrauch

Mit der flächendeckenden Verbreitung des Internets und der Entwicklung leistungsfähiger Server und Suchmaschinen haben sich im letzten Jahrzehnt die digitalen Speicher- und Auswertungsmöglichkeiten endgültig

potenziert. Gesundheitsdaten werden nunmehr bereits offiziell auch von Krankenkassen im Rahmen der (Rundum-)Betreuung chronisch kranker Menschen (z. B. Diabetes Typ II)⁹ in Clouds abgespeichert, teilweise sogar in den USA. Kooperationspartner sind in der Regel private IT-Dienstleister mit leistungsfähigen Servern, aber auch private Gesundheitskonzerne, wie z. B. Abbott. In die Chroniker-Programme eingeschriebene Patienten berichten zwar von einer Steigerung der Lebensqualität, ein ungutes Gefühl wegen der Datensicherheit bleibt jedoch beim „neutralen Beobachter“ zurück.

Viele Kassen bieten bereits günstigere Gesundheitstarife für Versicherte an, die über Gesundheitsarmbänder ständig ihre Daten überprüfen (lassen) und ihre Gesundheitswerte über das Internet an Ärzte und Krankenkassen übermitteln.¹⁰ Einer Gesundheitsselektion wird hiermit Tür und Tor geöffnet, eine Weiterverwendung (Verkauf oder Missbrauch) der Daten für Werbezwecke oder Lebensversicherer inklusive. Und auch die großen IT-Firmen wie Google, Facebook, Microsoft, aber auch Telekom, rüsten sich für einen riesigen Markt und wollen insbesondere über die Verbindung der Gesundheitsprodukte und -werte in Echtzeit mit dem Internet (bzw. dem Smartphone) aus „big data“ „smart data“ machen. Auch diese sprachliche Verniedlichung macht die Sache leider nicht weniger anfällig für Missbrauch.¹¹

Dass Datenschutz für Patienten und Ärzte ein großes, aber auch zweischneidiges Thema ist, zeigt sich zum einen an der aktuellen Diskussion zum Datenschutz in Arztpraxen¹², andererseits auch im Zusammenhang mit einer möglichen Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht bei psychischen Erkrankungen, so dass es letztendlich auch zu einer medizinethischen Frage wird.¹³ Das betriebliche Eingliederungsmanagement wird damit jedenfalls in Zukunft an öffentlichem Interesse gewinnen, ebenso die arbeitsmedizinische Vorsorge. Ob der „Patientennutzen und Daten [damit tatsächlich zukünftig] im Mittelpunkt“ stehen werden, wie es die Pressemitteilung anlässlich der zweiten und dritten Lesung des E-Health-Gesetzes im Bundestag ankündigt und damit dem ausführlichen Gesetzestitel (Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendung im Gesundheitswesen [...]) auch Taten folgen lässt, bleibt zumindest zu hoffen. Das E-Health-Gesetz greift an dieser Stelle noch deutlich zu kurz, um die Gesundheitsthematik und -dynamik (beispielsweise Abrechenbarkeit von telemedizinischen Leistungen, Gesundheits-Apps, Datenschutz) hinreichend genug abzubilden und kann somit nur ein Anfang sein.¹⁴

Auswirkungen der Digitalisierung auf die Gesundheitsprofessionen

Die zuvor geschilderten Entwicklungen im Bereich Digitalisierung wirken sich auch auf den Pflegebereich und hier insbesondere auf die Pflegekräfte

aus. Stehen in einem Krankenhaus bzw. auch über die einzelnen Sektoren hinweg Daten in Echtzeit zur Verfügung, kann dies für Patienten, Ärzte und Pflegekräfte einerseits von Vorteil sein. So ist ein optimiertes Datenmanagement für die Entwicklung einer integrierten Versorgung, die Definition von leitliniengestützten Behandlungspfaden, die Betreuung durch ein Case-/Schnittstellen- bzw. Überleitungsmanagement (zwischen stationärem und ambulatem Sektor, aber auch in Richtung einer Einbeziehung des Reha- und Pflegebereichs)¹⁵ zentral. Auf der anderen Seite ist sie aber mit einer immensen Arbeitsintensivierung und Leistungsverdichtung verbunden.¹⁶

Die digitale Durchdringung von medizinischen Einrichtungen führt in der Folge nicht nur zum gläsernen Patienten, sondern auch zum gläsernen Pfleger und Arzt. Innerhalb einer Klinik stehen bereits alle Daten auf verschiedenen Stationen quasi zeitgleich zur Verfügung, zukünftig dann auch – je nachdem ob die Lesegeräte standardisiert eingerichtet sind (und funktionieren) – zwischen den einzelnen Leistungserbringern. Damit können auch Untersuchungsergebnisse über das Internet ausgetauscht werden, nicht nur über Mail oder Fax. Patienteninformationssysteme und Krankenhausinformationssysteme sind bereits standardisiert in Kliniken vorhanden und werden weiter ausgebaut. Damit werden die Beschäftigten im Gesundheitswesen überwachbar, Leistungskontrolle inklusive.

Tatsächlich läuft die immer weiter fortschreitende Digitalisierung, um höhere Qualität und Gesundheitsgewinn zu generieren, der Forderung des Ausbaus einer sprechenden Medizin und deren besserer Vergütung, des „Sich-Zeitnehmens“ und eines Ausbaus der psychotherapeutischen Angebote, diametral entgegen.

Pflegeberufsgesetz

Am 16. Januar 2016 hat das Bundeskabinett ein neues Pflegeberufsgesetz beschlossen. Am 18. März 2016 wurde es im Bundestag diskutiert, bevor es im Anschluss an den Bundesrat weitergereicht wurde. Bemerkenswert ist, dass es sowohl von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe als auch von Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig vorgestellt worden ist. Intention der Regierungskoalition ist es, die Attraktivität der Pflege bzw. des Pflegeberufes zu erhöhen. Zentral ist dabei eine gemeinsame – sogenannte generalisierte – Ausbildung. Aus zuvor drei eigenständigen Ausbildungsberufen der Krankenpflege, Altenpflege und Kinderkrankenpflege wird nun der Ausbildungsberuf der Pflegefachfrau bzw. des Pflegefachmannes, der alle drei bisherigen Berufsbilder vereinen soll. Es soll demnach wie bisher eine dreijährige, allerdings zunächst zwei Jahre gemeinsame Ausbildung geben, im dritten Jahr eine Spezialisierung. Die Bundesregierung

hofft damit auf eine stärkere Vernetzung, Flexibilität und Mobilität bzw. Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Berufsbildern der Kranken- und Altenpflege bzw. den Sektoren Krankenhaus und Pflegeheim zu erreichen. Gleichzeitig entspricht dies einer Reaktion auf fachliche Entwicklungen. So tauchen durch den demografischen Wandel in der Gesellschaft auf der einen Seite im Krankenhaus immer mehr ältere Patienten mit entsprechenden gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern auf, während umgekehrt in Pflegeheimen mehr medizinisches Fachwissen und Eingreifen gefordert ist. Gleichzeitig soll den Pflegefachkräften eine bessere, „breitere“ Position am Arbeitsmarkt verschafft werden.

Breite Kritik an einer generalisierten Pflegeausbildung

Das von Bundesgesundheits- und Familienministerium entwickelte Gesetz stößt jedoch auf breite Kritik. Neben den Oppositionsparteien, der Gewerkschaft ver.di oder Patientenorganisationen¹⁷ sind es vor allem die Pflegeverbände der Kinder- und Altenpflege selbst, die mit der Zusammenlegung nicht einverstanden sind. Sie fürchten eine „Schmalspurausbildung“ und in der Folge eine (weitere) Verschlechterung der Qualität in der Versorgung. Zwei Jahre gemeinsame Ausbildung würden zu einer Reduzierung der notwendigen Kenntnisse führen, „unfertige“ Krankenpflegekräfte gerade im Krankenhausbereich wären die Folge. Die Zeitanteile für die spezialisierten Berufsbilder scheinen den Kritikern insgesamt zu knapp bemessen.

Auch der DGB spricht sich gegen eine Vereinheitlichung der Pflegeausbildung aus.¹⁸ Insbesondere seien „die komplexen Anforderungen der einzelnen Pflegeeinrichtungen“ bei gleicher Ausbildungsdauer nicht hinreichend genug abgebildet. Er sieht damit sogar die „Berufsfähigkeit“ in Gefahr. Er plädiert stattdessen für eine „integrierte Berufsausbildung“, die „lediglich“ ein bis zwei „gemeinsame“ Jahre vorsieht, und im Anschluss eine Spezialisierung noch während der Erstausbildungsphase beinhaltet. Damit gäbe es auch weiterhin drei eigenständige Abschlüsse. Dies würde für eine höhere berufliche Identität sorgen.

Die Arbeitskammer hat am 19. April 2016 gemeinsam mit dem Sozialministerium in einer Veranstaltung die vorgesehenen Änderungen und mögliche Auswirkungen der Ausbildungsreform diskutiert. Dabei wurde insbesondere die Integration der Kinderkrankenpflege in die Generalausbildung als fachlich wenig verständlich kritisiert. Auch der Landesausschuss für Soziales hatte sich bereits im letzten Jahr angesichts des bestehenden Fachkräftemangels eher skeptisch geäußert. Auch die höhere Durchlässigkeit in Richtung einer akademischen Pflegekarriere wird eher als ein Nebenschauplatz angesehen. Gesundheitsstaatssekretär Stephan Kolling hat das neue Pfl-

geberufsgesetz jedoch mit Hinweis auf die demografischen Erfordernisse unlängst in einer Presserklärung als wichtig und richtig bewertet.

Lohnrückstände beseitigen, Arbeitsbedingungen verbessern!

Ein grundlegendes Problem der geringen Attraktivität des Pflegeberufs ist und bleibt jedoch weiterhin der Lohnrückstand gegenüber anderen Berufen. Insbesondere die Altenpflege hinkt hier deutlich hinterher.¹⁹ Die Furcht der Pflegekräfte, dass eine gemeinsame Ausbildung in der Pflege eher zu Lohnrückerei als zu Lohnzuwächsen führt, ist berechtigt. Das Pflegestärkungsgesetz (siehe unten) soll zwar die Pflegerelation verbessern, nicht jedoch den Verdienst der einzelnen Pflegekraft anheben. Der Mangel an qualifizierten Fachkräften in der Pflege wird sich allein durch diese Maßnahme nicht verbessern. Auch die Hoffnung, die Teile der Politik auf die berufliche Integration von Flüchtlingen setzen, scheint zumindest verfrüht. Andererseits ist die Hoffnung der Pflegeverbände, eine Aufwertung und Annäherung der Pflege an akademische Gesundheitsberufe, wie Ärzte, durch eine hochschulische Ausbildung zu erreichen, wie sie im europäischen Ausland Standard ist, auch unter Arbeitsmarktaspekten unrealistisch.

Pflegestärkungsgesetz II

Nachdem im Jahr 2015 das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) die Leistungen für Pflegebedürftige, finanziert über eine Anhebung der Pflegebeiträge in zwei Stufen um insgesamt 0,5 Prozentpunkte und die Einrichtung eines Pflegevorsorgefonds, um den demografisch erwartbaren Anstieg von Pflegebedürftigen abzufedern, insbesondere auch für Demenzerkrankte heraufgesetzt hat, soll in diesem Jahr über das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) das Kernstück der Pflege kommen: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bringt eine neue Einteilung der Pflegebedürftigkeit. Die drei bisherigen Pflegestufen (zusätzlich einer Stufe 0 für Demenz, die mit dem PSG I bereits eine finanzielle Aufwertung erfahren hatte) sollen durch fünf Pflegegrade abgelöst werden. Kernstück deshalb, weil das erste Mal Demenzerkrankte auch ohne körperliche Beeinträchtigungen einen „richtigen“ Anspruch auf Pflege erhalten. Die Begutachtung wird auf gleiche Füße gestellt. Die Neuregelung soll ab 2017 gelten.

Eigenanteile zur Pflege werden eingefroren

Bereits in diesem Jahr soll die Personalbemessung deutlich verbessert werden. Bis 2020 soll sich dann ein Gremium beim Gemeinsamen Bundesaus-

schuss darum kümmern, eine wissenschaftlich abgesicherte Personalbemessung auf den Weg zu bringen. Auch die Qualitätssicherung soll vorangetrieben werden. So soll der Pflege-TÜV, der in der Vergangenheit nicht mehr als eine Feigenblattfunktion innehatte, aussagekräftiger werden. Wichtig für die Betroffenen ist eine Regelung, die vielen (insbesondere nichtbetroffene Politiker) gar nicht recht bekannt schien. So stiegen bislang zwar mit der Erhöhung der Pflegegrade auch die Leistungen, gleichzeitig stieg aber auch der Eigenanteil der Betroffenen, so dass es zu absurden Situationen kommen konnte: Entgegen einem medizinisch notwendigen Aufstieg wollen die Betroffenen eher in der alten, niedrigeren Pflegestufe verbleiben, um sich finanziell nicht zu überfordern. Dieser ungerechte Automatismus wird nun abgelöst, der Eigenanteil wird über die einzelnen Schweregrade hinweg eingefroren. Weiterhin als positiv zu bewerten ist, dass sich die Personalbemessung künftig u. a. nach dem Anteil der neuen Pflegegrade zu orientieren hat. Jedoch mangelt es an konkreten Vorgaben für die Einrichtungen.²⁰

Rechte pflegender Angehöriger werden verbessert

Zudem wurde die Situation für pflegende Angehörige durch das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf verbessert, das ebenfalls 2015 in Kraft trat. Beschäftigte erhalten seitdem als Entgeltersatzleistung für maximal 10 Tage ein Pflegeunterstützungsgeld, um kurzfristig notwendige Pflegelösungen organisieren zu können. Zudem besteht ein Anspruch auf eine bis zu sechsmonatige Pflegezeit. Hinzu kommt der Rechtsanspruch auf eine sogenannte Familienpflegezeit. Diese erlaubt es im Pflegefall, die Arbeitszeit 24 Monate lang auf bis zu 15 Stunden pro Woche zu reduzieren. Die soziale – auch rentenrechtliche – Sicherung von Pflegepersonen wird sich mit dem PSG II in Abhängigkeit des zukünftigen Pflegegrades ebenfalls verbessern.²¹ Nicht nur der Sozialverband VdK Saarland kritisiert jedoch, dass dies noch nicht ausreichend ist. So sei eine Gleichstellung von Personen mit Pflege- und Kinderbetreuungsverpflichtungen noch nicht erreicht. Und die Möglichkeit, eine Pflegezeit samt zinslosem Überbrückungskredit in Anspruch zu nehmen, wird allem Anschein nach kaum genutzt.²²

- ¹ Siehe auch den Beitrag zum Stand der betrieblichen Gesundheitspolitik im Saarland
- ² V. Nürnberg und C. Albers: Chancen und Risiken des Präventionsgesetzes 2016 – Teil 1. In: Betriebliche Prävention 12/2015, S. 560-564.
- ³ Präventionsgesetz: Nationale Präventionskonferenz konstituiert. In: Gute Arbeit. 12/2015, S. 10.
- ⁴ V. Nürnberg und C. Albers: Chancen und Risiken des Präventionsgesetzes 2016 – Teil 2. In: Betriebliche Prävention 1/2016, S. 26-29.
- ⁵ Online-Informationsdienst der Bundesregierung zur CeBIT am 16. März 2016.
- ⁶ H. Gröhe: E-Health-Initiative und Telemedizin: Mehr Tempo bei der Digitalisierung! Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 13. Januar 2015, nachzulesen unter www.bmg.bund.de
- ⁷ Siehe auch AK-Stellungnahme zum saarländischen Krebsregistergesetz, nachzulesen unter www.arbeitskammer.de.
- ⁸ T. Feige und R. Thimmel: Transparenz sowie Leistungs- und Vertragscontrolling in der GKV. Die Krankenversicherung 7/2000, S. 216-222.
- ⁹ DAK-Gesundheit verbessert Versorgung für schwerkranke Diabetiker. Pressemitteilung vom 10. Februar 2015.
- ¹⁰ Neues digitales Prämienprogramm der AOK Nordost „FitMit AOK“: Gesunde Lebensführung zahlt sich aus. Meldung der AOK Nordost vom 15. Januar 2016 unter aok.de/nordost.
- ¹¹ Siehe hierzu auch das Statement von Bundesjustizminister Maas, veröffentlicht in der Saarbrücker Zeitung vom 10. Februar 2016 anlässlich des „Safer Internet Day“.
- ¹² Siehe u. a. auch SR-Interview mit dem saarländischen Chef der kassenärztlichen Vereinigung Hauptmann, SR-Videotext-Meldung vom 15. März 2016.
- ¹³ Interessanterweise sieht selbst der Anwalt der Angehörigen der german wings Katastrophe im Interview mit dem Morgenmagazin von ARD und ZDF vom 17. März 2016 eine mögliche Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht kritisch.
- ¹⁴ Siehe auch Einschätzung der Spiegelredakteure M. Rosenbach, C. Schmergal und H. Schmundt. In: Der gläserne Patient. Der Spiegel 50/2015, S. 10-18.
- ¹⁵ Z. B. telemedizinische Anwendungen, um Pflegebedürftige adäquat versorgen und gleichzeitig vor stressbelastenden Arztbesuchen entlasten zu können.
- ¹⁶ H. Weisbrod-Frey: Digitalisierung im Gesundheitswesen. In: Ver.di-Bereich Innovation und Gute Arbeit (Hrsg.): Gute Arbeit und Digitalisierung. Prozessanalysen und Gestaltungsperspektiven für eine humane digitale Arbeitswelt. S. 126-135.
- ¹⁷ Siehe u. a. Meldung unter tagesschau.de: Die Zukunft der Pfleger vom 10. März 2016.
- ¹⁸ DGB (Hrsg.): Pflegepolitik. DGB gegen Vereinheitlichung der Pflegeausbildung. Sozialpolitik aktuell 1/2016, S. 3-5.
- ¹⁹ DGB (Hrsg.): Pflegeberufe aufwerten. Einblick 3/2015, S. 5.
- ²⁰ M. Frank: Endlich – der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff kommt. Soziale Sicherheit 10/2015, S. 354-357.
- ²¹ H. Nakielski: Die große Pflegereform kommt. Soziale Sicherheit 10/2015, S. 349-353.
- ²² Siehe u. a. Meldung von Deutschlandradio Kultur vom 28. August 2015: Pflege: Zinslose Kredite werden kaum genutzt.