

Resilienz als zentrale Aufgabe für das Gesundheitswesen: Wege zur Bewältigung künftiger Krisen

Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer
Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Sachverständigenrat zur Begutachtung
der Entwicklung im Gesundheitswesen

Resilienz im Gesundheitswesen

Wege zur Bewältigung
künftiger Krisen

Gutachten 2023

- **2015:** Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten (279 Seiten)
- **2018:** Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung (784 Seiten)
- **2021:** Digitalisierung für Gesundheit - Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems (395 Seiten)
- **2023:** Resilienz im Gesundheitswesen - Wege zur Bewältigung künftiger Krisen (639 Seiten)

Teil I: Resilienz als Leitkonzept

- Kapitel 1: Definition und Konzeptualisierung der Resilienz des Gesundheitssystems
- Kapitel 2: Herausforderungen an die Resilienz des Gesundheitssystems
- Kapitel 3: Resilienzstrategie

Teil II: Krisenvorbereitung

- Kapitel 4: Staatliche Rahmenbedingungen und Kooperationen
- Kapitel 5: Öffentlicher Gesundheitsdienst
- Kapitel 6: Akutversorgung
- Kapitel 7: Langzeitpflege
- Kapitel 8: Lieferketten, Produktion und Innovation

Teil III: Krisenbewältigung

- Kapitel 9: Entscheidungswege und Management in der Krise
- Kapitel 10: Wissenschaftsbasierte Politikberatung und Maßnahmenevaluation
- Kapitel 11: Kommunikation in (Gesundheits-)Krisen
- Kapitel 12: Klimawandel und Pandemie: Resilienz stärkende Konzepte

Resilienz = „Widerstandsfähigkeit“

resilire = zurückspringen, abprallen

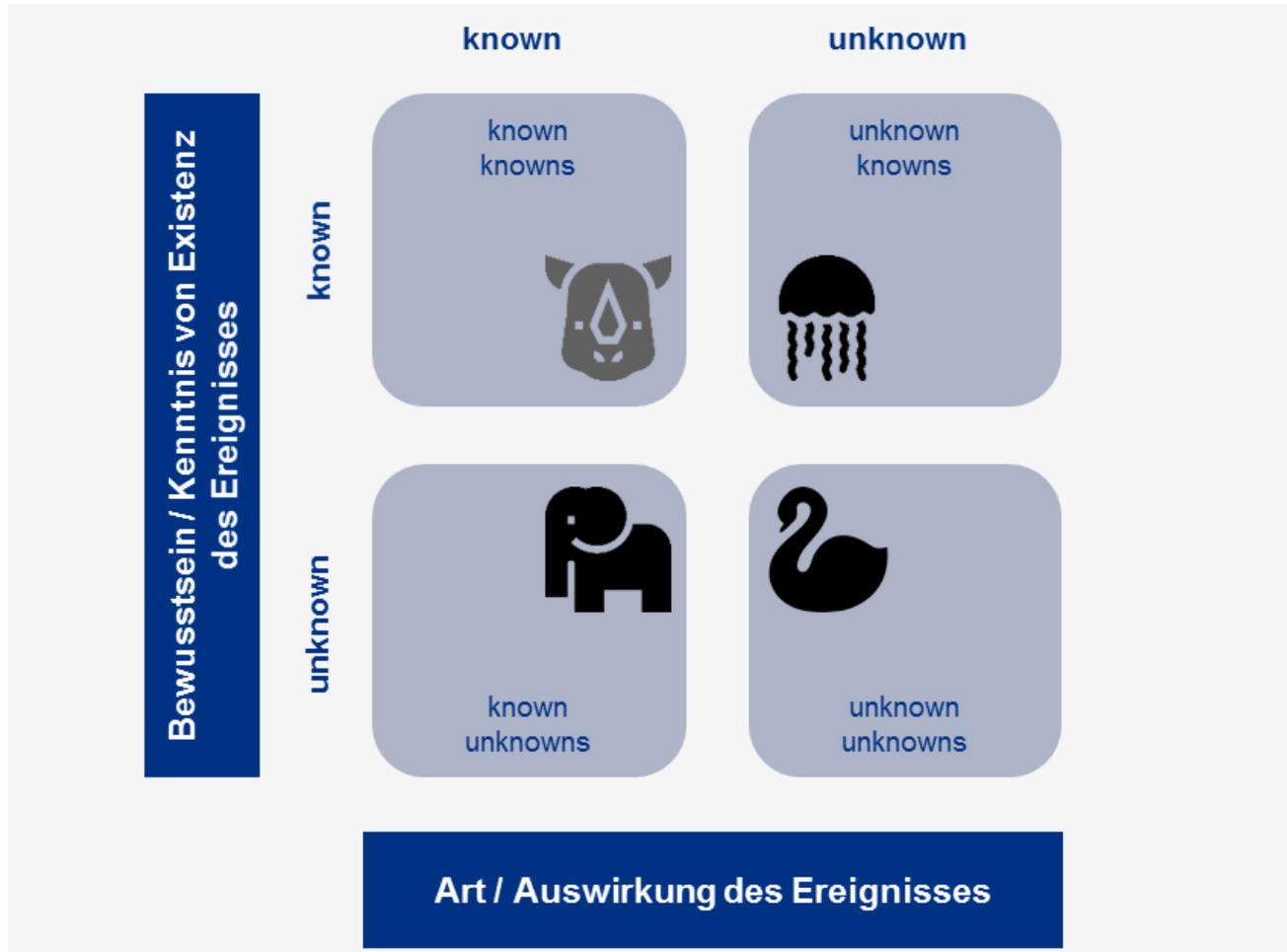
- **In der Werkstoffphysik:** Fähigkeit von Material, nach Verformung in Ausgangszustand zurückzukehren
- **In Psychologie und Medizin:** Widerstandsfähigkeit im Umgang mit Stress, Trauma oder Krankheit

Resilienz des Gesundheitssystems

- Kontinuierlicher **Prozess**, in dem Angehörige von **Heilberufen, Entscheidungsträger** oder **Organisationen** die **Funktionsweise** eines komplexen, adaptiven Gesundheitssystems vor, während oder nach dem Eintreten **negativer Ereignisse** anpassen.

Gesundheitspolitische Aufgabe

- > Gesundheitssystem **resilienter** machen gegenüber *bekannten und unbekannten* krisenhaften Herausforderungen
- > **Vorbeugung** gegen und **Vorbereitung** auf vorhersehbare und unvorhersehbare Krisen
- > **Verhinderung** oder **Verringerung** negativer Auswirkungen auf Leben und Gesundheit

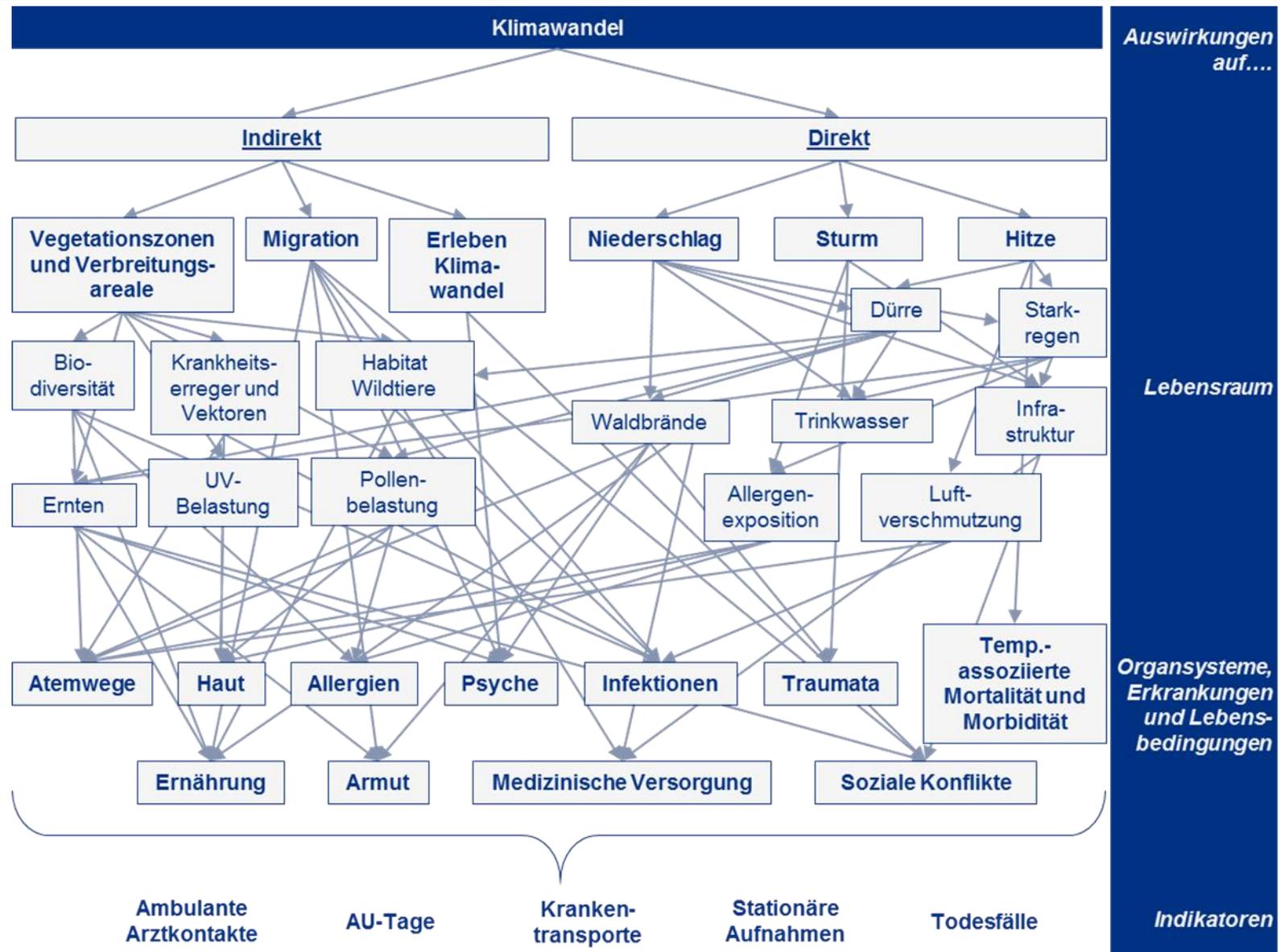


All-Gefahren-Ansatz (*All hazards approach*)

- Fokus auf **Präventions- und Reaktionsmaßnahmen**, nicht einzelne Risiken
- Erleichtert flexible Reaktion auf **verschiedene Gefahren**
- Reduziert Risiko begrenzter **Handlungsfähigkeit**, durch falsche Einschätzungen oder nicht antizipierte Ereignisse
- Ermöglicht **breiten Schutz** gegenüber externen Schocks

Planetary Health

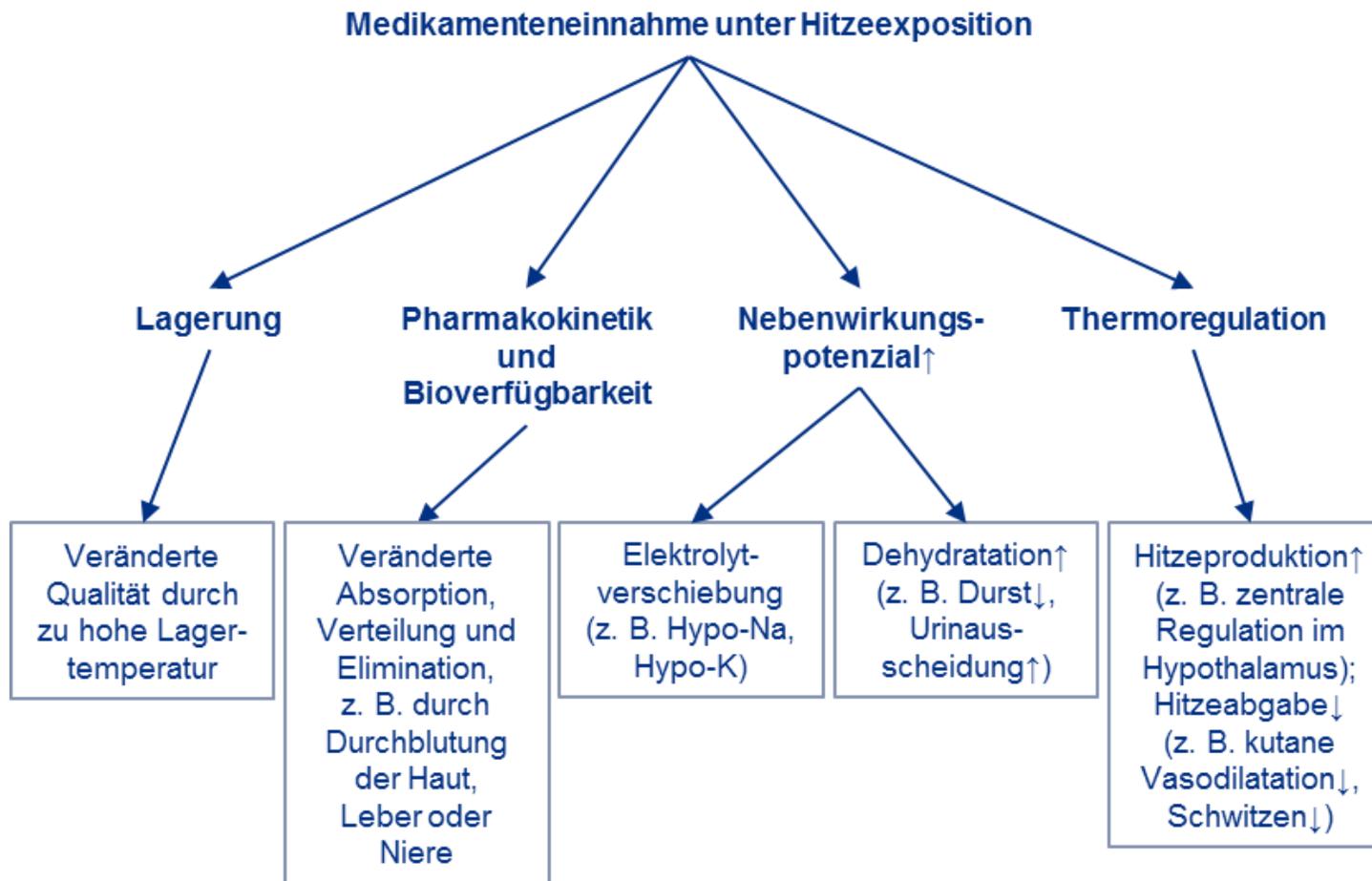
- Konzept zur **Gesundheitsförderung**, das auf dem Verständnis dieser elementaren Bedrohung basiert
- Beachtet **politische, ökonomische** und **soziale** Aspekte **weltweiter** Bevölkerungen **und** Zustand unseres **Planeten**
- Menschliche **Gesundheit** und **Existenz**
 - sind unabdingbar mit unserem natürlichen Lebensraum verknüpft
 - muss global und transdisziplinär gedacht und umgesetzt werden
- **Aufgaben politischer Akteure**
 - Verlangsamung oder Stopp des Klimawandels (z.B. durch eine hinreichende Begrenzung des Verbrauchs von Ressourcen)
 - Minderung sozialer Ungleichheiten, Stärkung der Resilienz gegenüber akuten, disruptiven Ereignissen und die Förderung transdisziplinärer Forschung



- Wachstum von **Krankheitserregern** abhängig von Umgebungstemperatur
- Vorkommen von **Vektoren** (z.B. Zecken) in Abhängigkeit von Außentemperatur und Vegetation
- Vermehrter **Kontakt** zwischen Mensch und Tier
- Veränderung des alltäglichen menschlichen **Verhaltens** (Aufenthalt im Freien, Klimaanlage)

Mögliche Folgen, u.a.:

- Veränderung des **Krankheitsspektrums** (neue Erkrankungen)
- **Krankenhausinfektionen**: z.B. postoperative Wundinfektionen in Abhängigkeit von Außentemperatur
- **Wasserbürtige Erkrankungen** z.B. mikrobielle Verunreinigungen nach Starkregen, Temperaturerhöhung im Verteilungsnetz, Erhöhung der Wassertemperatur von Freigewässern



- Monitoring- und Surveillance-Systeme, vor Auftreten einer Krise (Pandemie, exogener Schock) entwickeln, etablieren, kontinuierlich nutzen und evaluieren
- Besonders vulnerable Personengruppe erfassen und ansprechen
- Ehrenamtliche bzw. bürgerschaftliche Strukturen (z.B. organisierte Nachbarschaftsnetzwerke, Hilfe-App)
- Forschungsförderung & repräsentative Bevölkerungskohorte, z. B. innerhalb der Nationalen Kohorte
- Thema Hitzefolgen und Hitzeschutz in verschiedene gesundheitliche, gesellschaftliche und politische Bereiche verstärkt einbeziehen
- Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung
- Klimawandel und Gesundheit bzw. Gesundheitsversorgung in die Curricula der Heilberufe
- Planetary Health → Leitlinien, v. a. bei Nationalen Versorgungsleitlinien
- Bundesrahmengesetzgebung → Verbindlichkeit zur Durchführung von Hitzeschutzmaßnahmen (akute und mittelfristige)

- Forschungsförderung
- Infektiologie als Fach stärken, z.B. als eigener Schwerpunkt im Bereich der Inneren Medizin
- Nationale und internationale Studienzentren für Pandemie-assoziierte Forschung
- Einheitliche, digitale Todesbescheinigung (für bessere Antworten auf epidemiologische Fragestellungen)
- Pandemiepläne möglichst erregerunspezifisch gestalten
- Regelmäßige Überarbeitung und regelmäßiges Training von Pandemieplänen

Ressourcenausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes

- **Verbesserung der personellen Ausstattung**
 - Stärkung der Ausbildung für den ÖGD
 - Erhöhung der Attraktivität (z.B. durch neue Karriereöglichkeiten)
 - Multiprofessionellere Zusammensetzung (derzeit überwiegend Verwaltungspersonal, Ärzte, Sozialpädagogen, (zahn)medizinische Fachangestellte u.Ä.; kaum Sozialwissenschaftler, Juristen usw.)
- **Verbesserung der materiellen Ausstattung**
 - Ausbau der digitalen Infrastruktur
 - Gewährleistung der Interoperabilität von Anwendungen
- **Verbesserung der Möglichkeiten zur Skalierung im Krisenfall**
 - Etablierung von Freiwilligenpools o.Ä.

Zentrale Empfehlungen

- Beibehaltung der **dezentralen Struktur**, zugleich Stärkung der Vergleichbarkeit und Transparenz durch **zentrale Standards**
- Etablierung des geplanten **Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit** mit Aufgaben der Datenerhebung und -verarbeitung, Kommunikation und Qualitätssicherung
- Stärkere **Differenzierung** des Aufgabenspektrums der Gesundheitsämter auf kommunaler Ebene
- Quantitative und qualitative Verbesserung der personellen und materiellen **Ressourcenausstattung**

Zur stärkeren wissenschaftliche Fundierung ...

- ... eigene wissenschaftliche **Fachgesellschaft**,
- ... systematische Verankerung der **ÖGD-Forschung** in Hochschulen,
- ... ausreichende Einbeziehung der **Public-Health-Expertise** in die Praxis *und*
- ... handlungsorientierte, evidenzbasierte **Leitlinien**.

Es gilt, ...

- ... systematische **Kooperationen** zwischen Wissenschaft und Praxis zu etablieren.
- ... das Potenzial der dezentralen Struktur für wissenschaftlichen **Erkenntnisgewinn** zu nutzen.

Derzeitige Defizite der Akutversorgung

- **Unzureichende Konzentration und Spezialisierung**
 - > Redundante Strukturen reduzieren die Versorgungsqualität.
- **Keine bedarfsgerechte Kapazitätsplanung**
 - > Das Potenzial sektorenübergreifender Planung wird nicht ausgeschöpft.
- **Ungünstige duale Finanzierung**
 - > Ungünstige Anreizwirkungen und Innovationsstaus treten auf.
- **Unzureichende Ressourcenallokation**
 - > In einigen Gesundheits- und Pflegeberufen bestehen Engpasslagen.

Spezialisierung und Konzentration der Versorgung, u.a. mithilfe integrierter regionaler Gesundheitszentren:

- **Regional individuelle Lösungsmöglichkeiten** im Rahmen einer neuen Form der Daseinsvorsorge
- **Modularer Aufbau** mit unterschiedlichen Elementen
- **Weiterentwicklung der LGZ** („Lokale Gesundheitszentren für Primär- und Langzeitversorgung im ländlichen Raum“, SVR 2014)
- **Voraussetzung:** Weiterentwicklung der **sektorenübergreifenden Finanzierungs- bzw. Vergütungsmöglichkeiten**

Vernetzte ambulante primär-/hausärztliche Versorgung

- Stärkung von **Gesundheitsförderung und Prävention**
- Stärkung des **Hausarztprinzips**
 - Incentivierung der Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung
 - Erhaltung der Wahlfreiheit der Versicherten
 - Implementierung umfassender Unterstützungs- und Qualitätsförderungssysteme für die hausärztliche Versorgung
- **Kooperation und systematische Koordination** zwischen der praxisärztlichen und der stationären Versorgung
- **Bessere Krisenvorbereitung**, auch in der ambulanten Versorgung

Reform der Notfallversorgung

- Vernetzung und Zusammenarbeit des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes, des Rettungsdienstes und der Notaufnahmen der Krankenhäuser
- Einrichtung gemeinsamer Leitstellen und integrierter Notfallzentren

Sektorenübergreifende Bedarfsplanung

- Leistungs- und qualitätsorientierte Planung in Orientierung an Prognosen über Bevölkerungsstruktur und -morbidity und dem damit verbundenen zu erwartenden medizinischen Leistungsbedarf
- Monitoring der Zielerreichungsgrade und kürzere Planungsintervalle

Regionale Gremien und Krisenstäbe

- Planungs- und Sicherstellungsverantwortung auf regionaler Ebene
- Flexible Kapazitätsanpassung in Krisensituationen

Die Finanzierung der Krankenhausversorgung sollte sein:

- **Monistisch:** Finanzierung sowohl der Betriebs- als auch der Investitionskosten durch die Krankenkassen
- **Sektorengleich:** Incentivierung der Ambulantisierung durch Einführung eines sektorenübergreifenden Vergütungssystems mit diagnosebezogenen Gebührenpositionen
- **Differenziert:**
 - Pauschale Finanzierung von Vorhaltekosten
 - Differenzierung nach Versorgungsstufen und Regionen
 - Reduzierung des DRG-Fallpauschalenkatalogs
 - Qualitätsorientierte Vergütung

Status Quo in Deutschland

- **Hohe Ärztedichte** (4,39 Ärzte je 1 000 Einwohner) im internationalen Vergleich
- Jedoch Ärztedichte in Krankenhäusern **im Verhältnis zu den Belegungstagen relativ gering**
 - Hohe Fallzahlen
 - Hohe Bettendichte
- **Keine exakte Bestimmung** der Zahl der in deutschen Krankenhäusern tätigen Pflegenden möglich
- Jedoch erhebliche **Engpasslagen** in einigen Gesundheits- und Pflegeberufen erkennbar

Humanressourcenschonende Gesundheitsversorgung

- Entlastung des Personals durch Verbesserung der Versorgungsstrukturen
- Insbesondere durch Reform der Notfallversorgung; sektorenübergreifende bedarfs-, leistungs- und qualitätsorientierte Bedarfsplanung; Einführung einer pauschalen, sektorengleichen Vergütung für bestimmte Leistungen

Erhöhung der Attraktivität der Arbeitsplätze

- Verbesserung der Arbeitsbedingungen, u.a. durch Verbesserung des Gesundheitsmanagements, altersgerechte Arbeitsplätze, Altersteilzeitmodelle, Ausbau Kinderbetreuung, Reduktion Dokumentationslast, selbstbestimmtere Arbeitsorganisation
- Akademisierung der Pflege, Integration hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen und Erweiterung von Kompetenzprofilen, Neustrukturierung der Arbeitsteilung
- Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen für weitere pflegesensitive Bereiche und größere Einheiten
- Optimierung in den Bereichen:
 - Leiharbeit in der Pflege (Ziel: Friktionen im Team und Ungleichheit vermeiden)
 - Pflegemigration (Ziel: einfachere formale Anerkennung und informelle Anerkennung der beruflichen Kompetenzen)

Erschließung des Arbeitskraftpotenzials

- Schaffung einer zentralen Datenbank des pflegerischen und medizinischen Personals sowie ehemals im Gesundheitssektor Beschäftigter und einer „Gesundheitspersonalreserve“
- Abbau bürokratischer Hürden bei der Einstellung ausländischer Pflegefachpersonen

Digitalisierung

- Reduzierung des pflegerischen Arbeitsaufwandes und der Dokumentationspflichten durch Investitionen in digitale Technologien
- Zugleich Potenzial zur Verbesserung der Versorgungsqualität
- Evaluierung der Wirksamkeit und Sicherheit von z.B. Robotik in klinischen Studien

Die SARS-CoV-2-Pandemie und die Pflege im häuslichen Umfeld

■ Disruption und Folgen:

- Unregelmäßigkeiten bei der Inanspruchnahme wichtiger Pflegeleistungen
- Gefahr einer sozialen Isolation und Deprivation der pflegebedürftigen Menschen durch Abnahme sozialer Kontakte, zugleich z.T. Überforderung der pflegenden Angehörigen
- Organisatorische Herausforderungen für ambulante Pflegedienste aufgrund von kurzfristig geltenden Auflagen und Maßnahmen der Infektionsprävention und von Personalausfällen

■ Lehren:

- Hoher Bewältigungsoptimismus vorhanden
- Förderung sozialer Teilhabe und Flexibilisierung der pflegerischen Versorgung erforderlich
- Strategien und Maßnahmen zur Stärkung von personellen Ressourcen erforderlich
- Bestrebungen zum Abbau von Bürokratie und zur Förderung von Digitalisierung erforderlich

Entwicklung personeller Ressourcen und Status Quo

- Sowohl die **Anzahl von Beschäftigten in der Pflege** als auch der **Pflegebedürftigen** ist in den letzten Jahren gestiegen.
- Auch für die **Anzahl der Auszubildenden** ist ein Anstieg zu verzeichnen.
- Die Höhe des Anstiegs variiert **nach Setting und zwischen Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigten**.
- Der Anteil der Pflegenden, die im Rahmen einer **Arbeitnehmerüberlassung** in der Langzeitpflege tätig sind, steigt.
- Die **Anzahl der Arbeitslosen** übersteigt die Anzahl der gemeldeten freien Stellen; die erforderliche **Qualifizierung** ist oft nicht gegeben.

- **Stärkung der Ressourcen beruflich Pflegender**
 - Stärkung von Kompetenzen und Anerkennung der Fachlichkeit
 - Etablierung definierter heilkundlicher Kompetenzerweiterung & spezifischer Versorgungskonzepte
 - Mehr Vollzeitbeschäftigung ermöglichen und unbefristete Arbeitsverhältnisse als Regelfall
- **Klärung arbeits- und sozialrechtlicher Aspekte der (Pendel-)Migration und Live-in-Pflege**
- **Stärkung der Ressourcen pflegender Angehöriger**
 - Ausweitung mittel- und langfristiger finanzieller Unterstützungsmöglichkeiten
 - Flexible Regulierung von Arbeitszeit und Arbeitsort zur Stärkung der Vereinbarkeit
- **Ausschöpfung des Potenzials ehrenamtlicher Unterstützung**
- **Anreize auflösen, von der schlechten Qualität der Leistungen im schnell wachsenden Langzeitpflegesektor zu profitieren**

Digitalisierung in der Langzeitpflege

- **Anwendungsmöglichkeiten:**
 - elektronische Dokumentationssysteme
 - technische Assistenzsysteme
 - Telecare
 - teil- und vollautonome Systeme (Robotik)
 - Technologien zur Kommunikation und zum Lernen
- Es besteht **Potenzial** zur Verbesserung der Versorgung, Entlastung der Pflegenden und besserer Vernetzung zwischen Akteuren der Gesundheitsversorgung.
- Es bleiben bislang **unbeantwortete Fragen** nach der Wirksamkeit, Sicherheit, Akzeptanz und Haftung sowie ethische Erwägungen.

Weiterentwicklung von Wohn- und Versorgungskonzepten

- **Sozialraumorientierung als Leitmotiv**
- **Qualitätsanforderungen**
 - Versorgungskontinuität
 - Nutzerorientierung
 - Selbstbestimmung/Selbstverantwortung
 - Koordination
 - Transparenz
- **Mögliche Wohnformen:** Barrierefreies & angepasstes Wohnen, Betreutes/Service Wohnen, Wohngemeinschaften, Stationäre Vollversorgung

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!