

Pflegeökonomik

Begründung, Determinanten, Eigenheiten

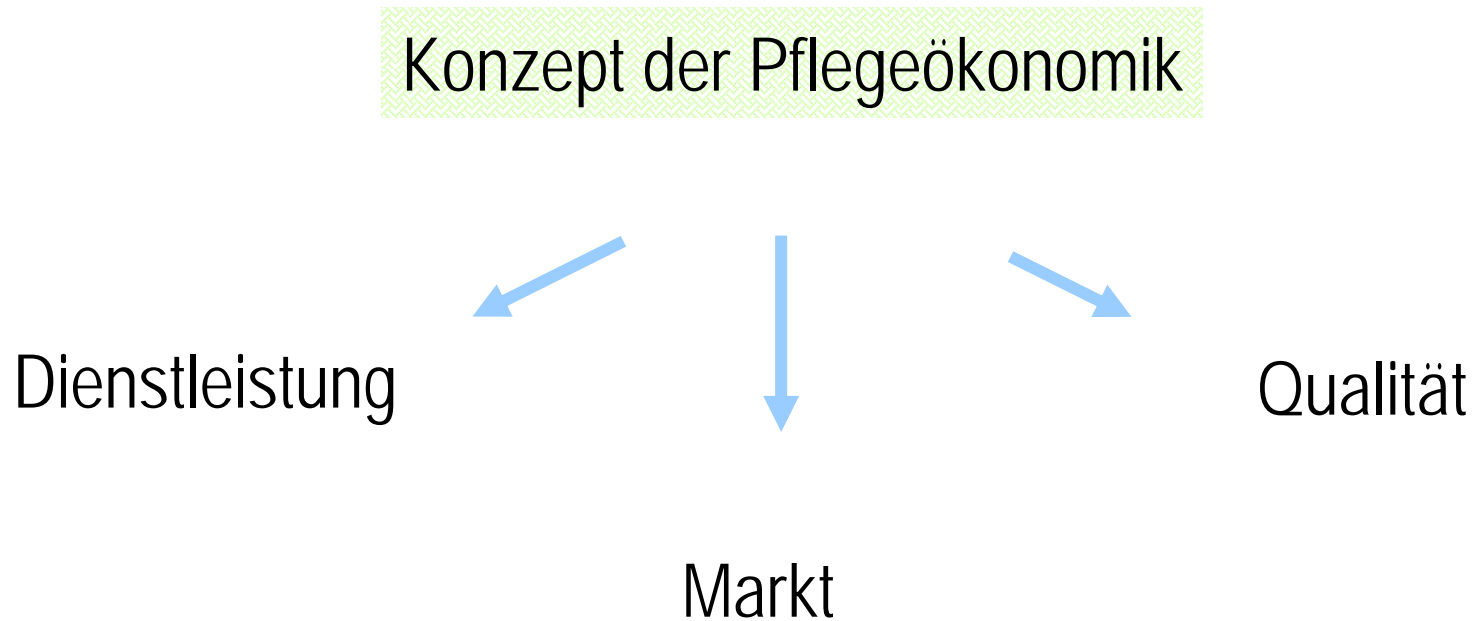


Internationaler Pflegekongress 06
Wien, 24. Oktober 2006

Prof. Dr. Heinz J. Janßen, Public Health
Institut für Gesundheits- und Pflegeökonomie
IGP Bremen

Pflegeökonomik

Übersicht



Pflegeökonomik

Übersicht

1. Begründung
2. Pflegemarkt
3. Dienstleistung Pflege
4. Ökonomische Dimension der Qualität
5. Entwicklung

Pflegeökonomik

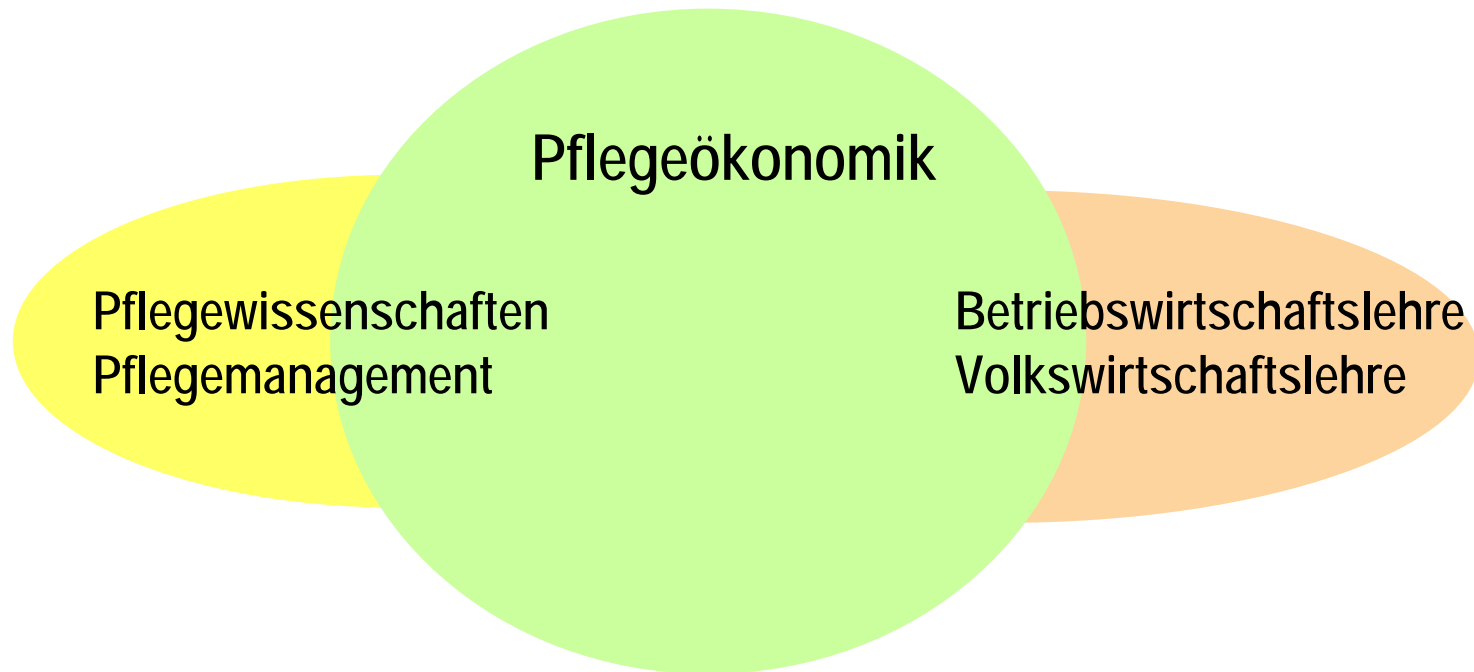


1. Begründung

Pflegeökonomik

1. Begründung

Die Ökonomik ist die Lehre von der Wirtschaft (Ökonomie). Diese wird üblicherweise in die Bereiche Betriebswirtschaftslehre (BWL) und Volkswirtschaftslehre (VWL) unterteilt



Die **Pflegeökonomik** ist die wirtschaftswissenschaftliche Theorie des Pflegewesens. Pflegeökonomik ist somit der Überbegriff für alle wirtschaftlichen Fragestellungen in diesem gesellschaftlichen Bereich und Wirtschaftssektor. Sie zählt zu den sogenannten Bindestrich-Wissenschaften und bildet damit eine Schnittmenge aus Pflege- und Wirtschaftswissenschaft

Pflegeökonomik

1. Begründung

Pflegeökonomik versteht sich als Wissenschaftsdisziplin, welche die Methoden und Erkenntnisse vor allem der Wirtschaftswissenschaften auf die Dienstleistung Pflege und Pflegeversorgung der Menschen anwendet.

Das zentrale Anliegen der Wirtschaftswissenschaften ist es, Regeln und Verfahren zu entwickeln, wie mit gegebenen knappen Mitteln ein möglichst hoher Stand an Bedürfnisbefriedigung erreicht werden kann (effiziente Allokation der Ressourcen bzw. optimale Knappheitsbewältigung).

Markante Eckdaten gesellschaftlicher Entwicklung (Alterung der Gesellschaft, wachsender Pflegemarkt etc.) erweisen sich als treibender Motor für die Entwicklung einer pflegeökonomischen Disziplin bzw. pflegeökonomischer Problemstellungen. Hierbei ist zu beachten, daß die Zielsetzung der Pflegeökonomie nicht darin liegt, ein wissenschaftlich begründbares Ausgabenminimum zu bestimmen.

Pflegeökonomie beinhaltet vielmehr die Übertragung wirtschaftswissenschaftlicher Frage- und Problemstellungen und die Anwendung des wirtschaftswissenschaftlichen Instrumentariums im Pflegewesen.

Pflegeökonomik

1. Begründung

Pflegeökonomik kann demnach als jene Lehre bezeichnet werden, welche Aussagen darüber zusammen faßt, wie die knappen Mittel im Pflegesektor optimal eingesetzt werden können. Das Wirtschaftlichkeitsprinzip gibt hierzu erste Verhaltensregeln. Es lautet:

(1) Mit gegebenen Mitteln ist ein Maximum des Versorgungsstandes der Bürger zu erreichen. **(Maximalprinzip)**

(2) Ein bestimmter -wünschenswerter- Versorgungsstand ist mit möglichst geringem Aufwand zu erzielen. **(Sparsamkeits- bzw. Minimalprinzip)**

Pflegeökonomik

1. Begründung

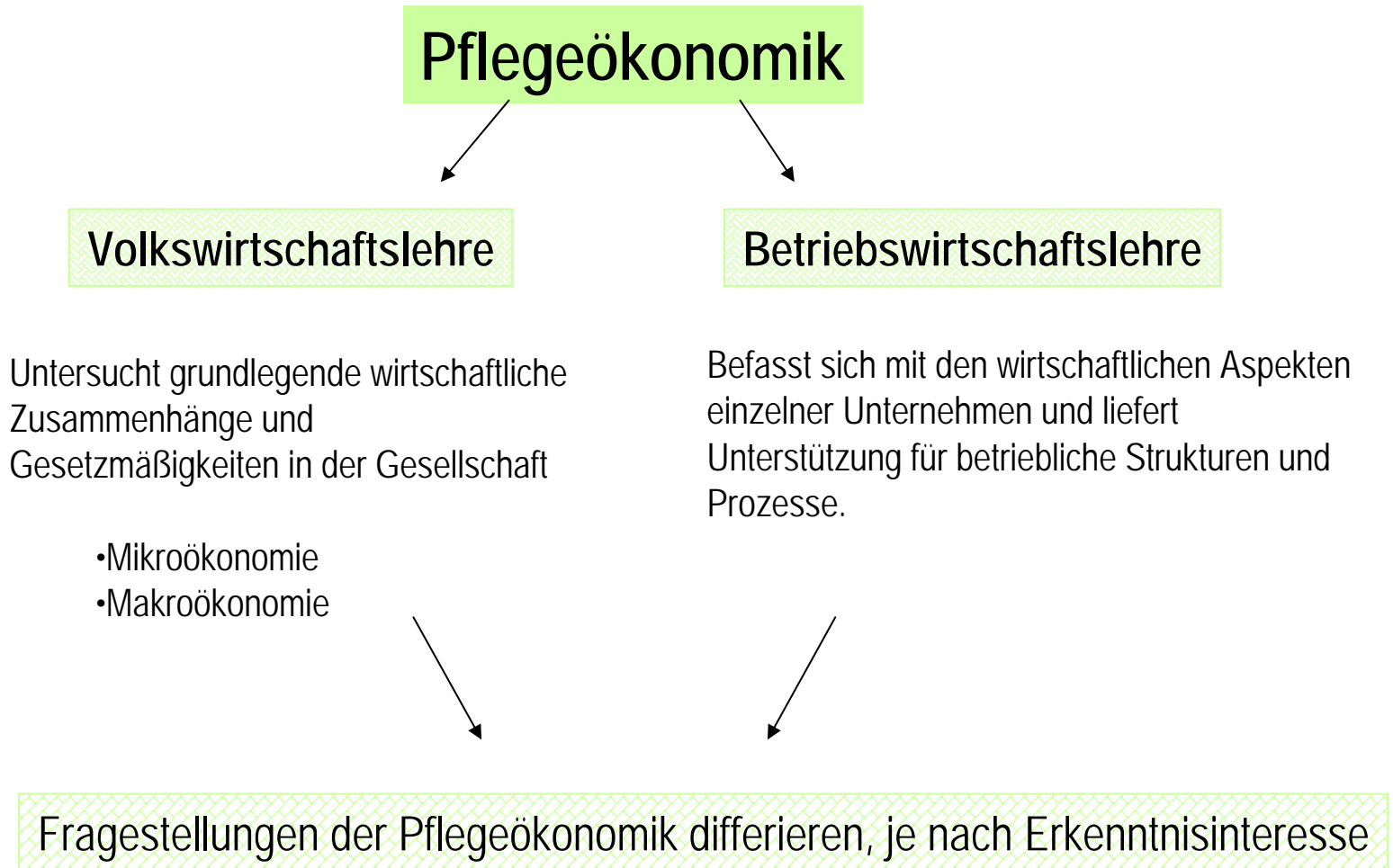
Die Determinanten gesellschaftlicher Entwicklung werden eine weiter zunehmende der Ökonomisierung der Pflegeversorgung herbeiführen, um den politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen gerecht zu werden. In der Vergangenheit rückte vermehrt der Leistungserstellungsprozess und damit verbunden, die eingesetzten Ressourcen in das Zentrum des Interesses. Betroffen hiervon waren pflegerische Leistungen in Krankenhäusern, stationären Einrichtungen der Altenpflege/-hilfe sowie ambulanten Einrichtungen.

Auch in der Pflege werden ökonomische Notwendigkeiten reflektiert, dennoch besteht ein Mangel an Untersuchungen die einen Zusammenhang zwischen den Kosten von Pflege, den pflegerischen Interventionen und dem Pflegeergebnis herstellen.

Da die Mittel im Pflegewesen begrenzt sind, ist eine der Herausforderungen für die Zukunft, diese Zusammenhänge aus Sicht der Profession der Pflege aufzuzeigen. Demzufolge ist es für die Pflege entscheidend, sich mit der Effizienz und den Kosten pflegerischer Leistungen auseinander zu setzen.

Pflegeökonomik

1. Begründung



Pflegeökonomik

1. Begründung

Grundlegende ökonomische Fragen im Pflegesystem

1. **WAS**
Welche Leistungen werden erstellt?
2. **WIE**
Wie sollen diese Leistungen hergestellt werden?
3. **WER**
Wer bekommt diese Leistungen?

Pflegeökonomik



2. Pflegemarkt

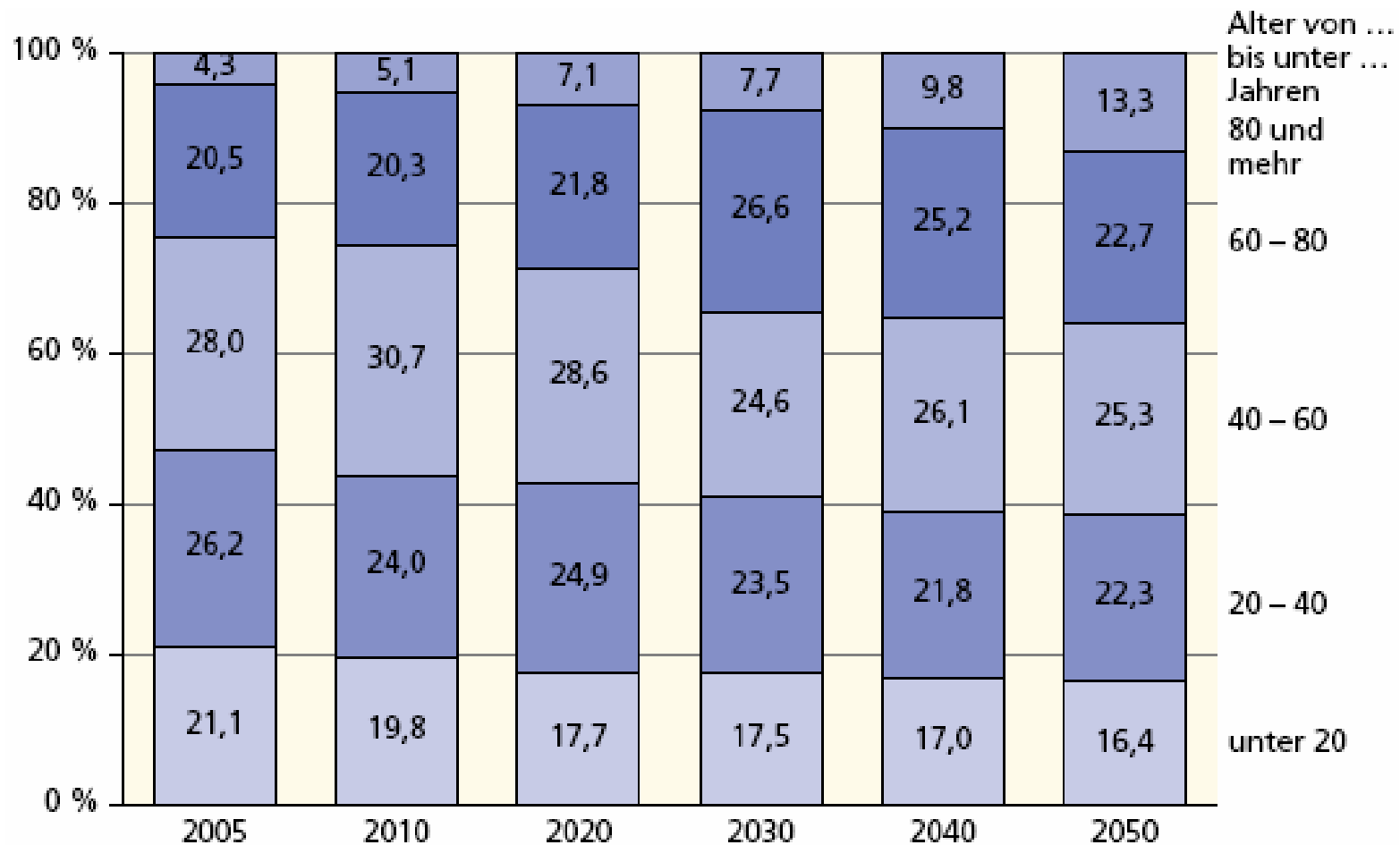
Herausforderungen gesellschaftlicher Entwicklung



Zunahme der älteren und alten Bevölkerungsgruppen
Zunahme des Altenquotienten
Steigende Anzahl der Pflegebedürftigen
Veränderung der Familien- und Haushaltsformen, Einpersonen-Haushalte
Veränderung und Diversifizierung der Lebens-Bedürfnisse älterer Menschen
(Wertewandel, Veränderung sozialer Milieus)
Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit
Wachsender Bedarf an professioneller Dienstleistung



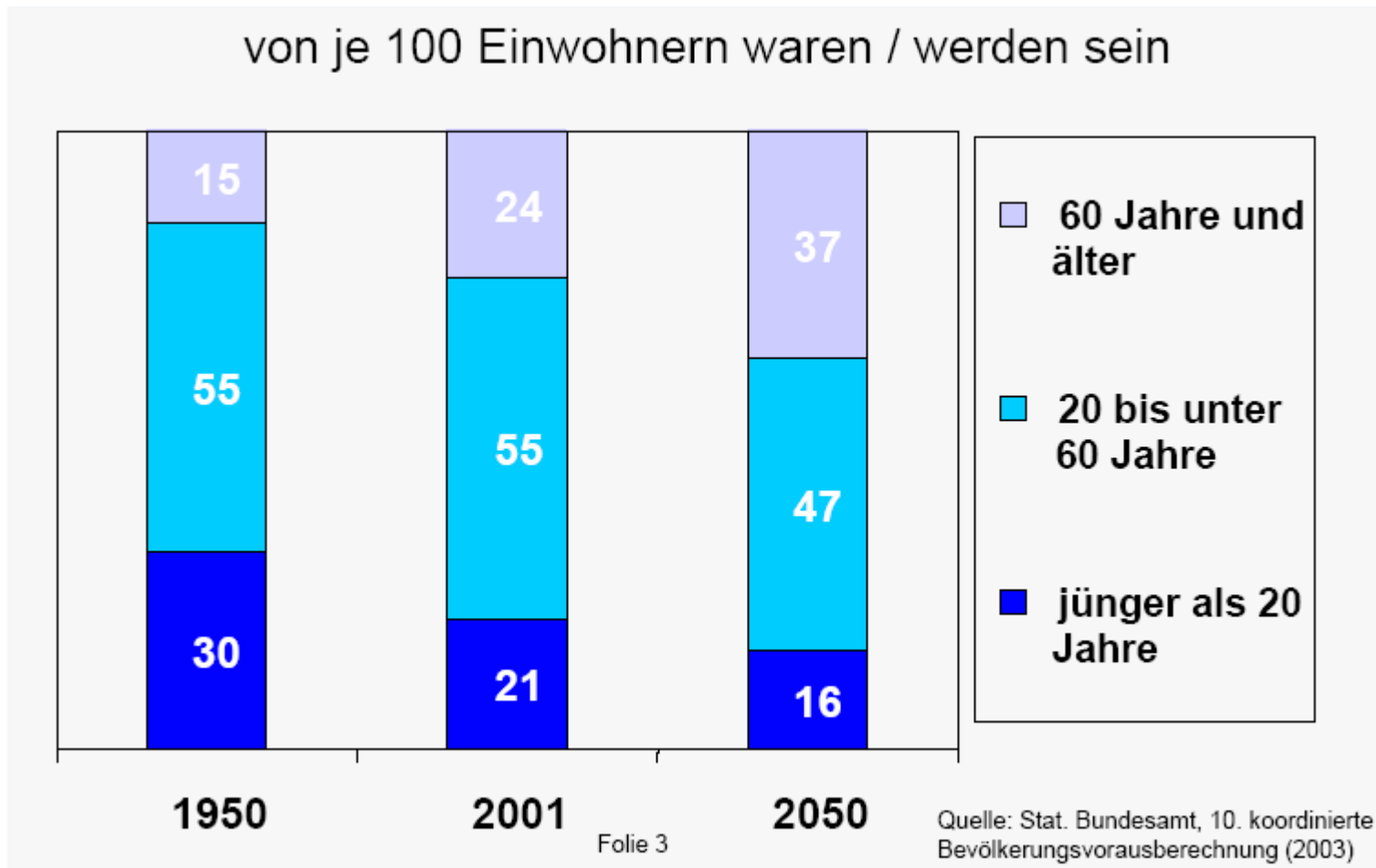
Trend zur Individualisierung / Erhöhte Bedarfslagen



Quelle: LDS NRW – Statistische Analysen und Studien NRW, Band 38: 2005

Pflegeökonomik

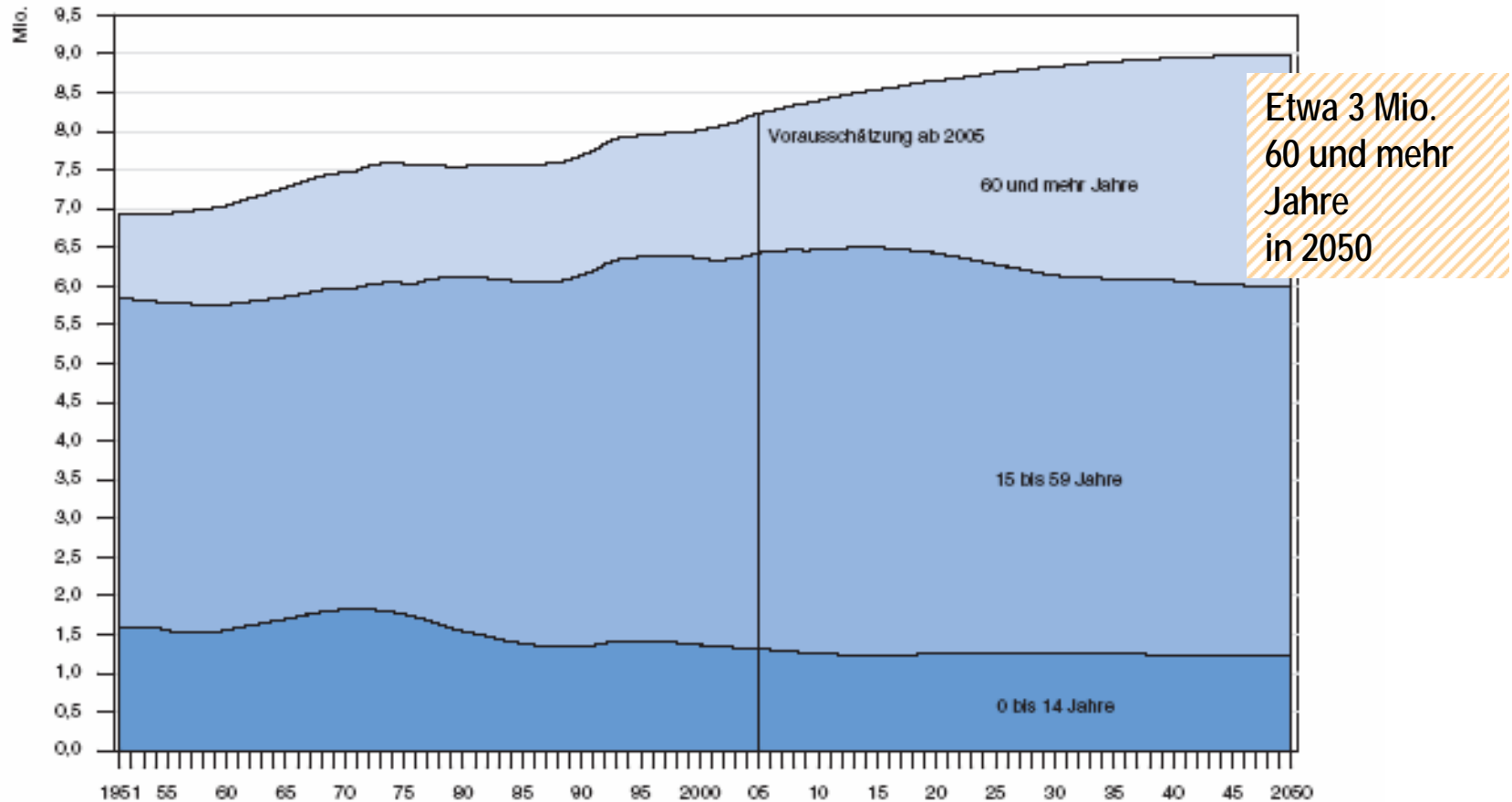
2. Pflegemarkt



Pflegeökonomik

2. Pflegemarkt

Bevölkerung 1951 bis 2050 nach breiten Altersgruppen



Quelle: Statistik Austria –
Statistisches Jahrbuch 2006

Pflegeökonomik

6. Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger* 1999 bis 2050

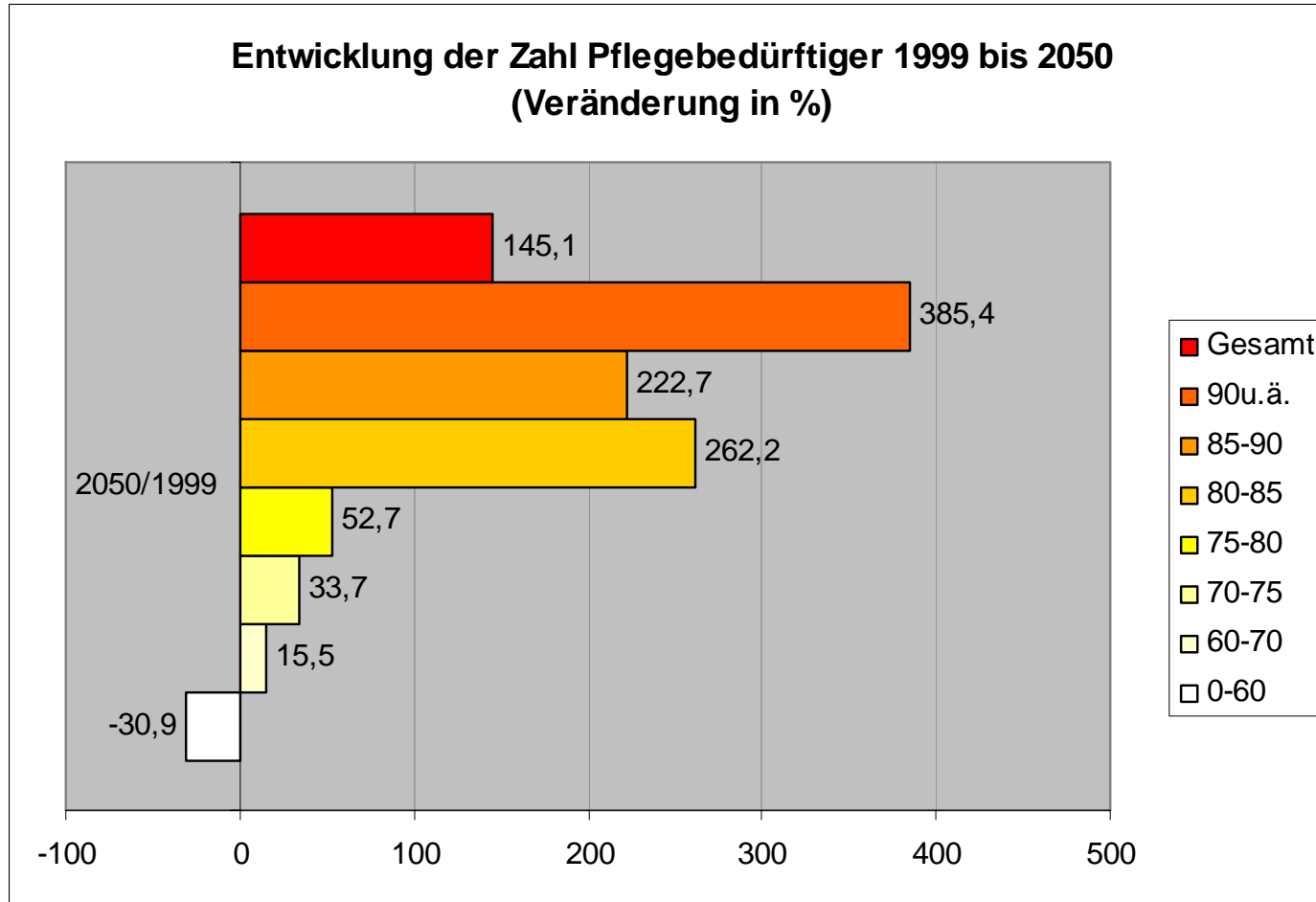
Altersgruppe von...bis unter...Jahren	1999	2010	2020	2050	2050/1999
	<i>In 1000</i>				<i>Veränderung in %</i>
0-60	348,5	341,7	329,0	240,9	-30,9
60-70	195,3	195,4	238,2	225,7	15,5
70-75	166,3	228,8	198,9	222,2	33,7
75-80	271,9	304,4	340,9	415,3	52,7
80-85	254,4	455,7	685,5	921,5	262,2
85-90	406,4	498,6	611,1	1.311,50	222,7
90u.ä.	286,5	357,7	559,1	1.390,90	385,4
Gesamt	1.929,3	2.382,3	2.935,7	4.728,0	145,1

*) Leistungsempfänger der privaten und sozialen Pflegeversicherung

Quellen: Statistisches Bundesamt; Bundesministerium für Gesundheit; Verband der privaten Krankenversicherung e.V, Köln;
Bevölkerungsvorausschätzung des DIW (Variante II B)

Pflegeökonomik

6. Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger* 1999 bis 2050



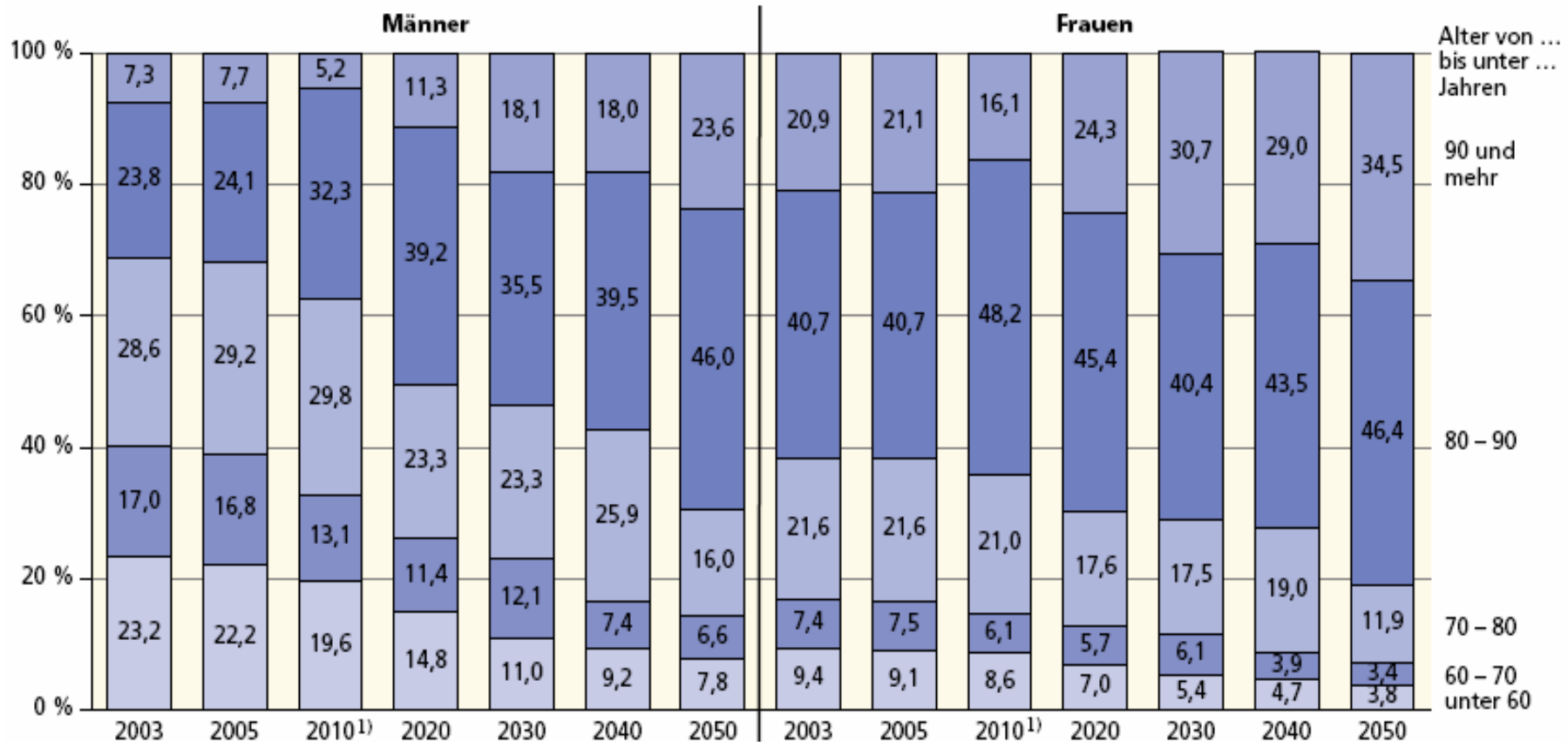
*) Leistungsempfänger der privaten und sozialen Pflegeversicherung

Quellen: Statistisches Bundesamt; Bundesministerium für Gesundheit; Verband der privaten Krankenversicherung e.V, Köln;
Bevölkerungsvorausschätzung des DIW (Variante II B)

Pflegeökonomik

2. Pflegemarkt

Altersstruktur der Pflegebedürftigen von 2033 bis 2050* nach Geschlecht

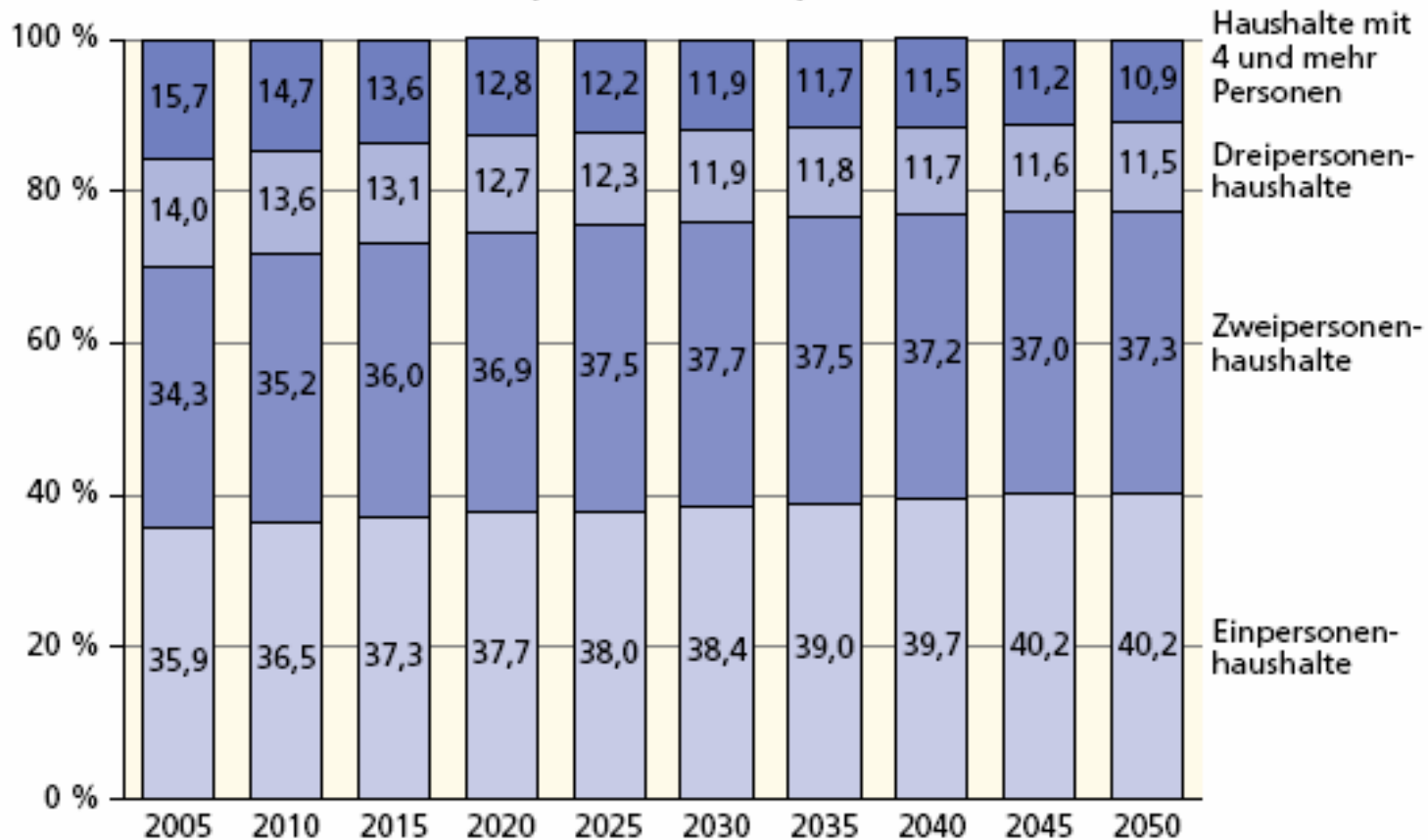


* Vorausberechnung basierend auf der mittleren Pflegehäufigkeit der Jahre 1999, 2001 u 2003 – 1) Die auffallend geringen Anteile an Personen ab 90 Jahren sind u. a. auf die zahlenmäßig starken Verluste dieser Generation (vor 1920 geboren) während des Zweiten Weltkrieges (insbesondere bei Männern) und auf das Geburtentief insgesamt während des Ersten Weltkrieges zurückzuführen, Quelle: LDS NRW – Statistische Analysen und Studien NRW, Band 38: 2005

Pflegeökonomik

2. Pflegemarkt

Private Haushalte von 2005 bis 2050* nach Ihrer Größe (Trendvariante)



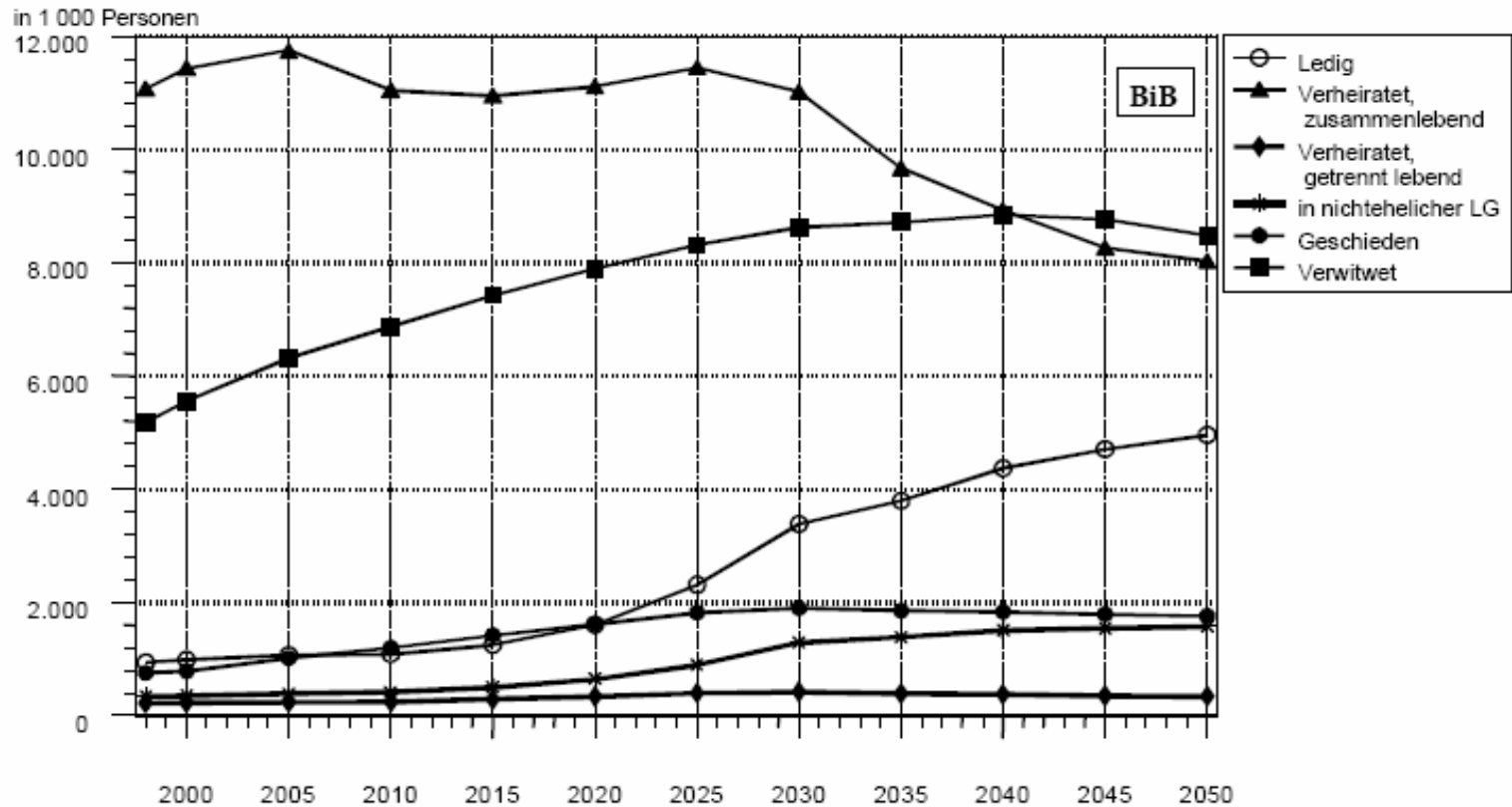
* Vorausberechnung basierend auf Zeitreihen des Mikrozensus 1997 bis 2005

Quelle: LDS NRW – Statistische Analysen und Studien NRW, Band 38: 2005

Pflegeökonomik

2. Pflegemarkt

Ab 60-Jährige in Privathaushalten nach dem Familienstand von 1998 bis zum Prognosejahr 2050



Datenquelle: Mikrozensus 1998; J. Roloff, eigene Vorausberechnungen

*vgl. Expertise im Auftrag des Deutschen Bundestages: Blinkert/Klie 2001

Pflegeökonomik

2. Pflegemarkt

Zahl der Leistungsbezieher im ambulanten Bereich

Ambulanter Bereich	Soziale Pflegeversicherung* (Stand 31.12.2005)	Private Pflege-Pflichtversicherung** (Stand 31.12.2004)
Gesamtzahl	rd. 1,31 Mio.	rd. 81.000
Pflegestufe I	746.140 58,0%	51,1%
Pflegestufe II	426.632 32,5%	36,1%
Pflegestufe III	124.039 9,5%	12,8%

*) Geschäftsstatistik der Pflegekassen

**) Geschäftsstatistik der privaten Pflegeversicherung

Quelle: BMGS - <http://www.bmgs.bund.de/>

Pflegeökonomik

2. Pflegemarkt

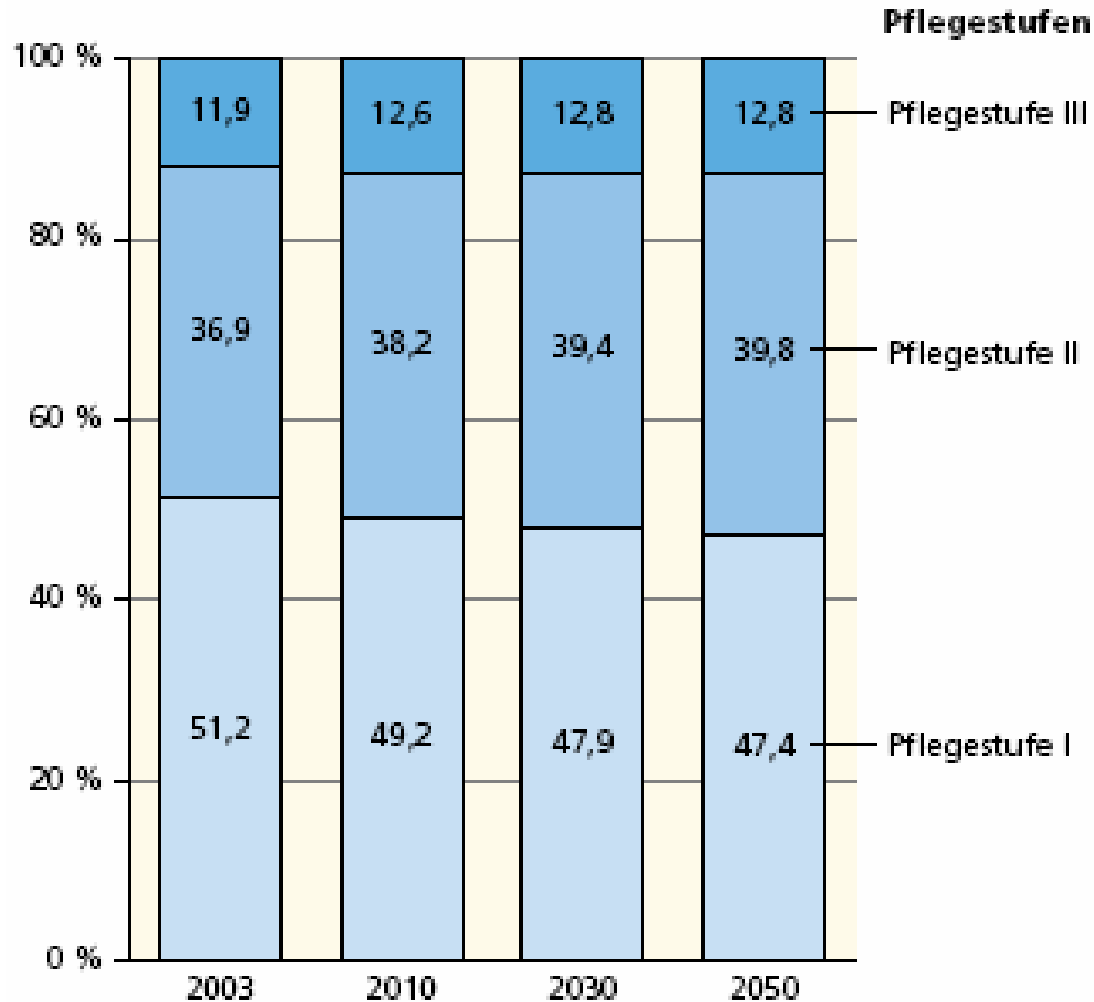
Zahl der Leistungsbezieher im stationären Bereich

Stationärer Bereich	Soziale Pflegeversicherung* (Stand 31.12.2005)	Private Pflege-Pflichtversicherung** (Stand 31.12.2004)
Gesamtzahl	rd. 642.000	rd. 38.000
Pflegestufe I	251.730 39,2%	27,6%
Pflegestufe II	262.528 40,9%	45,3%
Pflegestufe III	128.189 19,9%	27,1%

*) Geschäftsstatistik der Pflegekassen

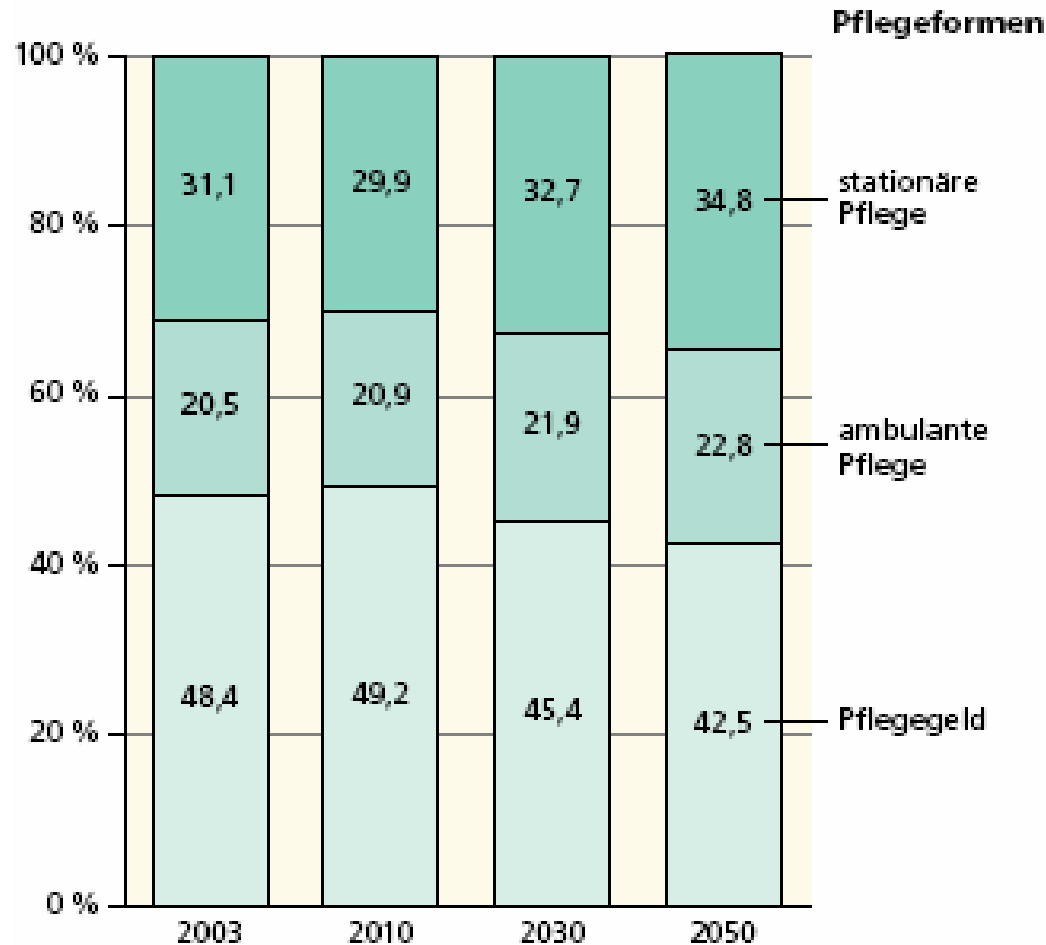
***) Geschäftsstatistik der privaten Pflegeversicherung

Quelle: BMGS - <http://www.bmgs.bund.de/>



* Vorausberechnung basierend auf der mittleren Pflegehäufigkeit der Jahre 1999, 2001 und 2003

Quelle: LDS NRW – Statistische Analysen und Studien NRW, Band 38: 2005

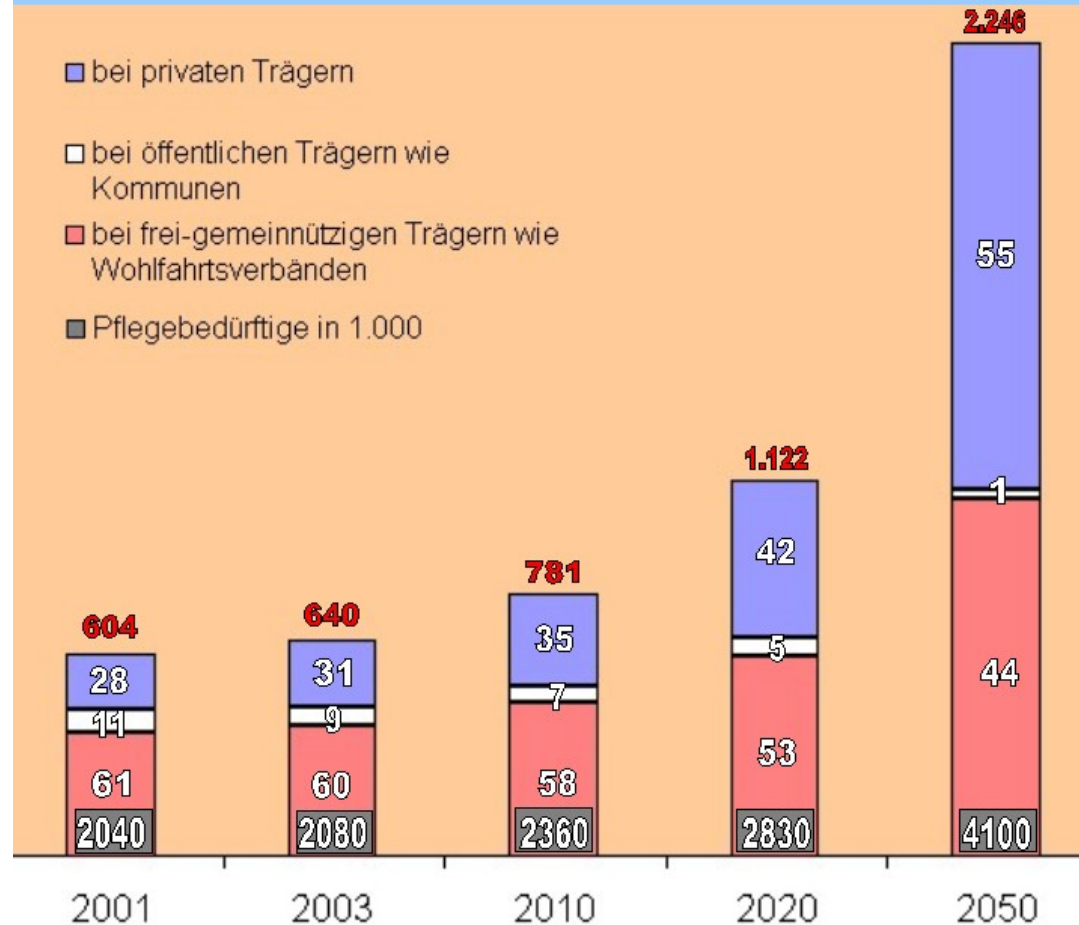


* Vorausberechnung basierend auf der mittleren Pflegehäufigkeit der Jahre 1999, 2001 und 2003

Quelle: LDS NRW – Statistische Analysen und Studien NRW, Band 38: 2005

Altenpflege: Die Nachfrage steigt

Bedarf an Pflegeheimplätzen in 1.000



Quelle: Institut der Deutschen Wirtschaft

Ab 2010 Schätzung; Ursprungsdaten: Statistisches Bundesamt, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, BMGS

Marktkonsolidierung und Marktmacht

Aufgrund der hohen Anforderungen an Pflegeeinrichtungen zeichnet insbesondere der stationäre Anbietermarkt eine zunehmende Konzentration auf wenige große Betreiberketten, die teilweise börsennotiert sind, dies sind insbesondere:

ProSeniore AG, Curanum AG, Marseille Kliniken AG, Cura AG, Maternus Kliniken AG etc. Diese Unternehmen sind aufgrund Ihrer hohen Marktmacht sehr bestimmend im staatlich reguliertem Pflegemarkt.

Daneben finden wir eine Vielzahl kleinerer und Kleinstunternehmen, die insbesondere ambulante Dienste anbieten. Diese haben es erheblich schwieriger am Markt zu bestehen.

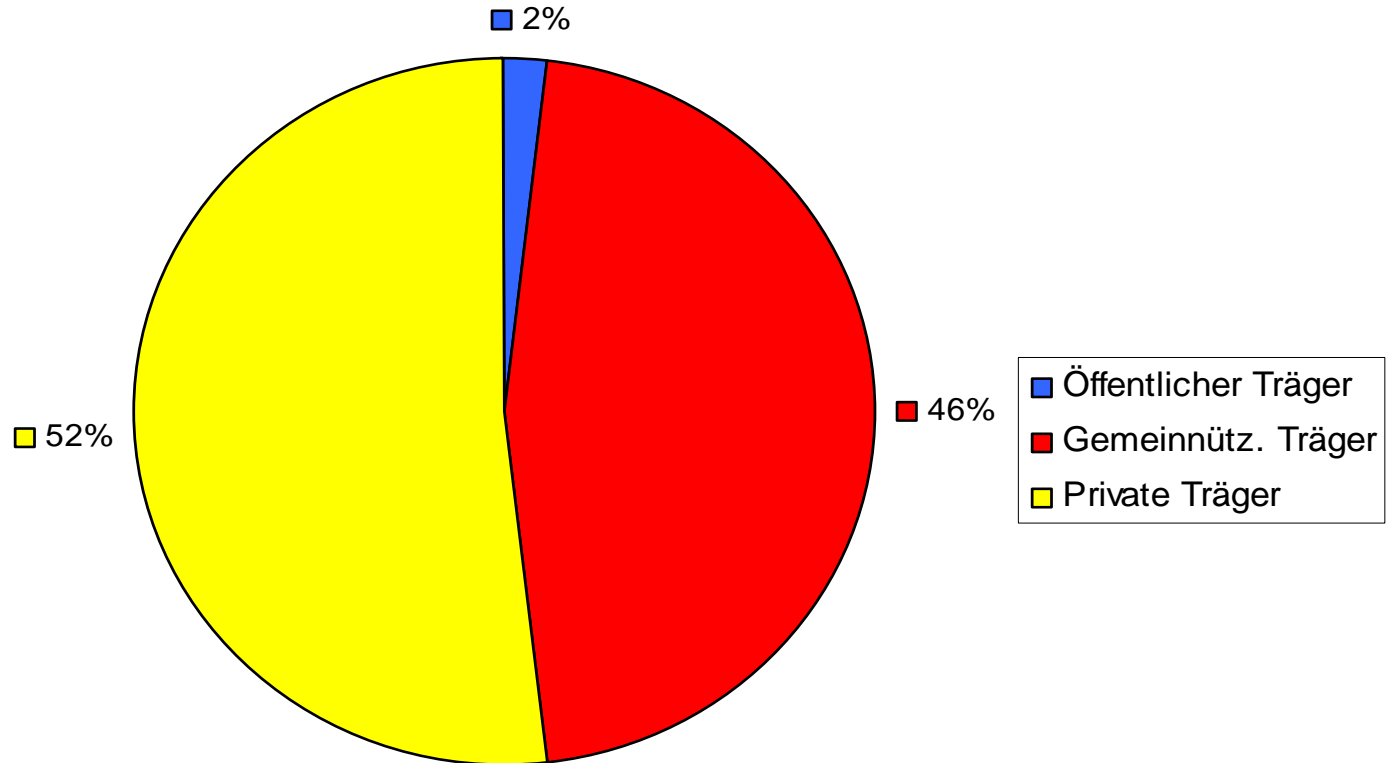
Marktmacht auf der einen Seite, staatliche Marktregulierung auf der anderen Seite kann den Wettbewerb verzerren und das Versorgungssystem zu Lasten der Nachfrage schwächen.

Die Pflegebranche bietet attraktive, konstante und vor allem sehr sichere Renditen. Unabhängig von der konjunkturellen Situation wird qualitativ hochwertige Pflege immer mehr nachgefragt. Das Marktwachstum ist durch die demographische und soziologische Entwicklung unbestritten hoch und wird in Zukunft noch stärker ansteigen. Diese Entwicklung können auch Unternehmensinsolvenzen im privaten und freigemeinnützigen Sektor nicht aufhalten. Managementfehler, Intransparenz und Bürokratie tragen ebenso zur derzeitigen Marktkonsolidierung bei wie verstärkte Effizienzbemühungen, die Schaffung von überlebensfähigen Einheiten und neue gesetzliche Anforderungen an die Qualität der Pflege. Die CURANUM AG wird aus diesem Prozess als einer der größten, börsennotierten Betreiber von Pflegeeinrichtungen gestärkt hervorgehen. Der Kapitalmarkt wird die Attraktivität der Pflegebranche, wie dies in angelsächsischen Ländern bereits geschehen ist, über kurz oder lang nicht mehr ignorieren können.

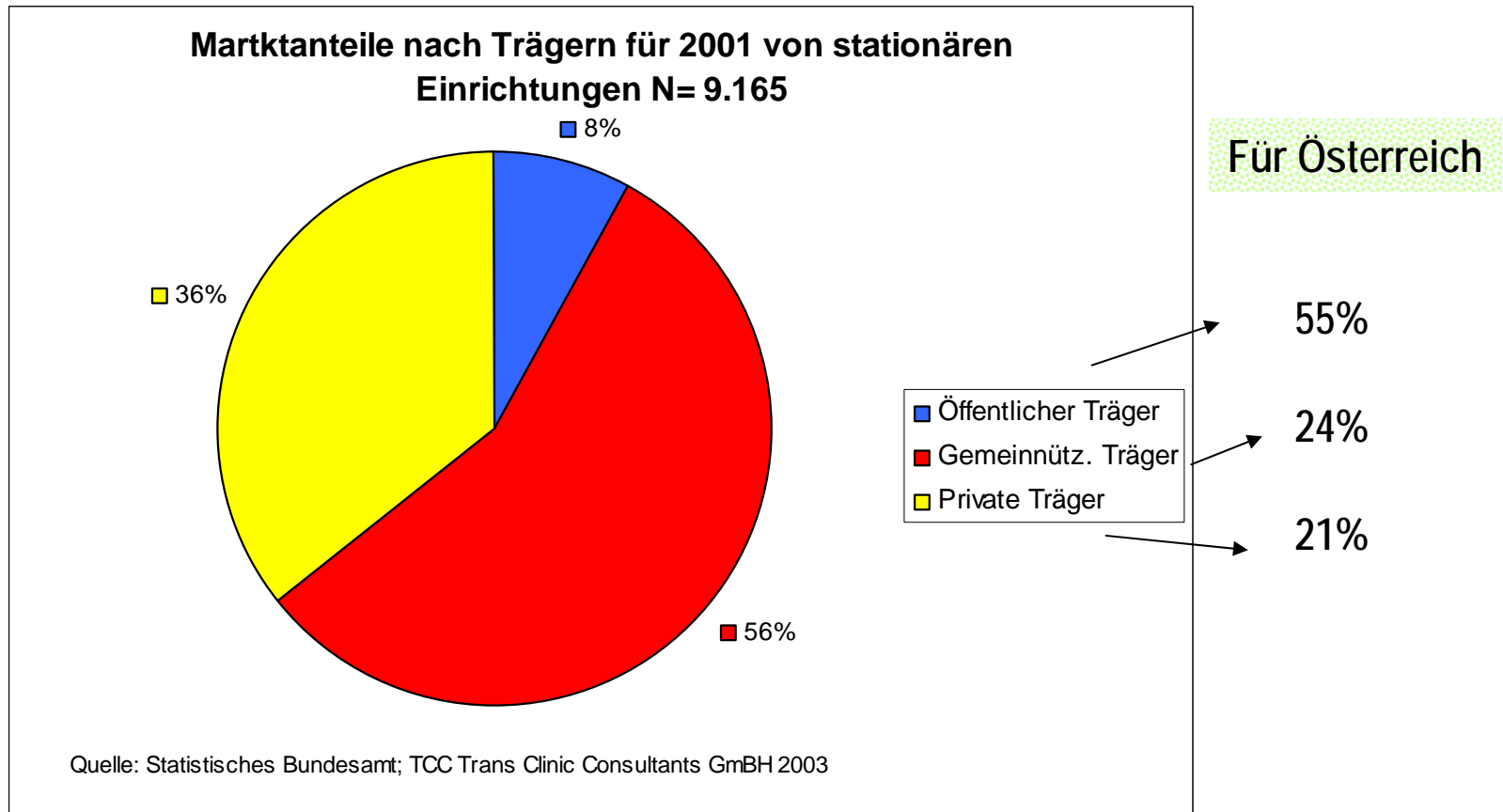
Auszug aus dem
Geschäftsbericht der
Curanum AG

Wir möchten der rentabelste private Pflegedienstleister an der Börse sein und eine nachhaltige EBITDA-Rendite von mindestens 8 % p.a. erzielen. Nur ein rentables und wirtschaftlich erfolgreiches Unternehmen kann auf Dauer im Markt bestehen und eine qualitativ hochwertige Pflege erbringen.

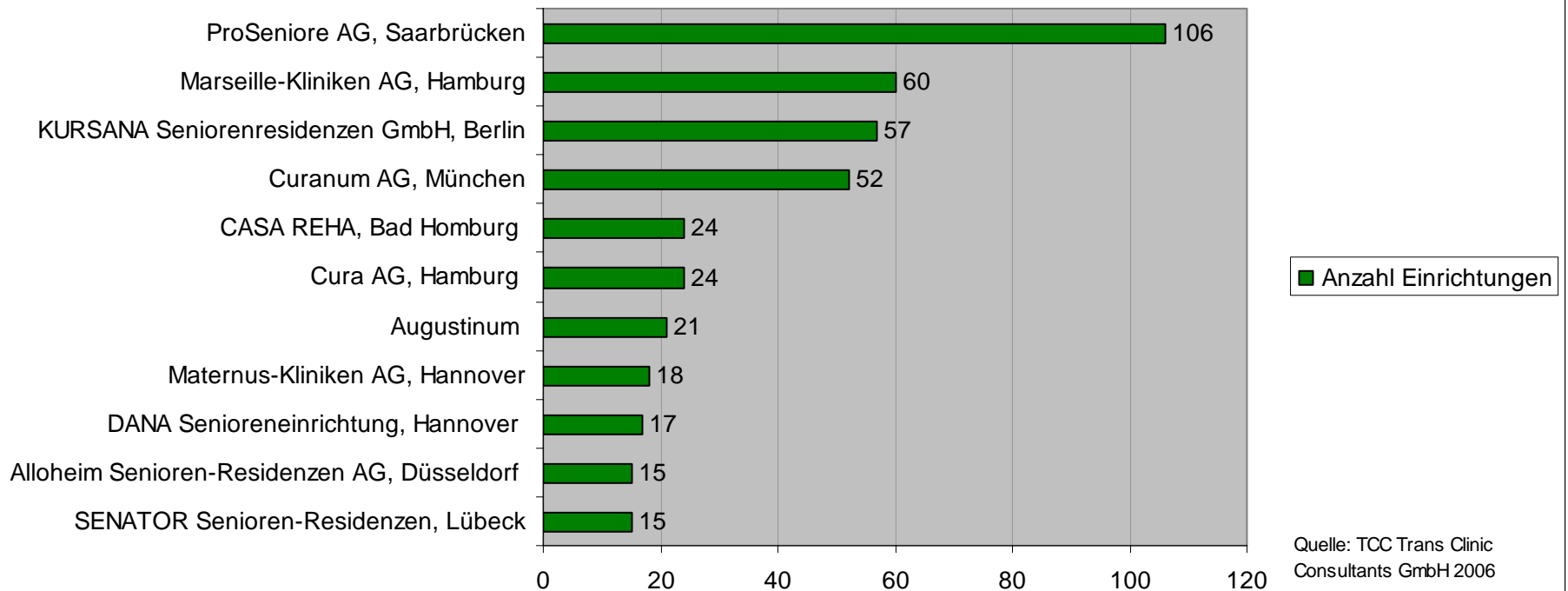
**Marktanteile nach Trägern für 2001 von ambulanten
Einrichtungen N = 10.594**



Quelle: Statistisches Bundesamt; TCC Trans Clinic Consultants GmbH 2003



Wettbewerb im Pflegedienstmarkt: Anzahl Einrichtungen



Marktpreise

Derzeit werden die Marktpreise der Pflege über sogenannte Entgeltverhandlungen definiert. Es verhandeln Arbeitsgemeinschaften von Pflegekassen sowie die Landschaftsverbände einerseits mit den Einrichtungen, vertreten durch Ihre Verbände andererseits, über leistungsgerechte Entgelte.

Die Kostenträger bewerten die Forderungen anhand landesweit einheitlich angewendeter Orientierungswerte für die Personalbemessung und Richtwerte für die Sachkosten.

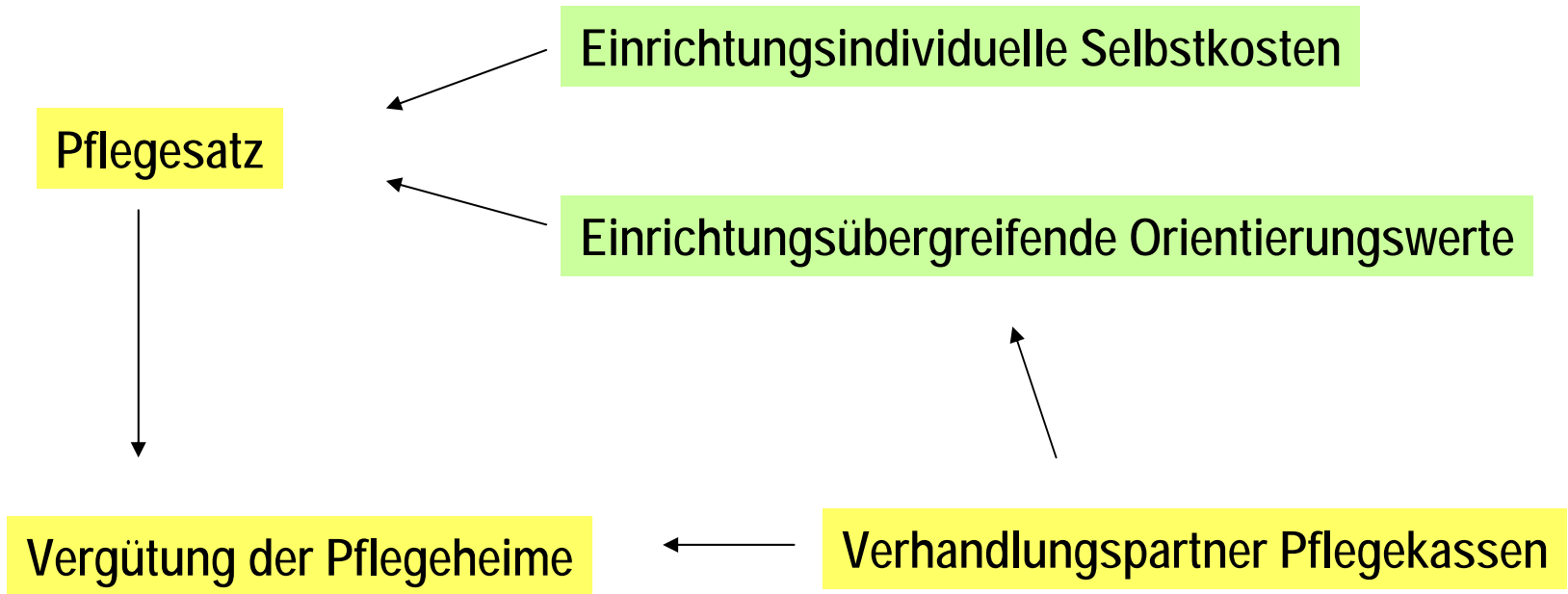
Während die Wirtschaftlichkeit durch den Gesetzgeber gefordert wird, ist Sie jedoch de facto von diesem mit Fehlanreizen stark eingeschränkt.

Handlungsspielräume bzw. Einsparungen sind marginal im Sachkostenbereich möglich, aufgrund der tariflichen Bestimmungen jedoch kaum im personellen Bereich. Hier sehen die privaten Anbieter jedoch Ihre Kosten- und Gewinnpotentiale.

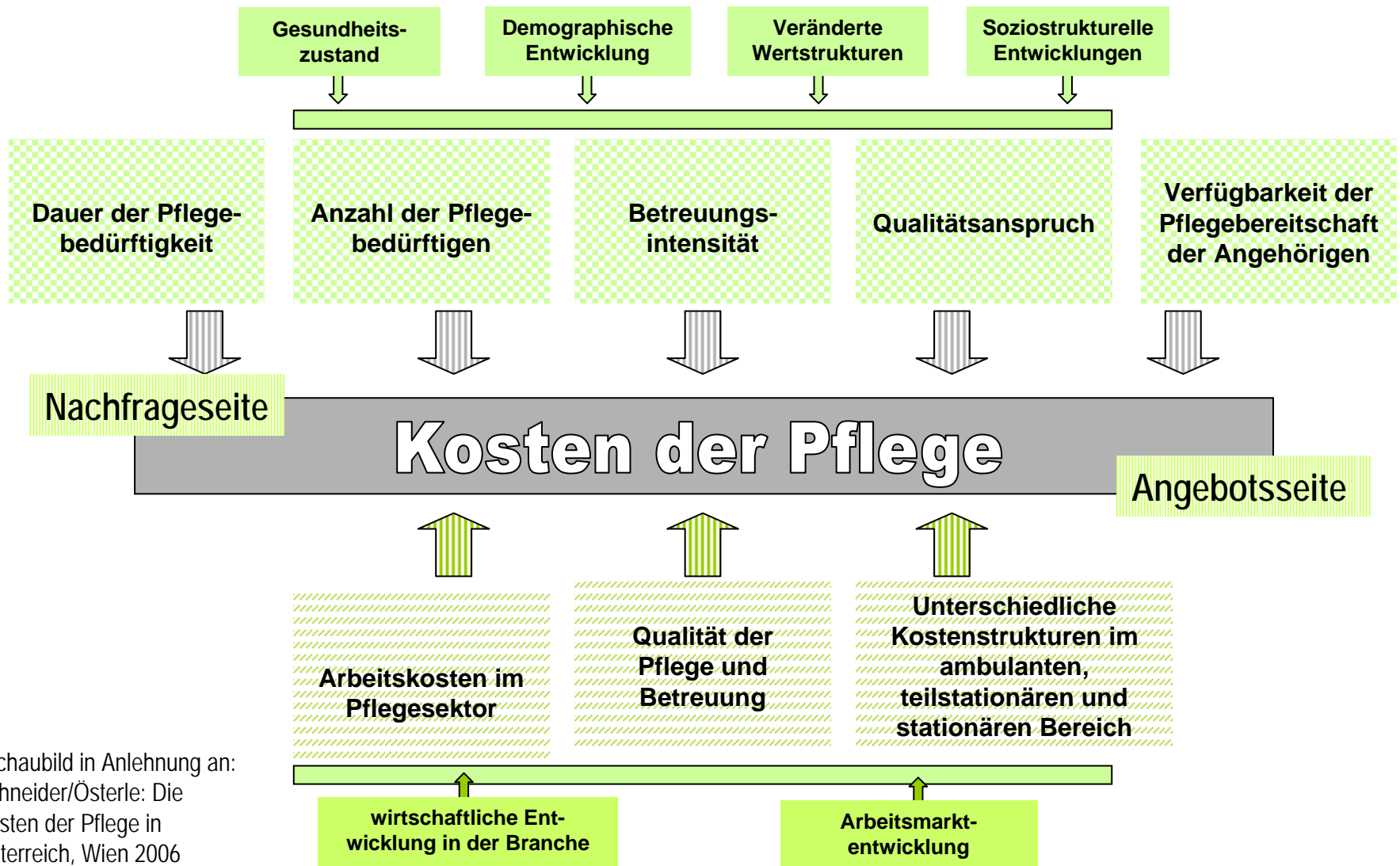
Ohne Verluste in der Qualität zu erleiden, sollte es zu einer Differenzierung der Aufgabenbereiche im Einsatzfeld der Fachkräfte kommen.

Pflegeökonomik

2. Pflegemarkt



Keine Anreize zur Effizienzsteigerung, da Kostensenkungen durch Rationalisierung in einer Periode zu Budgetkürzungen in der nächsten Periode führen



*Schaubild in Anlehnung an:
Schneider/Österle: Die
Kosten der Pflege in
Österreich, Wien 2006



3. Dienstleistung Pflege

Merkmale der Dienstleistungsökonomie

- » Immaterialität
- » Mangelnde Lagerfähigkeit
- » Eingeschränkte Transportfähigkeit
- » Kundenbeteiligung
- » Eingeschränkte Standardisierbarkeit

Merkmale erfolgen immer in Negation resp. Abgrenzung zur Produktion
Hier fehlt ein eigenständiges Konzept

Charakteristika der Pflegedienstleistung

- » Direkte personenbezogene Dienstleistung
- » Gegenstand der Arbeit sind Subjekte
- » Uno-actu Prinzip
- » Ko-Produktion / Kunde als Ko-Produzent
- » "doppelter Personenbezug"
- » Interaktion

Pflegeökonomik

3. Dienstleistung Pflege

Industrielle Logik der Arbeitsleistung

- » Zerlegung des Produktionsprozesses
- » Spezialisierung
- » Minimierung von Störfaktoren und Unsicherheiten
- » Zunehmende Technisierung und Automatisierung
- » Optimierung der Durchlaufzeiten

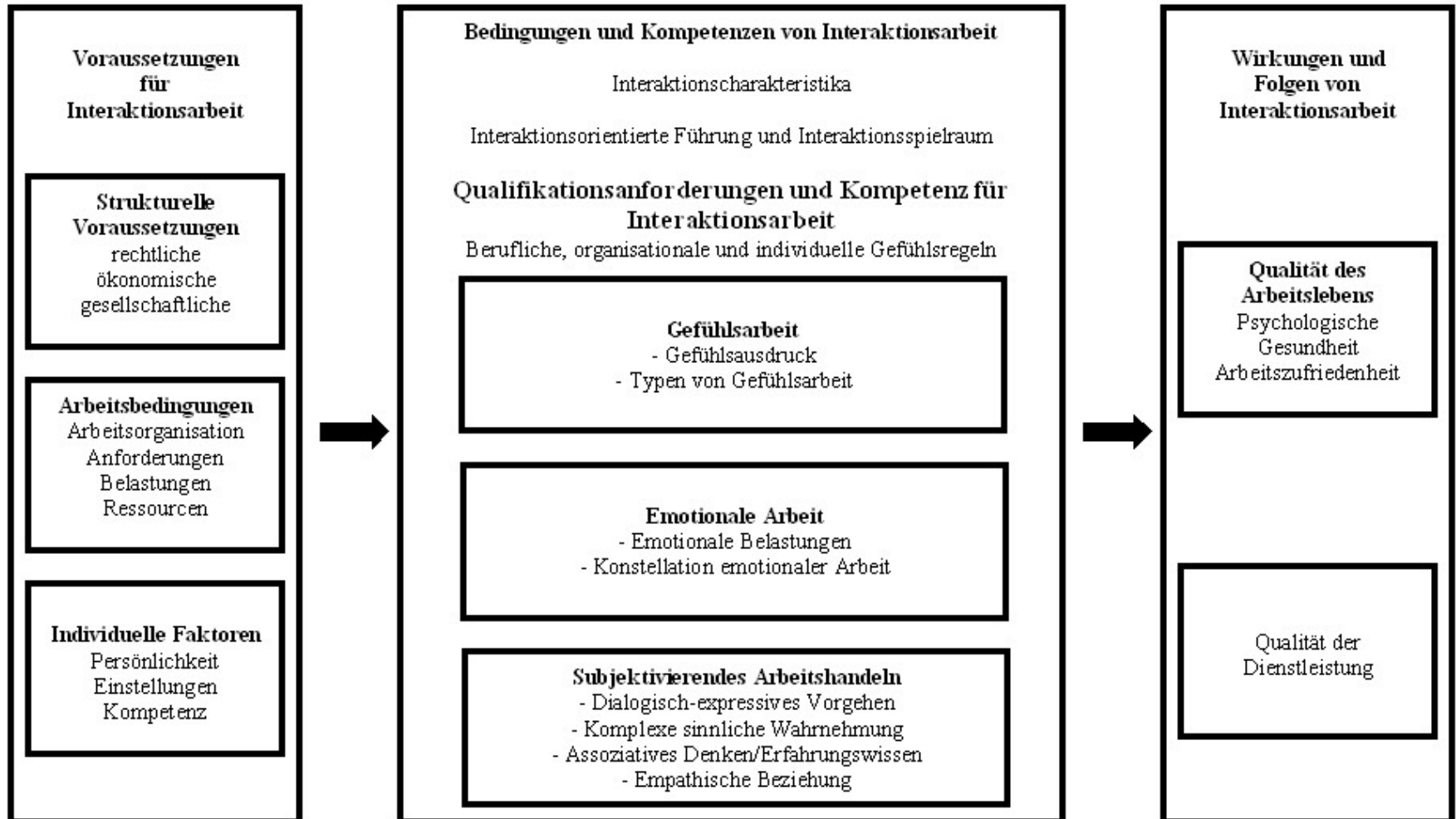
Pflegeroboter



Quelle: Carnegie Mellon University 2005

Pflegeökonomik

3. Dienstleistung Pflege



Quelle: Büssing / Glaser 2003

Die Ökonomie der Zeit

Wie reagieren Pflegende, wenn sie wenig Zeit haben, um alle anstehenden Leistungen in gewohntem Umfang zu erbringen? Um Aussagen darüber machen und wenn nötig steuernd eingreifen zu können, braucht das Pflegemanagement Instrumente, um Pflegeleistungen zu erfassen und die Wirksamkeit der erbrachten Leistungen zu überprüfen.

Forschungs- und Gestaltungsarbeit für eine moderne Pflegearbeit

- » Interaktion als Charakteristikum
- » Wissens-Intensität
- » Bedeutung von Kommunikation und Koordination
- » Beitrag der Partizipation



Strategiewechsel: Konzentration auf die „Kernaufgaben“

Erste Schritte notwendiger Forschung*

- » Übersetzung des interaktiven Charakters der Arbeit in adäquate organisatorische Strukturen
- » Organisation von Lernen in wissensintensiven Organisationen
- » Integration ökonomischer Trends und sozioökonomischer Bedingungen
- » Verbesserung der Effizienz durch mehr Autonomisierung

*vgl. hierzu auch: IAT Jahrbuch 2003/4, Gelsenkirchen

Professionelle und häusliche Pflege*

- » „Informelles“ Pflegepotential eruieren
- » Instrumente der Koordination und Kommunikation formeller und informeller Pflege entwickeln
- » Aktivierung und Mobilisierung der „Konsumenten“
- » Definition der Tätigkeiten, „Working smarter“ und Management der Leistungen

Etwa 80% der Pflegebedürftigen werden informell durch nahe Angehörige versorgt, hiervon sind wiederum 80% Frauen, vgl. Österle/Hammer 2004). Ein Rückgang informeller Pflege wird erwartet

*vgl. Expertise im Auftrag des Deutschen Bundestages: Blinkert/Klie 2001

Pflegeökonomik

3. Dienstleistung Pflege

Eckdaten Entwicklung Krankenhäuser in Deutschland

	1991	2004	Veränderung in %
durchschnittl. Verweildauer (Tage)	14	8,7	-37,9
Berechnungs-/Belegungstage	204.203.529	146.745.762	-28,1
Krankenhäuser	2.411	2.166	-10,2
aufgestellte Betten	665.565	531.333	-20,2
Fallzahl	14.576.613	16.801.649	15,3

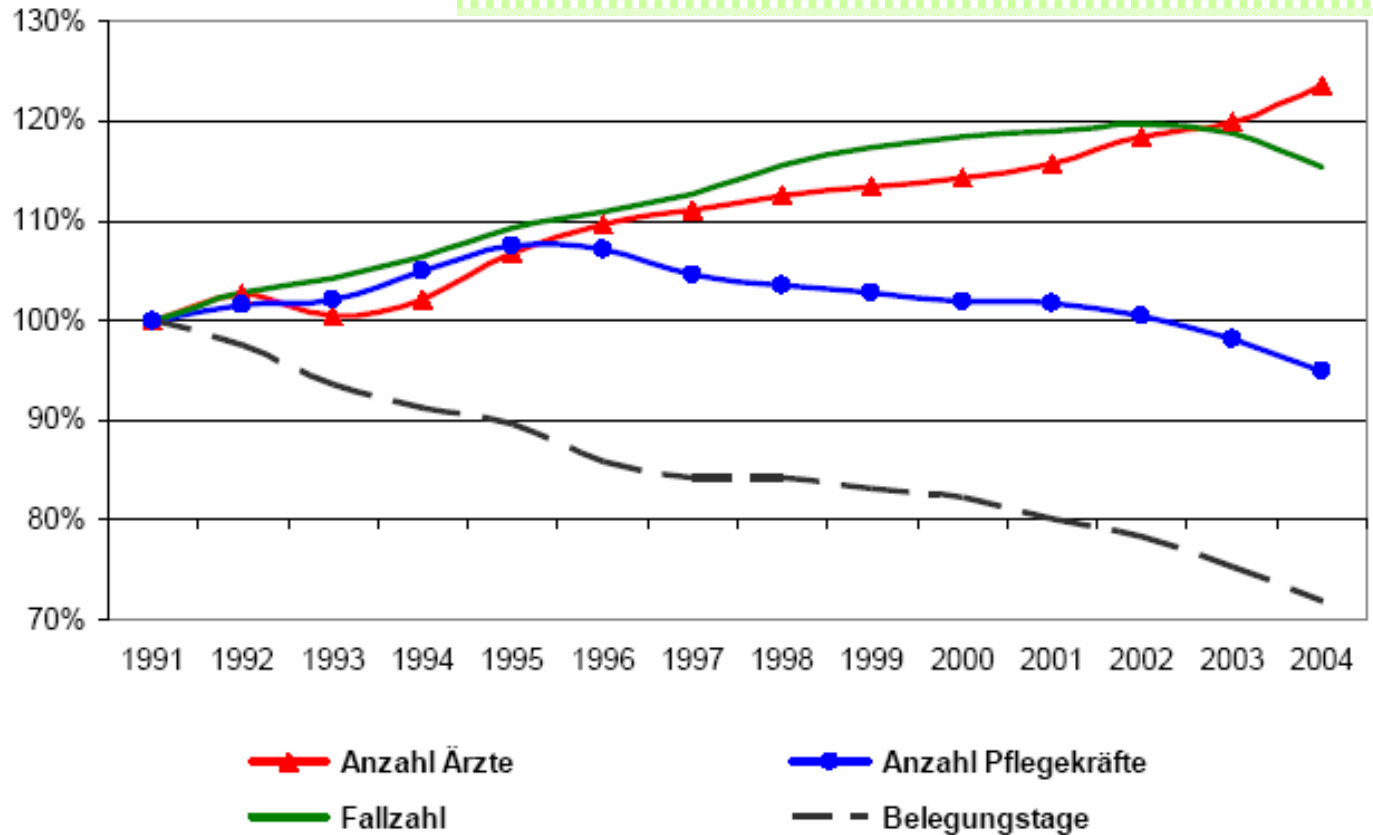
Seit zehn Jahren kommt es in Deutschland zu einem kontinuierlichen Abbau der Pflegepersonalstellen. Es ist zu befürchten, daß sich bei dem momentanen finanziellen Druck auf die Krankenhäuser diese Entwicklung verstärken wird bei gleichzeitiger Zunahme des Pflegeaufwands pro Belegungstag

Quelle: Institut für Qualität und Wirtschaft im Gesundheitswesen, Köln 2006

Pflegeökonomik

3. Dienstleistung Pflege

Relative Entwicklung der Anzahl der Ärzte, Anzahl der Pflegekräfte, Fallzahl und Belegungstage 1991 bis 2004 in Krankenhäusern

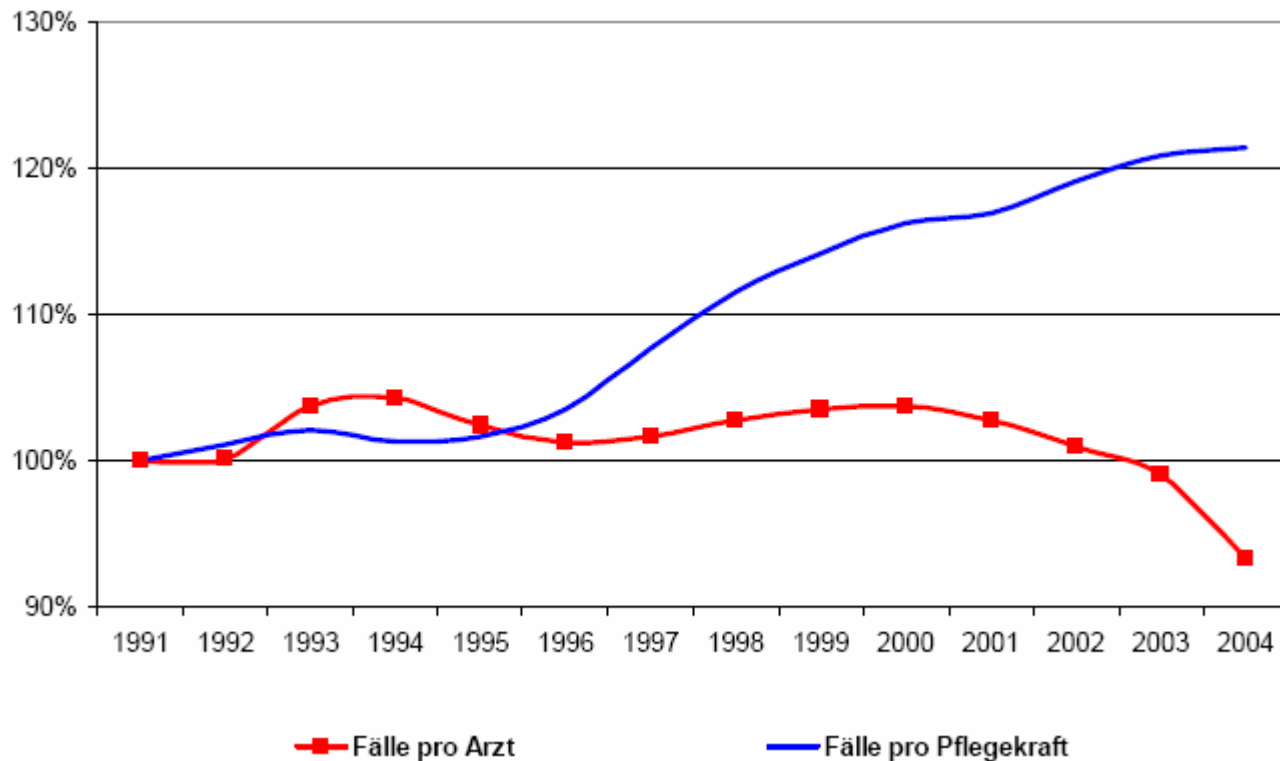


Quelle: Institut für Qualität und Wirtschaft im Gesundheitswesen, Köln 2006

Pflegeökonomik

3. Dienstleistung Pflege

Relative Entwicklung der Behandlungsfälle pro Mitarbeiter und Jahr in Deutschland 1991 bis 2004 bezogen auf das Jahr 1991 (Basis 1991 = 100%)



Quelle: Institut für Qualität und Wirtschaft im Gesundheitswesen, Köln 2006

Forschungsbedarf – Patienten-Pflegepersonal-Verhältnis

In Deutschland gibt es bislang kein zuverlässiges System, das eine Verschlechterung der Behandlungsergebnisse aufgrund nicht ausreichender Pflegekapazität anzeigt. Es bleibt unklar, inwieweit der Personalabbau in der stationären Pflege in Deutschland eine Verschlechterung der Ergebnisqualität nach sich zieht.

Hier gibt es in Deutschland einen erheblichen Forschungsbedarf zur wissenschaftlichen Untersuchung möglicher Zusammenhänge zwischen Pflegekapazität und der Ergebnisqualität

Bislang durchgeführte Untersuchungen zeigen u. a. einen negativen Zusammenhang von Personaleinsatz und Ergebnisqualität. So stieg in einer Kinderabteilung die Infektionsrate erheblich nach Reduzierung des Personals.

Auch die volkswirtschaftlichen Kosten mangelnder Pflegeleistung sind zu kalkulieren

Quelle: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Köln 2006

Fachkräftemangel

Die Dienstleistung ist durch das Uno-Actu-Prinzip – eine enge Zusammenarbeit von Anbieter und Nachfrager - gekennzeichnet. Gleichzeitig ist die Leistung nicht wiederholbar.

Der Qualität der Anbieter in der Leistungserstellung bzw. deren Ausbildung, Fort- und Weiterbildung kommt daher eine zentrale Bedeutung in der Prozess- und Ergebnisqualität zu.

Neben der Anforderung zur quantitativen Zunahme des Fachkräftepotentials, kommt der Aneignung von Wissen und Lernen eine erhebliche Bedeutung zu.

Auch hier sind die ökonomischen Auswirkungen mangelnder Pflegequalität in Deutschland noch nicht untersucht

Quelle: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Köln 2006



4. Ökonomische Dimensionen der Qualität

Pflegeökonomik

4. Ökonomische Dimensionen der Qualität

Das Konzept der Qualität der Versorgung, mit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements sollten Teilbestand der Lehre der Pflegeökonomie sein.

Eine rein ökonomische Analyse der Pflege ohne die Qualitätskonzeption greift in der Pflegedienstleistung zu kurz und bringt mangelhafte Ergebnisse

Eine maßgebliche Aufgabe der Pflegeökonomie ist es, das optimale Verhältnis von Qualität und Kosten der Pflegedienstleistung zu eruieren

Pflegeökonomik

4. Ökonomische Dimensionen der Qualität

- » In der Strukturqualität finden wir in beiden Ländern eine Heterogenität (z.B. in der Personalausstattung, Qualifizierung des Personals)
- » Ebenso ist in Deutschland die vollstationäre Vergütung divergierend
- » Je nach Region wird die Pflegeversorgung und -qualität unterschiedlich geleistet
- » In Österreich und für Grenzregionen in Deutschland etabliert sich ein grauer / schwarzer Markt in der Pflege-Dienstleistung

Pflegeökonomik

4. Ökonomische Dimensionen der Qualität

Altenpflege-Monitor 2005:

Nur 24 Prozent der Befragten über 50 glauben, daß sie als Pflegefall einmal gut versorgt werden

Die meisten Menschen wollen solange wie möglich in den eigenen vier Wänden bleiben: Für eine Pflege zu Hause durch ambulante Pflegedienste würden sich 43 Prozent der Befragten zunächst entscheiden. An zweiter und dritter Stelle der Präferenzliste folgen die Pflege durch Angehörige und die Pflege in betreuten Wohnungen. Pflegeheime stehen in der Beliebtheitsskala ganz unten. Nur 13 Prozent würden sich im Ernstfall für die stationäre Pflege entscheiden.

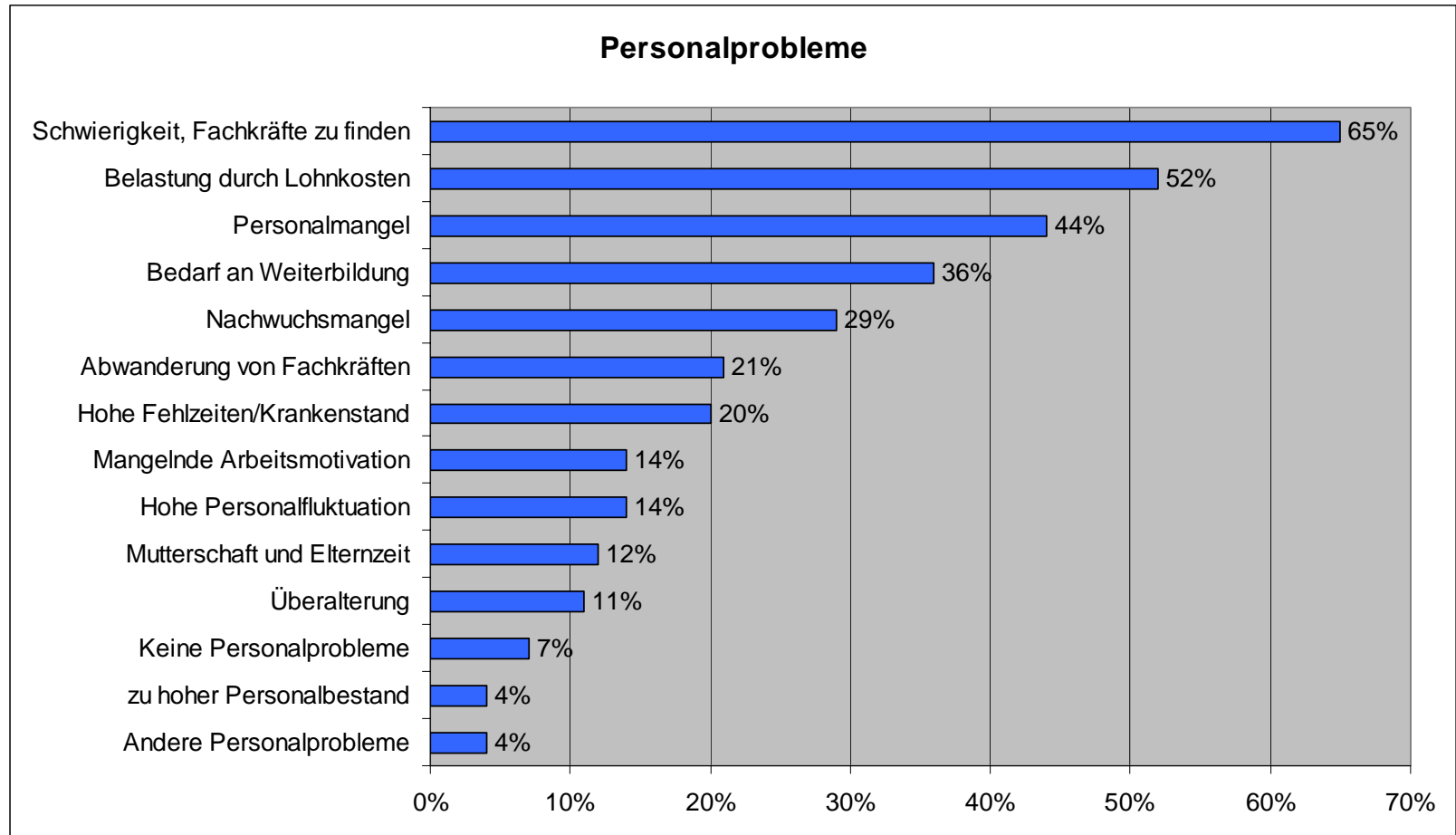
Das Pflegepersonal hat zuwenig Zeit für die Betreuung und Pflege der Patienten. Dies ist eines der Ergebnisse des Altenpflege-Monitors 2005. 81 Prozent der 1111 Befragten über 50 sind dieser Meinung. 70 Prozent halten die Pflege für zu teuer. Nur ein Viertel der Befragten ist der Ansicht, daß Pflegebedürftigen mit Respekt begegnet wird.



Pflegeökonomik

4. Ökonomische Dimensionen der Qualität

Personalprobleme im Gesundheits- und Sozialwesen 2002 (in % der befragten Betriebe)



Quelle: Gewiese, Leber, Schwengler 2003



5. Entwicklung

Pflegeökonomik

5. Entwicklung

Wir sehen einen erheblichen Forschungsbedarf in der Analyse der Arbeitsbedingungen der Pflege. Für den Dienstleistungsbereich Pflege ist die Logik der Industrialisierung nicht förderlich. Die Mehrdimensionalität der Dienstleistung sollte entsprechend erfasst und untersucht werden. Gleichzeitig ist hier die anwendungsorientierte Forschung erforderlich.

Das Patienten-Pflegepersonal-Verhältnis ist unter evidenzbasierten Kriterien zu sichern. Die volkswirtschaftlichen Kosten mangelnder Pflegeleistung sind hier zu dokumentieren. Dies gilt für die stationäre Versorgung im Krankenhaus wie in anderen Einrichtungen

Eine moderne Pflegearbeit sollte sich auf Ihre Kernaufgaben konzentrieren

Erforderlich ist die Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung der Pflegeleistung und die Messung der Wirksamkeit der Pflegeleistung

Der Qualität der Anbieter in der Leistungserstellung bzw. deren Ausbildung, Fort- und Weiterbildung kommt daher eine zentrale Bedeutung in der Prozess- und Ergebnisqualität zu.

Eine maßgebliche Aufgabe der Pflegeökonomie ist es, das optimale Verhältnis von Qualität und Kosten der Pflegedienstleistung zu eruieren

Pflegeökonomik

Institut für Gesundheits- und Pflegeökonomie (IGP)
Prof. Dr. Heinz J. Janßen
Hochschule Bremen – University of Applied Sciences
Neustadtswall 30
D – 28199 BREMEN

Tel: +49 (0) 421 5905 3788
Fax: +49 (0) 421 5905 3780

Mail: hjanssen@fbsw.hs-bremen.de