

Care Share 13

Gesundheitsversorgung braucht Infrastruktur
– Ein Architekturentwurf für einen neuen Systemtyp –

Impressum

Institut für Pflege, Altern und Gesundheit e.V.
(Registrierte Interessenvertreterin)

Große Mühlenwallstr. 37
26603 Aurich
www.i-pag.de

Autor:innen

Mitglieder des Instituts für Pflege, Altern und Gesundheit e.V.

Bilder

Eigene Darstellungen

Haftungsausschluss

Das vorliegende Werk wurde von den Autor:innen nach bestem Wissen und mit größter Sorgfalt erstellt. Die Ausarbeitungen sind als Standpunkt der Autor:innen aufzufassen. Eine Haftung für die Angaben übernehmen die Autor:innen nicht. Die in diesem Werk aufgeführten Informationen dürfen daher nicht direkt übernommen werden, sondern müssen von der Leser:in für die jeweilige Situation anhand der geltenden Vorschriften geprüft und angepasst werden.

Die Autor:innen sind bestrebt, in allen Publikationen die Urheberrechte der verwendeten Texte zu beachten, von ihnen selbst erstellte Texte zu nutzen oder auf lizenzfreie Texte zurückzugreifen.

Alle innerhalb dieses Dokumentes genannten und ggf. durch Dritte geschützten Marken- und Warenzeichen unterliegen uneingeschränkt den Bestimmungen des jeweils gültigen Kennzeichenrechts und den Besitzrechten der jeweiligen eingetragenen Eigentümer:in. Allein aufgrund der bloßen Nennung ist nicht der Schluss zu ziehen, dass Markenzeichen nicht durch Rechte Dritter geschützt sind!

©2023 Institut für Pflege, Altern und Gesundheit e.V.

Inhaltsverzeichnis

1.	Präambel	4
2.	Begründung für die Care Share 13-Systemarchitektur	7
2.1	Ärzt:innenzentrierung verhindert Interprofessionalität	7
2.2	Fehlende regionale Governancessstruktur	9
2.3	Irrtum Pflegeversicherung.....	11
2.4	Systemdualität GKV / PKV verhindert zukunftsfähiges Finanzmanagement	14
3.	Voraussetzungen für die Care Share 13-Systemarchitektur	15
3.1	Abschaffung der Dualität in der Krankenversicherung	15
3.2	Abschaffung der Pflegeversicherung.....	17
3.3	Entwicklung eines zukunftsorientierten Gesundheitsrechts	20
3.4	Aufbau der beruflichen Fachpflege	23
3.4.1	Rechtliche Verankerung der Fachpflege	24
3.4.2	Etablierung einer strukturierten Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachpflege	25
3.4.3	Entwicklung eines konsistenten Berufs- und Leistungsrechts für die Fachpflege	26
3.4.4	Einführen einer datengestützten Klassifikationssprache	28
3.5	Die vier zentralen Komponenten des Care Share-Gesundheitssystems	29
3.5.1	Regionale Care Share-Verbünde	29
3.5.2	Interprofessionalität als leitendes Organisationsprinzip	38
3.5.3	Digitalisierung als Baustatik.....	44
3.5.4	Care Share-Finanzierung	46
3.7	Erfolgreiche Transformation durch Care Share-Innovationsregionen	48
4.	Diskussion und Fazit für die Umsetzung	50

1. Präambel

Das Institut für Pflege, Altern und Gesundheit e. V. (IPAG) ist ein gemeinnütziger Verein und Think Tank, der für eine zeitgemäße Gesundheits- und Pflegeversorgung eintritt. Die Mitglieder des IPAG arbeiten überwiegend in der beruflichen Fachpflege, in Krankenhäusern, in den Einrichtungen und ambulanten Diensten der Langzeitpflege, in Dialysezentren, an Hochschulen, in Kommunen, in Krankenkassen oder sind selbstständig in der Beratung tätig. Nach ihrer Überzeugung kann es nur mit tiefgreifenden Strukturreformen gelingen, eine neue, durchgängige Versorgung auf- und auszubauen. Die Mitglieder des IPAG stellen in Frage, entwickeln Visionen und scheuen sich nicht, radikal neue Wege zu denken. Sie haben auf Basis persönlicher Erfahrungen, Expertise und Einschätzungen mit Care Share 13 einen Architekturentwurf für einen neuen Systemtyp der Gesundheitsversorgung entwickelt, den sie in diesem Positionspapier vorstellen und in die versorgungspolitische Diskussion einbringen. Entsprechend spiegelt das Positionspapier ausschließlich die subjektiven Standpunkte und Beurteilungen der im IPAG aktiven Expert:innen wider.

Das Positionspapier richtet sich an die politischen Entscheidungstragenden, Systemverantwortlichen und an alle interessierten Akteur:innen, die längst erkannt haben, dass es mit einem „Weiter so“ nicht möglich ist, ein stabiles Fundament für die Sicherung der staatlichen, existenziellen, sozialen Daseinsvorsorge zu gewährleisten. Das IPAG eröffnet mit diesem Positionspapier den überfälligen Dialog zur radikalen Neuausrichtung des Systems, denn das vor uns liegende Ressourcenproblem wird negiert. Alle an der Versorgung Beteiligten teilen sich im Care Share-System für das Gemeinwohl Raum, Zeit, Geld, Macht und eine neue Versorgungsfreude.

Die Bezeichnung Care Share 13 entstand aus der zentralen Forderung des IPAG, das bestehende Konstrukt der Pflegeversicherung gemäß SGB XI abzuschaffen, ein neues Buch in der Reihe der Sozialgesetzbücher I bis XIV zu entwickeln und die weiteren Sozialgesetzbücher mit Blick auf ihre gesundheitsrechtlichen Aspekte umzubauen. Da das SGB XIII bislang aus Rücksicht auf vermeintlich Abergläubige (SGB XIV = Opferentschädigungsgesetz) übersprungen wurde, stand die Entscheidung für die Mitglieder des IPAG schnell fest: Das neu zu schreibende Sozialgesetzbuch für die Care Share 13-Gesundheitsversorgung soll den Titel „SGB XIII“ tragen. Die Care Share 13-Gesundheitsversorgung ermöglicht gemäß neuem SGB XIII die dringend erforderliche Erweiterung der bislang limitierten Gesundheitsversorgungsleistungen.

Aberglaube bezeichnet laut Wikipedia den Glauben an die Wirksamkeit übernatürlicher Kräfte, den die Mehrheit der Menschen für unsinnig hält. Das in Deutschland existierende bismarcksche Gesundheitssystem führt zu dem gesundheitspolitischen Aberglauben, dass ein längst überholtes System nicht mehr geändert werden könne. Dadurch ist inzwischen ein Lock-in-Effekt entstanden: Feste Routinen etablierten sich als unüberwindbare Barrieren in der Gesundheitsversorgung, deren Veränderung nur noch mit einem „übernatürlichen“ Aufwand möglich erscheint und deshalb unterbleibt. Der Lock-in-Effekt zeigt sich für das deutsche Gesundheitswesen v. a. an folgenden Aspekten:

- Ärzt:innenzentrierte Organisation, d. h. Ärzt:innen sind der ausschließliche Bezugspunkt vielschichtiger Mechanismen, stationär wie ambulant.
- Verortung der beruflichen Fachpflege wie auch der familiären Pflege als dauerhaftes (v. a. weibliches) Ehrenamt
- Ausblendung der kommunalen Ebene in der Versorgungsorganisation
- Angebliche Notwendigkeit eines „Kassenwettbewerbs“ in einem Solidarsystem

Das IPAG ist überzeugt, dass es im deutschen Gesundheitssystem vorrangig kein Finanzierungsproblem gibt, sondern eine durch den Lock-in-Effekt entstandene Denkblockade. Diese zeigt sich darin, dass es vielen politischen Entscheidungstragenden, Systemverantwortlichen und beteiligten Akteur:innen nicht mehr gelingt, neue Wege für eine besser funktionierende Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Alle bisherigen Reformen, auch wenn sie „grundlegend“ genannt wurden, setzten nie an der Systemtektonik an und veränderten damit auch nicht das überholte System. Die Krankenhausreform und der jüngst vorgelegte Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Stärkung der kommunalen Ebene in der Versorgung setzen das bestehende sektorale und monoprofessionelle Denken fort. Es fehlt ein zeitgemäßes neues Systemdesign, an dem sich die aufeinander bezogenen kurz-, mittel- und langfristigen Strukturreformen ausrichten.

Care Share 13 ist ein solches Systemdesign, in das die Zukunft „hinein transformiert“ werden kann. Es eröffnet einen Ansatz, mit dem die dringlich notwendige Regionalisierung der Gesundheitsversorgung interprofessionell verwirklicht werden kann. Das Leitbild des IPAG ist ein am Gemeinwohl ausgerichtetes, integriertes, interprofessionelles Gesundheitssystem mit einer medizinisch-pflegerisch-gesundheitstherapeutischen Infrastruktur, die eine menschenwürdige Versorgung sichert. Aus Sicht des IPAG erfordert eine solche Versorgung eine starke berufliche Fachpflege, denn ohne die Fachpflege kann die Gesundheitsversorgung weder den medizinischen Fortschritt flächendeckend

umsetzen noch dem demographischen Wandel würdevoll begegnen. Die berufliche Fachpflege ist existenziell für die Daseinsvorsorge.

Die bisherigen Reformen fanden auf einer Systemtektonik statt, deren Urknall vor über 100 Jahren war. Die „Erdplatten“ dieser Tektonik bestehen aus „Rechtskonstrukten“, die historisch über-, unter- und nebeneinander entstanden sind. Die Folge waren Risse und Brüche in der Patient:innenversorgung, die z. B. zur Stigmatisierung der „Kassenpatient:innen“ führten, obwohl es sich hierbei um 90 % der Bevölkerung handelt. Sie sind also das „System“, das gerne als eines der besten Gesundheitssysteme der Welt bezeichnet wird. Auch der anhaltende Druck zur Erbringung „unnötiger“ v. a. ärztlicher Leistungen und die deutlich in Sektoren geteilten Bereiche „ambulant“ und „stationär“ demonstrieren diese Risse. Die „Heilversuche“ der 70er- bis 90er-Jahre wie v. a. Kostendämpfungsgesetze, Wachstumsautomatismus, Beschwörung des „Ehrenamts“ der beruflich und familiär Pflegenden können die Risse und Brüche nicht mehr überkleben. Die Digitalisierung, die als Instrument helfen soll, die Menschen besser zu versorgen, scheitert nachhaltig nicht an der Technik, sondern an der Systemtektonik mit ihren Akteur:innen.

Die Verwirklichung der Care Share 13-Gesundheitsversorgung erfordert eine fundamentale Transformation. Ein legislaturperioden- und parteiübergreifendes Transformationsziel bildet die Grundlage für dieses Jahrhundert-Infrastrukturprojekt und sichert damit über feste Ankerpunkte die für die Transformation erforderliche Agilität. Eine dauerhafte Care Share-Kommission gewährleistet den erfolgreichen Auf- und Ausbau der Care Share 13-Systemarchitektur und stellt die nachhaltige Transformation des Gesundheitssystems sicher. Es gilt, die Transformation hin zu einer Care Share 13-Daseinsvorsorge auf der Welle der Mega-Trends¹ agil-iterativ voranzubringen.

Das Positionspapier ist wie folgt aufgebaut:

- Kapitel 2 zeigt auf, aus welchen Gründen eine Care Share 13-Systemarchitektur erforderlich ist.
- Kapitel 3 beschreibt die maßgeblichen Voraussetzungen für die Care Share 13-Systemarchitektur und die vier zentralen Komponenten des Care Share-Gesundheitssystems.
- Kapitel 4 reflektiert den Architekturentwurf und stellt Handlungsschritte für die Politik vor.

¹ [Zukunftsinstitut Roche Gesundheitswelt 2049.pdf](#)

2. Begründung für die Care Share 13-Systemarchitektur

In Deutschland ist die Gesundheitsversorgung als staatliche Daseinsvorsorge historisch gewachsen nach dem Bismarck-Systemtyp² „anlassbezogen“ und „arztvorbehalten“ organisiert. Grundlage hierfür ist das Sozialgesetzbuch (SGB) V über die Krankenversicherung, das 1989 aus der Reichsversicherungsordnung (RVO 1911) hervorging.

2.1 Ärzt:innenzentrierung verhindert Interprofessionalität

„Die Ärzteschaft hat infolge ihrer speziellen Rolle im System (Wissen, Verordnung, Haftung, Abrechnung, Knotenpunkt im Netz der Zusammenarbeit) jedoch ‚besonders gute Chancen‘, den Default zu erwirken.“

Swiss academics, Interprofessionelle Zusammenarbeit³

Das Bismarck-System steht nur auf einem Bein, und zwar dem der ärztlichen Diagnose. Mit einer ICD⁴ scheint die Patient:in hinlänglich erklärt. Für die Berufspflege gibt es bis heute in Deutschland keine datengestützte Pflegeterminologie und damit rangiert sie noch hinter den Therapieberufen, für die zumindest sporadisch im Rehabilitationsbereich die ICF⁵ angewandt wird, die jedoch nicht in den niedergelassenen Arztpraxen verankert ist. Es kann daher nicht abgebildet werden, wie ein Mensch gesundet und wie er mit Funktionseinschränkungen und den dazugehörigen Heil- und Hilfsmitteln lebt oder wie Krankheiten vorgebeugt werden können. Die Salutogenese hat in Deutschland bisher keine Sprache, weil sie keinen Wert hat. Sie kann sich jedoch entwickeln, wenn Systemverantwortliche auch um den Wert jener Berufe und Versorgungsbereiche wissen, die die Salutogenese umsetzen. Dies betrifft – neben der Individualprävention – auch die öffentliche Gesundheit und damit die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)⁶. Der Neupakt⁷ ist nach Corona bereits beschlossen und nun zu gestalten. Werden dabei die ärztliche Berufsgruppe, die vorwiegend der Logik des „Reparatureingriffs“ folgen muss, und die präventiv-salutogenetisch arbeitenden Berufsgruppen wie

² Schölkopf, Martin; Pressel, Holger (2017). Das Gesundheitssystem im internationalen Vergleich.

³ swiss academics interprofessionelle zusammenarbeit - Google Suche

⁴ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

⁵ International Classification of Functioning, Disability and Health

⁶ S. u.a. Elsner, Gine (2022) Vom Abseits in die Mitte: die Gesundheitsämter. Kreisärzte, Medizinalräte, Amtsärzte: Geschichte und Aktualität einer Institution

⁷ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/o/oeffentlicher-gesundheitsdienst-pakt.html>

Pflegefachpersonen, Therapeut:innen und andere Personen der Gesundheitsfachberufe aller Versorgungsbereiche auf Augenhöhe gebracht, hebt dies die wackelige „Einbeinigkeit“ des Systems zugunsten einer stabilen „Mehrbeinigkeit“ auf.

Der Ärzt:innenvorbehalt nach SGB V § 15 Abs.1 Satz 2 „durchdringt“ das SGB V und die untergesetzlichen Normen (v. a. Richtlinien, Rahmenempfehlungen, Versorgungsverträge). Andere, vor allem präventiv-salutogenetisch wirkende Gesundheitsfachberufe wurden und werden bislang aufgrund der historisch gewachsenen ärztlichen Leitbilddominanz⁸ und des darin verankerten Ärzt:innenvorbehalts nicht professionalisiert, nicht genormt und dadurch in den Versorgungsverträgen nicht explizit abgebildet. Es spielt im „Arzt-SGB V“ keine Rolle, wie ärztliche, pflegerische oder therapeutische Leistungen vor Ort organisiert werden. Die Konsequenz: Bis heute umfasst die Versorgungsplanung nur die ärztliche Berufsgruppe in Relation zur Bevölkerung und das inzwischen mehr schlecht als recht.

Das Gesundheitssystem hat vielfältige Entwicklungslinien, die historisch immer wieder zu Knotenpunkten der Gesetzgebung führten, z. B.:

- Die Einführung der Versicherungspflicht bei Krankheit für definierte Bevölkerungsgruppen im Jahr 1883
- Die Kollektivierung der Ärzt:innenschaft und der Kassen in den 1910-1930er Jahren (Vorläufer G-BA)⁹
- Die Trennung der Sektoren in ambulant und stationär im Jahr 1955
- Die Einführung von Markt- und Wettbewerbsprinzipien und des SGB XI in den 1990er Jahren

Die Ärzt:innenzentrierung als zentrale Achse des deutschen Gesundheitssystems ist jedoch seit 1911 unverändert.

Das Kassenarzneitsgesetz aus dem Jahr 1955¹⁰ sichert den Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertretung der niedergelassenen Ärzt:innenschaft bis heute das ambulante Behandlungsmonopol und verhindert seither trotz zahlreicher Sonderregelwerke der sogenannten Selektivvertragswelt

⁸ s. hierzu Huerkamp, Claudia (1985): Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert sowie Jütte, Robert (1997): Geschichte der deutschen Ärzteschaft sowie Döhler, Marian (1997): Die Regulierung von Professionsgrenzen – Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich
<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/69265/1/73563307X.pdf>

⁹ https://www.ipw.uni-hannover.de/fileadmin/ipw/AB4_Dateien/Publikationen_AB4/Doehler_1997_Regulierung_von_Professionsgrenzen.pdf

¹⁰ Thomas Gerst (2004): Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945-1955

zuverlässig ambulante Behandlungen im Krankenhaus.¹¹ An dieser Sektorengrenze zur „ambulanten“ Versorgung sollen Krankenhäuser und die niedergelassenen Ärzt:innen zukünftig eine moderne „zu ambulantisierende“ Versorgung umsetzen. Zurzeit geschieht dies unter Negierung der nicht-ärztlichen Berufe, vor allem auch der beruflichen Fachpflege. Auch die Anwendung längst überholter ambulant-ärztlicher Honorarsysteme (Einheitlicher Bewertungsmaßstab, EBM; Gebührenordnung für Ärzt:innen, GOÄ)¹² führt nicht in die Zukunft.

2.2 Fehlende regionale Governancestruktur

„In der Verfassungsordnung der Bundesrepublik gibt es nicht ‚den Staat‘, der die Gesundheitsversorgung normativ regeln und administrativ umsetzen könnte. Die Gesetzgebungskompetenz ist zwischen Bund und Ländern verteilt. Der Bund kann den Kommunen zur Umsetzung von Gesetzen kaum Vorgaben machen. Zudem sind zentrale Akteure der Gesundheitsversorgung nicht staatliche Behörden, sondern Sozialversicherungsträger und privatwirtschaftlich agierende Versicherungsunternehmen.

Je weiter sich eine moderne und zeitgemäße Organisation der gesundheitlichen Versorgung von der Ausrichtung auf die Behandlung einer einzelnen Person auf die Schaffung gesundmachender oder gesunderhaltender Strukturen und Lebensverhältnisse orientiert, desto schwerer lässt sie sich mit der traditionellen Kategorie der Sozialversicherung erfassen.“

Prof. Dr. Ulrich Wenner¹³, Neustart! Für das Gesundheitsrecht

Schon lange ist bekannt, dass die kommunale Ebene mehr Verantwortung und Mitsprache bei der Organisation der Gesundheits- und Pflegeversorgung benötigt als bisher. Finden die Menschen vor Ort keine Ärzt:in oder keinen Pflegedienst mehr, bitten sie ihre Bürgermeister:innen oder Landrät:innen um Hilfe. Diese haben jedoch rechtlich keine Handhabe, um das Problem zu lösen. Schließlich ist die Krankenversicherung gemäß SGB V bislang der Bizeps der ambulanten Gesundheitsversorgung und dies als Bundesrecht. Dabei ist es ein Unterschied, ob die Bundesebene im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über neue Medikamente oder Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

¹¹ s. u.a.

https://antispam.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Krankenhauserport/2016/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_khr2016_kap01.pdf

¹² Erkennbar am aktuellen Referentenentwurf Krankenhausreform (Stand: Mai 2023)

¹³ Neustart! für das Gesundheitsrecht – Ein Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung (bosch-stiftung.de)

entscheidet oder ob sie eine integrierte und interprofessionelle Gesundheits- und Pflegeversorgung, die vor Ort für die betroffenen Menschen leicht zugänglich ist, organisiert. Letzteres kann nicht zentral erfolgen. Auch die Pflegeversicherung gemäß SGB XI hat überwiegend bundesrechtliche Muskeln, die vor allem die Altenpflege aus der kommunalen Zuständigkeit in die Höhen landes- und bundesrechtlicher Vorschriften gehoben hat.¹⁴

Es gibt mannigfaltige Modellprojekte und Förderprogramme für eine stärkere Einbeziehung der Kommunen in die Gesundheitsversorgung für eine zukunftsfähige Regionalentwicklung, um gleichwertige und menschenwürdige Lebensverhältnisse zu sichern. Auch der Innovationsfonds in der GKV adressiert immer mehr die kommunale Einbeziehung, obwohl er aufgrund seiner Verankerung im SGB V nicht die Finanzierung z. B. öffentlicher Aufgaben vorsehen kann. Kommunen dürfen vom Grundsatz her keine Gesundheitsversorgung übernehmen. Der aktuelle Koalitionsvertrag und der Referentenentwurf des BMG zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG vom 15.06.2023) thematisieren diese historische Trennlinie nicht.

Im deutschen Gesundheitssystem ist ein regelhaftes Zusammenwirken der Kommunen und der Selbstverwaltungsakteur:innen zu entwickeln. Dabei geht es nicht darum, die bestehenden Selbstverwaltungsakteur:innen abzuschaffen, um den Kommunen mehr Raum und Mitgestaltungsmöglichkeiten zu geben. Vielmehr geht es darum, die Erfahrungen und die Expertise aller an der regionalen Governancestruktur beteiligten Akteur:innen einzubringen und auch die Finanzierung entlang neuer Mischmodelle zwischen v. a. Beitrags- und Steuermitteln rechtlich sauber neu auszuhandeln, damit nicht Krankenkassenmittel – wie derzeit mit dem GVSG – für unbestimmt beschriebene neue öffentliche Aufgaben eingesetzt werden.

¹⁴ s. u.a. Aner, Kirsten / Karl, Ute (2010): Handbuch Soziale Arbeit und Alter

2.3 Irrtum Pflegeversicherung

„Herr Dierbach ist kein Mann der sanften Worte. ,Wenn sie die alten und gebrechlichen Menschen alle wegschmeißen auf den Sondermüll, wenn sie sie in Pflegeheimen einkasernieren und für krank erklären, weil sie nicht mehr so funktionieren, wie sie funktionieren sollen, bleibt das auch nicht ohne mentalen Schaden für die Gesellschaft!“.

Oskar Dierbach, ehem. Geschäftsführer Evangelische Altenhilfe Mülheim a. d. Ruhr,
SZ-Artikel 24./25./26.12.2022¹⁵

Die „Pflege“ wird in Deutschland vor allem unter der „Pflegeversicherung“, dem SGB XI, wahrgenommen und verbucht, obwohl das SGB XI keine bedarfsangemessene pflegerische Versorgung zahlt. Grund hierfür ist, dass die berufliche Fachpflege im aktuellen Gesundheitssystem nicht verankert ist. Das zeigt sich beispielsweise deutlich in der Gremienstruktur des G-BA, in der weder Pflegefachpersonen noch Therapeut:innen und weitere Gesundheitsfachberufe einen festen Platz und somit kein Antrags- und Mitberatungsrecht haben. Auch im SGB XI, z. B. im Qualitätsausschuss (§ 113b),¹⁶ spielt die berufliche Fachpflege eine untergeordnete Rolle, wie schon die Sitzverteilung erkennen lässt.

Laut aktuellem Referentenentwurf des GVSG vom 15.06.2023 soll die Fachpflege zwar ein Antrags- und Mitberatungsrecht erhalten, allerdings nach wie vor kein Mitentscheidungsrecht. Dieser Reformvorschlag zeigt deutlich, dass die berufliche Fachpflege weiterhin nicht ernstgenommen wird, sondern die „Pflege“ lediglich als ein Kostenfaktor betrachtet wird, über den andere bestimmen können. In allen Settings werden die beruflich Pflegenden an der Ausübung ihres Berufes gehindert, da sie ihre in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen v. a. aufgrund des Ärzt:innenvorbehaltes nicht einsetzen können: Beruflich Pflegenden mit und ohne Examen teilen im Krankenhaus Kaffee aus und benötigen in der ambulanten Versorgung eine ärztliche Verordnung für die Erbringung einer häuslichen Krankenpflege. Über die Notwendigkeit einer pflegerischen Unterstützung entscheidet der Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI, jedoch nicht die Pflegefachperson im Rahmen ihrer Vorbehaltsaufgaben. Wenn die Rede davon ist, dass beruflich Pflegenden mehr Kompetenzen erhalten sollen, dann soll das nur dazu dienen, um die Ärzt:innen zu entlasten.

¹⁵ s. auch Dierbach, Oskar (2023): Rehabilitative Altenpflege

¹⁶ <https://www.gs-qa-pflege.de/der-qualitaetsausschuss/>

Für die berufliche Fachpflege in Deutschland ist folglich zu konstatieren, dass sie für die politischen Entscheidungstragenden und Systemverantwortlichen keine relevante Profession in der Gesundheitsversorgung ist. Folglich ist es derzeit kein politisches Ziel, die berufliche Fachpflege systemstrukturell zu verankern, damit sie ihre Anliegen wie z. B. ihre Arbeitsbedingungen selbst regeln kann. So bleibt der beruflichen Fachpflege, die die größte Berufsgruppe in der Gesundheitsversorgung repräsentiert, nach wie vor verwehrt, was mit Hilfe der Politik und der Kassen für die Ärzt:innenschaft bereits vor 100 Jahren geschaffen wurde, nämlich eine Selbstverwaltungsstruktur in einem sich als Selbstverwaltung bildenden System. Ursächlich ist, dass die berufliche Fachpflege, wie kaum ein anderer Frauenberuf, mit der (bürgerlichen) Frauenrolle und dem weiblichen Sozialcharakter des „Helfen wollen“ verbunden ist.^{17,18} Letztlich waren und sind die das System prägenden Personen in Politik, Selbstverwaltung und Ärzt:innenschaft überwiegend männlichen Geschlechts.

Die Aussage „Pflegen kann jeder.“ offenbart das reduzierte Bild zu der beruflichen Fachpflege. Dazu hat v. a. das SGB XI beigetragen, das darauf setzt, dass An- und Zugehörige die pflegerische Versorgung in Eigenleistung und im häuslichen Umfeld übernehmen. Alternativ können Pflegebedürftige die grundpflegerischen Leistungen der ambulanten Pflege wie v. a. Waschen, Ankleiden und Ernährung als Ersatz zur Angehörigenpflege in Anspruch nehmen, wenn ihre Angehörigen diese Eigenleistungen nicht (mehr) übernehmen können. Da das SGB XI nur ein Teilleistungsrecht¹⁹ ist, bleibt ein Großteil der pflegefachlichen Leistungen – insbesondere auch bei schwerwiegender Pflegebedürftigkeit – bei den Angehörigen, die damit vor allem aufgrund der fehlenden pflegefachlichen Kenntnisse und Kompetenzen physisch wie psychisch überlastet sind. Darüber hinaus kann eine berufliche Fachpflege nur in Anspruch genommen werden, wenn sie als häusliche Krankenpflege (HKP) nach den Vorgaben einer G-BA-HKP-Richtlinie ärztlich verordnet wird. Es besteht für Pflegebedürftige und ihre An- bzw. Zugehörigen kein „freier“ Zugang zu einer beruflich tätigen Pflegefachperson.

Die SGB XI-Grundversorgung ist als Verrichtungspflege unabhängig vom Erbringungsort, d. h. sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting, defizitorientiert und unterfinanziert. Die salutogenetischen, therapeutischen und rehabilitativen Kompetenzen der beruflichen Fachpflege werden mangels eines zeitgemäßen Weltbildes in Deutschland über die fachpflegerische Kompetenz

¹⁷ s. http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band8_Kapitel4_Bischoff.pdf

¹⁸ Caring Masculinities | Care-Arbeit | bpb.de

¹⁹ s. Artikel DIE ZEIT von Hanna Grabbe (07.11.2022): Pflege: Teilwaschen: 5,90 €; Ankleiden: 2,95 €; Medikamentengabe: 3,85 €

nicht zugelassen; es wird „in die Betten“ gepflegt, statt „raus aus den Betten“.²⁰ Sowohl die fehlende Verankerung der beruflichen Fachpflege im Gesundheitssystem als auch die wirkmächtige Vermengung und Gleichsetzung der beruflichen Fachpflege mit der Angehörigenpflege führten zur Deprofessionalisierung der beruflichen Fachpflege, zur dauerhaften Überforderung der pflegenden Angehörigen und über die Jahre zum Rückzug der Kommunen aus der Alten(langzeit)pflge.²¹ Darüber hinaus hat sich in der Beschreibung von Menschen als „Pflegefall“ eine unwürdige Sprache entwickelt.

Die Pflegeversicherung gemäß SGB XI ist im Sinne eines systematischen Neuansatzes nicht reformierbar und nicht zukunftsfähig. Hauptgründe dafür sind der initiale Zweck der Pflegeversicherung, nämlich die Motivation der Angehörigen, die „Pflege“ selbst auszuführen, und die Negierung der fachpflegerischen Kompetenz. Mit „Pflege“ war und ist in diesem Kontext das Betreuen, das Durchführen der grundpflegerischen Leistungen wie v. a. Waschen, Ankleiden und Unterstützen beim Essen und Trinken sowie das Ausüben hauswirtschaftlicher Leistungen gemeint. Die berufliche Fachpflege soll lediglich diese „einfacheren“ Aufgaben übernehmen, wenn die Angehörigen diese nicht mehr bewältigen können.

Für alle Settings (Krankenhaus, Rehabilitation, Langzeitpflege) gilt bis heute: Die Leistungen der beruflichen Fachpflege sind nicht anhand einer datengestützten Pflegeterminologie beschrieben. Es fehlt ein Scope of Practice, in dem ein konsistentes Berufs- und Leistungsrecht regelt, was wer mit welcher Qualifikation machen darf. Die bestehenden Personalbemessungsinstrumente beruhen auf unspezifischen und unwissenschaftlichen Grundlagen wie Pflegegrad und Minutenwerten. Folglich gilt es, die Pflegeversicherung SGB XI in der aktuellen Ausgestaltung und im aktuellen Bezugsrahmen abzuschaffen, damit die berufliche Fachpflege und die Angehörigenunterstützung getrennt voneinander neu entwickelt werden können. Beide sind unerlässlich für die existenzielle Daseinsvorsorge.

²⁰ SZ-Artikel 24./25./26.12.2022, s. auch Dierbach, Oskar (2023): Rehabilitative Altenpflege

²¹ s.a. Siebter Altenbericht (siebter-altenbericht.de)

2.4 Systemdualität GKV / PKV verhindert zukunftsfähiges Finanzmanagement

„Ein Großteil derjenigen, die sich mit der GKV beschäftigen, sind Privatversicherte. Meistens, weil sie Beamte sind, die Wissenschaftler fast alle, die sind Hochschullehrer oder die Ministerialbeamten, die die Gesetze machen, sind nicht gesetzlich versichert. Ein Großteil der Abgeordneten ist nicht gesetzlich versichert, ein Großteil der Journalisten und Journalistinnen ist nicht gesetzlich versichert. Das ist nicht unwichtig, weil, meine Damen und Herren, auch für die Überlegung warum ist das so schwer eigentlich wegzukommen von diesem System, weil da viele in wichtigen Funktionen sind, die auch individuell um den Verlust von Privilegien fürchten können.“

Prof. Dr. Klaus Jacobs, langjähriger Geschäftsführer WIdO-Geschäftsführer²²

Die Honorierung der niedergelassenen Ärzteschaft und die Reformfähigkeit des Versorgungssystems sind eng miteinander verknüpft. Die zwei unterschiedlichen Honorierungssysteme EBM und GOÄ erwachsen als Parallelwelten aus der gemeinsamen Preußischen Gebührenordnung (PREUGO)²³ entlang der über das 20. Jahrhundert gewachsenen Dualität zwischen der GKV (seit den 1970er Jahren rd. 90 % der Bevölkerung) und der PKV (rd. 10 % der Bevölkerung). Beide Honorarsysteme sind u. a. aufgrund ihres Einzelverrichtungscharakters und als Systeme, die sowohl zur Leistungsausweitung als auch zur Leistungsunterlassung anhalten, abzuschaffen, denn beide Systeme sind nicht wirtschaftlich, intransparent und es fehlt die Evidenzausrichtung. Die PKV lehnt sich an das GKV-System an, denn die PKV wurde historisch bedingt nie Teil des gestaltenden GKV-Versorgungssystems, das sich z. B. um Qualitätsstandards kümmert. Sie ist ein „System-Left-over“, ein Relikt.

Die Abrechnung über die GOÄ ist vor allem für viele niedergelassene Ärzt:innen finanziell lukrativ, da Leistungen mehr als doppelt so hoch wie bei GKV-Patient:innen²⁴ abgerechnet werden können. Der drohende Verlust der Privatabrechnung²⁵ begründet den Widerstand der organisierten Ärzt:innenschaft und dieser verhindert bis heute, dass neue Versorgungsstrukturen mit neuen Vergütungsmixen für moderne Versorgungsabläufe flächendeckend implementiert werden können.

²² WIdO-Symposium: Das duale System der Kranken- und Pflegeversicherung – ein deutsches Unikum mit Zukunft? | Termine | Presse | AOK-Bundesverband (aok-bv.de), Aufzeichnung des WIdO-Symposiums am Donnerstag, den 4. Mai 2023 (s. ab Minute 17:42) zur Verabschiedung von Klaus Jacobs

²³ Bannert, Uwe (1986): Diskussionen um ärztliche Gebührenordnungen im 19. Jahrhundert. Ein Beitrag zur Geschichte des ärztlichen Honorars.

²⁴ s.u.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorkommission__KOMV__-_Dezember_2019.pdf

²⁵ s.u.a. Reiners, Hartmut in Neustart“ für das Gesundheitsrecht (2021): Gestaltung ärztlicher Vergütung

Dieser Aspekt wiegt inzwischen mit Blick auf die Gestaltung einer modernen Versorgung schwerer als die unsolidarische GKV/PKV- Dualität. Schlussendlich wird die medizinische Behandlung aus Gründen des Patientenwohls unabhängig des Versichertenstatus erbracht. Für ein zukunftsfähiges Finanzmanagement einer menschenzentrierten, interprofessionellen und zugehend ausgerichteten Gesundheitsversorgung ist die Abschaffung der Dualität in der Krankenversicherung dringlich geboten.

3. Voraussetzungen für die Care Share 13-Systemarchitektur

Nachfolgend wird aufgezeigt, wie die Platten der Systemtektonik als Voraussetzung für die Transformation hin zu einem Care Share-Gesundheitssystem neu zu gestalten sind. Dafür werden die maßgeblichen Voraussetzungen für die Care Share 13-Systemarchitektur konkretisiert. Dazu gehören:

- Die Abschaffung der Dualität in der Krankenversicherung als Voraussetzung für die Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds zu einem Care Share Fonds
- Die Abschaffung der bestehenden Pflegeversicherung (SGB XI) für die Professionalisierung der Berufspflege und die Entwicklung einer zukunftsfähigen Angehörigenunterstützung
- Die Entwicklung eines zukunftsorientierten Gesundheitsrechts
- Der Aufbau der beruflichen Fachpflege

3.1 Abschaffung der Dualität in der Krankenversicherung

Finanzierungsstrukturen sind das Fundament der Gesundheitsversorgung. Da das Care Share 13-Gesundheitssystem auf gemeinwohlorientierten und solidarischen Prinzipien basiert, ist die Abschaffung der privaten Krankenvollversicherung eine wesentliche Voraussetzung für die gelingende Verwirklichung der Care Share 13-Versorgung.

Die unterschiedlichen Rahmenbedingungen, die durch das Solidarprinzip (GKV) und Äquivalenzprinzip (PKV) entstanden sind, ermöglichten zu keinem Zeitpunkt einen Wettbewerb im Sinne einer Vergleichbarkeit und einer Zielerreichung unter denselben Voraussetzungen.²⁶ Eine Wahlmöglichkeit hat letztlich nur ein sehr kleiner Versichertenkreis, der jung, bei guter Gesundheit und gut verdienend ist. Auf Basis eines einheitlichen Krankenversicherungssystem können die nächsten Schritte hin zu einer Care Share 13-Versorgung eingeleitet werden:

²⁶ Private Krankenversicherung - Alles was Sie wissen müssen - Stiftung Warentest / Gesetzliche Krankenversicherung - Wer sich gesetzlich versichern kann – oder muss - Stiftung Warentest

- Der Gesundheitsfonds wird zu einem Care Share Fonds weiterentwickelt.
- Die GKV-Kassen, die mit ihren Verbänden in einer (prä)bismarckschen-berufsständischen „Systemhängung“ installiert sind, entwickeln sich zu Care Share-Kooperativen fort.
- Für die PKV-Unternehmen bedeutet die Transformation in eine Care Share-Kooperative zwei zentrale Schritte: Zunächst ist eine strategische Unternehmensentscheidung zu treffen, wofür sie eine klare Zeitschiene benötigen, die von der Care Share-Kommission vorgegeben ist:
 - Aufgabe und Rückzug aus dem Krankenversicherungsvollgeschäft oder
 - Transformation in einen Krankenvollversicherer nach GKV-Solidarprinzip (Gesundheitsfonds und morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich)Ist die Transformation des PKV-Unternehmens zu einem Krankenvollversicherer nach GKV-Solidarprinzip erfolgt, kann sich das Unternehmen zu einer Care Share-Kooperative entwickeln.

In zahlreichen Gutachten²⁷ sind die zentralen Aspekte für die Harmonisierung der Versicherungssysteme beschrieben. Hierzu gehören für die PKV insbesondere:

- Überführung der Altersrückstellungen in den Gesundheitsfonds
- Ablösung der Beihilfe²⁸ durch Zahlung eines Arbeitgeberbeitrags
- Entwicklung bezahlbarer Care Share-Tarife im Rahmen der Überführung der Selbstständigen

Die Transformation der bestehenden Krankenversicherungsunternehmen (GKV und PKV) von der klassischen Rolle eines „Kostenträgers“ in Gestalt einer Krankenkasse hin zu einem gemeinwohlorientierten und solidarischen Care Share Fonds mit Care Share-Kooperativen markiert einen historischen Aufbruch. Ziel ist es, eine gemeinwohlorientierte Finanzierung zu etablieren, die ein Finanzmanagement für neue Mischfinanzierungen entlang der neuen Versorgungsaufgaben vorhält. Auf dieser Basis kann ein modernes Vertragsgeschäft, das vor allem auf datengestützten, evaluierbaren und unbürokratischen Versorgungsverträgen beruht, aufgebaut werden. Wenn das Ansinnen des einstigen „Büchsenpfennigs“²⁹ erhalten bleiben soll, d. h. die solidarische Absicherung untereinander für den Wechselfall des Lebens, dann sind die Finanzierung und die Versorgung im Gleichschritt für die Care Share 13-Versorgung zu gestalten. Für die erforderliche Regionalisierung der

²⁷ S. Literatur: Hans-Böckler- & Friedrich-Ebert-Stiftung, Kingreen, KOMV, Fisahn, Greß, Reiners, Etgeton, Längen

²⁸ Hübner, Steffen (2020): Krankenversicherungspflicht versus Vorsorgefreiheit. Eine beamtenrechtliche Betrachtung

²⁹ Büchsenkasse – Wikipedia

Versorgung sind darüber hinaus öffentliche Mittel nötig, die bereits heute für Medical Care und Social Care zur Verfügung gestellt werden. Allerdings sind die Finanzströme nicht passend strukturiert, sodass Ressourcen derzeit verschwendet werden.

3.2 Abschaffung der Pflegeversicherung

Zweck der Pflegeversicherung gemäß SGB XI ist es, pflegerische Ersatz- und Ergänzungsleistungen zu versichern, die vor allem von Angehörigen – zumeist von Frauen – übernommen werden, damit die pflegebedürftigen Familienmitglieder nicht in ein Heim müssen. Rund zwei Drittel, der nach SGB XI eingestuften Pflegebedürftigen, werden zu Hause gepflegt; lediglich ein Drittel werden in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege versorgt.³⁰ Diese Daten belegen, dass der initiale Zweck der Pflegeversicherung erreicht wird.

Das SGB XI wurde unter dem falschen Namen „Pflege“-Versicherung eingeführt, denn wie im Kapitel 2.3 beschrieben, war die berufliche Fachpflege zu keinem Zeitpunkt das Anliegen der Pflegeversicherung und diese ist somit kaum enthalten. Mit dem SGB XI als Teilleistungsrecht wurde beabsichtigt, die Kommunen finanziell bei der Sozialleistung „Hilfe zur Pflege“ zu entlasten, die greift, wenn pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen nicht mehr in der Lage sind, den Eigenanteil der notwendigen Pflegeversorgung selbst zu tragen.

Das SGB XI stellt die Angehörigen in die erste Reihe der Versorgungs- und Kümmerarbeit, obwohl die Menschen von einer professionellen, medizinisch-pflegerischen Infrastruktur der Daseinsvorsorge unterstützt werden müssten, für die eine starke Fachpflege erforderlich ist. Die in Deutschland geläufige Bezeichnung der pflegenden Angehörigen als der „größte Pflegedienst“ in Deutschland zeichnet ein unzutreffendes Bild und entwertet die Fachlichkeit, Kompetenz und Expertise der beruflich Pflegenden. Nach diesem falschen Verständnis wäre es konsequent, die im Januar 2020 eingeführte generalistische Pflegeausbildung wieder abzuschaffen. Zugleich wäre in diesem Fall keine weitere Akademisierung der beruflichen Fachpflege vonnöten.

Das bestehende SGB XI bürdet den pflegenden und hilfeleistenden Angehörigen Lasten auf, die sie nicht tragen können. Sie sind insbesondere bei längerer und schwerwiegender Pflegebedürftigkeit häufig physisch, psychisch und finanziell überlastet, da sie sehr schnell ihre Arbeitszeiten für die

³⁰ Vdek Basisdaten 2023

Durchführung der Angehörigenpflege reduzieren müssen. Der damit verbundene volkswirtschaftliche Verlust wird bislang nicht betrachtet.³¹

Das Leistungsprofil der Pflegeversicherung nach SGB XI ist wie eine Schablone festgelegt. Pflegebedürftige können diese Leistungen auf Basis einer Einstufung in einen „Pflegegrad“ in Anspruch nehmen. Dazu legt die Pflegebegutachtung mittels eines Fragenkatalogs³² fest, wie stark die Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen eingeschränkt ist. An dieser Stelle ist auf folgende erhebliche Mängel hinzuweisen:

- Der Fragenkatalog bedient sich – auch nach dem „neuen“ Pflegebedürftigkeitsbegriff – nicht-wissenschaftlich validierter Instrumente zur Feststellung des Selbstständigkeitsdefizits.³³
- Die alleinige Ausrichtung der Pflegebegutachtung auf die Ermittlung des Selbstständigkeitsdefizits³⁴ ist nicht suffizient, um den individuellen Pflegebedarf professionell zu erheben. Dafür müssten weitaus umfangreichere Assessments eingesetzt werden, z. B. aus dem Bereich der Geriatrie. Pflegenden Angehörigen fordern eine solche pflegebedarfsgerechte Erhebung längst ein.³⁵
- Die Pflegebedürftigen erhalten entsprechend des vorliegenden Selbstständigkeitsdefizits gemäß SGB XI-Schablone basale Unterstützungsleistungen einer Verrichtungspflege (z. B. Körperpflege, An- und Auskleiden, Hauswirtschaft, Betreuung), obwohl die pflegebedürftigen Menschen keine homogene Gruppe sind.
- Der derzeit geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff kann lediglich zur Feststellung der basalen Alltagshilfen dienen. Er wird jedoch fatalerweise auch für die Personalbemessung und andere Berechnungen zugrunde gelegt.

Die Abschaffung des bestehenden SGB XI ist zwingend erforderlich. Das bedeutet, dass die Finanzierung einer neuen, bedarfsorientierten Angehörigenunterstützung für die basalen Alltagshilfen

³¹ DIW Berlin: Pflegenden Angehörigen in Deutschland: Auswertungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels

³² <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflegeantrag-und-leistungen/was-pflegegrade-bedeutend-und-wie-die-einstufung-funktioniert-13318>

³³ s.u.a. Brühl, Albert / Planer, Katarina; 2019 Pflege in Baden-Württemberg" (PiBaWÜ)

³⁴ s. u.a. auch Dierbach, Oskar (2023): Rehabilitative Altenpflege. Therapeutisches Pflegemodell: Konzept, praktische Umsetzung, Kosten und Nutzen.

³⁵ <https://www.wege-zur-pflege.de/beirat>

(Grundpflege, Hauswirtschaft) und für die finanzielle Anerkennung der pflegenden Angehörigen gesellschaftlich neu zu verhandeln ist. Hierfür sollten die zahlreichen Erfahrungen und Vorschläge der bestehenden Initiativen aus der KAP (Konzertierten Aktion Pflege)³⁶ und die Forderungen der pflegenden Angehörigen^{37,38} ernst genommen, aufgegriffen und zu einem neuen SGB XI oder einem neuen Alltagshilfenunterstützungsgesetz entwickelt werden. In diesem Zuge ist der Status „pflegender Angehöriger“ einschließlich der damit verbunden Aufgaben eindeutig zu klären.

Es ist dringend geboten, dass die politischen Entscheidungstragenden und Systemverantwortlichen ein Bewusstsein für die Anbieterstruktur im „Pflegermarkt“³⁹ entwickeln, um die „Pflege“ zukunftsorientiert zu verbessern. Politische Entscheidungstragende haben bei der Einführung des SGB XI ausdrücklich gewünscht und gefördert, dass die Leistungen der Pflegeversicherung marktwirtschaftlich organisiert werden. So existieren seit der Einführung des SGB XI Wohlfahrtsverbände und private Anbieter für die stationäre und ambulante Pflege. Diese unterschiedlichen Anbieter wie z. B. der DRK-Kreisverband, kleine und mittelständische Familienbetriebe und Private Equity Fonds⁴⁰ stehen in den Verhandlungen mit den Kostenträgern nebeneinander. Sie vertreten unter dem Namen „Pflegeverbände“ ihre Interessen als Arbeitgeber:innen, d. h. zuvorderst die Interessen der Einrichtungen und nicht die Interessen der Pflegefachpersonen. Für den Pflegebereich fehlen – abweichend zum Arzt- oder Krankenhausbereich – strukturierte Kostenstrukturanalysen anhand von Panelpraxen⁴¹ oder Kalkulationskrankenhäusern bei der Entgeltentwicklung. Dadurch und durch das mangelnde Verständnis zu den Entwicklungen und Geschehnissen auf der Anbieterseite bedingt, ist das Verhandlungsgeschäft zwischen den Pflegeverbänden und den Kostenträgern intransparent und in den 16 Bundesländern äußerst fragmentiert und zerstückelt.⁴² Kostenträger und „Pflegeanbieter“ verhandeln seit Jahrzehnten eine „Pflege“ und dabei sind folgende Mängel festzustellen:

- Die Aufgaben der beruflichen Fachpflege wurden bislang nicht konkret beschrieben.
- Es fehlt eine Terminologie für die berufliche Fachpflege.
- Die Qualitätsaspekte werden bisher nicht von den Pflegefachpersonen eingebracht.

³⁶ <https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2020/12/Brosch%C3%BCre-DPR-FK-LZP.pdf>

³⁷ Mein Manifest: "WIR! Manifest für eine menschliche Pflege" | Wir! Stiftung pflegender Angehöriger (wir-stiftung.org)

³⁸ <https://www.wege-zur-pflege.de/beirat> Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf; Stiftung „wir pflegen“, VdK-Studie unter <https://www.vdk.de/deutschland/pages/85895/pflegestudie?dsc=ok>

³⁹ [Pflegermarkt.com](https://www.pflegermarkt.com) - Analysen und Marktdaten aus dem Pflegemarkt

⁴⁰ Christoph Strünck (2000): Pflegeversicherung – Barmherzigkeit mit beschränkter Haftung. Institutioneller Wandel, Machtbeziehungen und organisatorische Anpassungsprozesse

⁴¹ Zi-Praxis-Panel | Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

⁴² s. Blog und Veröffentlichungen Häusliche Pflege | System und Praxis (syspra.de)

- Es mangelt an einer Ressourcen- und Angebotsplanung für die berufliche Fachpflege. Punktuelle Beschreibungen sind für eine zukunftsorientierte Fachpflege nicht ausreichend.

Die Konsequenz: Ist die SGB V-Pflege nicht mehr kostendeckend, entscheidet der Pflegedienst für sich, ob er sie noch anbietet oder nur noch die SGB XI-Pflege, die zuweilen besser bezahlt wird. Dieses „Marktgeschehen“ ist bislang unsichtbar, denn es existiert kein Erfassungssystem für die weißen Flecken und die zahlreichen Menschen, die unzureichend versorgt sind, weil Pflegedienste für sie keine Kapazität mehr haben. Die bestehende Intransparenz und die fehlenden systemischen Kostenstrukturanalysen finden bislang keine politische Aufmerksamkeit. Der Fokus der politischen Entscheidungstragenden liegt vor allem bei den hohen Eigenanteilen, die die Pflegebedürftigen in der stationären Pflege zahlen müssen. Transparenz ist jedoch für alle Bereiche notwendig.

3.3 Entwicklung eines zukunftsorientierten Gesundheitsrechts

Das deutsche Sozialgesetzbuch ist die Darstellung des Sozialrechts, bestehend aus den Sozialgesetzbüchern I bis XIV.⁴³ Das Sozialrecht wurde mit seiner Geburtsstunde im Jahr 1881 in Säulen aufgesetzt (Krankheit, Unfall, Invalidität, Alter), es wuchs und im Jahr 1911 wurden die vielen Einzelregelungen mit der Reichsversicherungsordnung erstmals gebündelt. Über das 20. Jahrhundert wuchsen die Säulen weiter wie z. B. im Jahr 1927 (Arbeit), 1995 (Pflege) und 2001 (Rehabilitation/ Teilhabe). Die SGB-Struktur wurde seit den 70er Jahren schrittweise zu einem Gesamtwerk aufgebaut, um zum einen die RVO-Vergangenheit zu verlassen und zum anderen die beständig hinzukommenden Leistungen und Regelungen zu erfassen und abzubilden.⁴⁴ Die zu Versorgungssäulen gewachsenen Sozialgesetzbücher umfassen jeweils vielfältige Regeln der Gesundheitsversorgung wie z. B. zur ärztlichen und pflegerischen Versorgung, Rehabilitation oder zum Einsatz der Heil- und Hilfsmittel und sie sehen z. T. jeweils eigene medizinische Kontrolldienste vor. Damit existiert kein übergeordneter Grundsatz einer patientenorientierten, barrierefreien und an Evidenz ausgerichteten Gesundheitsversorgung. Die Patient:innen erhalten jeweils nur das nach dem SGB sozialrechtlich „Zugewiesene“, obwohl eine Schnittwunde eine Schnittwunde und ein psychisches Leiden ein psychisches Leiden ist. So haben z. B. die Unfall- und Rentenversicherung bereits seit vielen Jahren ein

⁴³ Sozialgesetzbücher II (Grundsicherung für Arbeitssuchende), III (Arbeitsförderung), V (Krankenversicherung), VI (Rentenversicherung), VII (Unfallversicherung), VIII (Kinder- und Jugendhilfe), IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen), XI (Pflegeversicherung) und XII (Sozialhilfe)

⁴⁴ s. u.a. Wabnitz, Reihard J (2021): Grundkurs für die soziale Arbeit. 6. Auflage oder Kokemoor, Axel (2022): Sozialrecht, 10. Auflage.

patient:innenzentriertes Care- und Case Management, welches für die Krankenversicherung trotz zahlreicher Modellprojekte⁴⁵ bis heute nicht eingeführt ist.

Das bestehende, historisch vertikal gewachsene „Gesundheitsrecht“ ist durch die Versäulung fragmentiert. Dies führt zwangsläufig zu Bürokratismus, denn eine Abgrenzung ist grundsätzlich zu begründen. Diese systemstrukturell angelegten Schnittstellen sind auch nicht dauerhaft mit einem Care- und Case Management zu heilen, sondern nur mit einem Gesundheitsrecht, das von den Patient:innen ausgehend angelegt ist und sich an Evidenz und einer stringenten Versorgungslogik orientiert.

Es ist zwingend erforderlich, dass das Gesundheitsrecht den medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Fortschritt aufnimmt und in Anwendung bringt. Rechtsgrundlagen sind eine wesentliche Infrastruktur und diese veralten genauso wie die Verkehrsinfrastruktur. Nach den Optimierungen des Sozialrechts im Jahr 1911 und in den 70er Jahren ist es höchste Zeit für einen Aufbruch in eine neue Epoche, denn die Rechtsgrundlagen, die der Versorgungspraxis Halt geben sollen, sind zwischenzeitlich wieder in z. T. voneinander isolierte Bruchstücke „ausgeeinzelnt“. Das SGB V und das SGB XI mit ihrem untergesetzlichen Normengeflecht sind nicht mehr durchschaubar; sie werden zunehmend zu einer „Zettelwirtschaft“ wie z. B. die Regeln zur ambulanten ärztlichen Versorgung, zu Modellvorhaben und zu Besonderen Versorgungsformen. Anders ausgedrückt: Die Versorgungspraxis „erstickt“ zunehmend am „Bismarckmodus“. Kein Bürokratieentlastungsgesetz und auch keine Bürokratiekostenermittlung,⁴⁶ die vor der Verabschiedung jeder neuen Norm durchgeführt wird, kann das heilen.

Eine operativ handhabbare Patient:innenversorgung erfordert ein einfaches und bürokratisch barrierefreies Gesundheitsrecht, das den Menschen in den Mittelpunkt stellt und nicht die ärztliche Berufsgruppe, wie es v. a. das SGB V mit seinen historisch gewachsenen Regelungen macht. Es ist bei der Patient:innenversorgung deutlich zwischen den Sach- und Geldleistungen zu trennen. Die Auszahlung reiner Geldleistungen wie z. B. Rente, Krankengeld oder Arbeitslosenunterstützung ist anders zu betrachten als personennahe, vor Ort zu organisierende Dienstleistungen von Ärzt:innen, Pflegefachpersonen oder Therapeut:innen. Da vor allem die „nicht-ärztlichen“ Gesundheitsfachberufe aufgrund der ärztlichen Leitbilddominanz und des darin verankerten Ärzt:innenvorbehalts im

⁴⁵ <https://www.bmceiv.de/wp-content/uploads/2023-01-12-BMC-Positionspapier-Gesundheitslotsen.pdf>

⁴⁶ <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/arbeitsweise/buerokratiekosten/>

bisherigen Versorgungsprozess kaum berücksichtigt werden und für sie keine zeitgemäßen Berufsgesetze⁴⁷ existieren, ergibt sich – neben der zwingend notwendigen Neustrukturierung des Versorgungsleistungsrechts – die Berufsrechtsentwicklung als herausfordernde zusätzliche Aufgabe.

Durch die Entsäulung des bestehenden Sozialrechts kann die große Komplexität im Versorgungssystem vereinfacht und insbesondere die im SGB XI angelegte Ursache für die Deprofessionalisierung des Pflegeberufs in Deutschland beseitigt werden. Zudem ist die Entsäulung Voraussetzung dafür, dass die Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung erfolgreich verwirklicht werden kann. Für diese umfassende Modernisierung des Gesundheitsrechts und die Schaffung einer zeitgemäßen sozialrechtlichen Infrastruktur sollte in Anlehnung der Vorgehensweise in den 1970er-Jahren eine Kommission eingerichtet werden.

Die Umgestaltung der bestehenden Sozialgesetzbücher kann hier nur skizziert werden:

- **Entwicklung eines SGB 13 (Care Share):** In diesem neuen SGB werden die Gesundheitsversorgungsleistungen aus den alten SGB „herausgelöst“ und im Sinne der modernen Care Share-Versorgungsverträge barrierefrei, evidenzbasiert und unter Berücksichtigung neuer Vergütungsregeln zusammengesetzt. Das neue SGB 13 soll damit sicherstellen, dass etwaige Finanzausgleiche unter den Kostenträgern im Verwaltungsbackoffice ausgetragen werden und nicht mehr in den Behandlungszimmern. Die zeitgemäße Berufsgesetzgebung und die Aufbauarbeit für die Gesundheitsfachberufe begleiten den Aufbau des SGB 13.
- **Zusammenführung der SGB I, IV und X zu einem SGB (Allgemeine Vorschriften):** Die Digitalisierung verändert die Verfahrensabläufe in allen Bereichen. Entsprechend sind die „Verwaltungssozialgesetzbücher“ I (Allgemeiner Teil), IV (Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung) und X (Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz) zu überarbeiten, zu straffen und in einem neuen Sozialgesetzbuch zusammenzuführen. Folglich kann darauf verzichtet werden beispielsweise die Regeln des Datenschutzes und die Aspekte der Telematikinfrastruktur in den Sozialgesetzbüchern neu aufzunehmen.
- **Umgestaltung des SGB V (Krankenversicherung):** Das SGB V wird „entkernt“. So kann die „Beitragsseite“ (z. B. versicherte Personenkreise, Beitragseinzug, Rechte und Pflichten der

⁴⁷ file:///prod.d001.loc/home/BA12831/Home/Downloads/die-aerztinnen-muessen-es-nicht-alleine-richten-ein-sechs-punkte-plan-fuer-mehr-verantwortung-und-augenhoehe-fuer-die-gesundheitsfachberufe.pdf

Versicherten) in das neue SGB Allgemeine Vorschriften integriert werden. Die Themen, die nicht unmittelbar die Care Share 13-Versorgung betreffen, sind separat für die Krankenversicherung zu kodifizieren. Hierzu gehören z. B. die Regulierung der Arznei- und Hilfsmittelversorgung. Entsprechend sollte eine passgenaue Bezeichnung für das neue SGB V entwickelt werden.

- **Abschaffung des SGB XI (Pflegeversicherung):** Die bisherige Konstruktion der Pflegeversicherung wird abgeschafft, denn sie ist ursächlich dafür, dass die von den Angehörigen übernommenen pflegerischen Leistungen mit der beruflichen Fachpflege verwechselt und vermengt wurden und schließlich die Fachpflege selbst erheblich deprofessionalisiert wurde. Für die Gestaltung und Finanzierung einer neuen Alltagshilfenunterstützung (v. a. Unterkunft, Verpflegung, Betreuung, individuelles Wohnumfeld, Hauswirtschaft) können die bisherigen Erfahrungen genutzt und weiterentwickelt werden.⁴⁸ Neu zu entwickeln und zu verhandeln ist die finanzielle Absicherung der pflegenden Angehörigen⁴⁹ v. a. hinsichtlich Rentenpunkte, Zeitwerte und Pflegegehalt. Die Gruppe der pflegenden An- und Zugehörigen ist hierfür differenzierter als bisher zu betrachten.⁵⁰

3.4 Aufbau der beruflichen Fachpflege

Die berufliche Fachpflege ist existenziell für die Daseinsvorsorge und den Aufbau des bislang vergeblich angestrebten integrierten, interprofessionellen Gesundheitssystems. Die berufliche Pflege ist schon von der Quantität her eine Grundversorgung und als solche existenziell für eine funktionierende Gesellschaft. Sie ist deshalb zwingend zu professionalisieren, denn sie hält das Räderwerk des integrativen Versorgungssystems am Laufen: Sie pflegt die Menschen, unabhängig ihres Alters und sie steuert die Versorgung, z. B. sichert sie die anspruchsvolle peri- bzw. postoperative Patientenbetreuung anlässlich einer ambulanten Operation. Ohne eine eigenständige Fachpflege, die auf Augenhöhe zum medizinischen Personal und den weiteren Gesundheitsfachberufen arbeitet, ist der geplante Umbau der Krankenhauslandschaft nicht erfolgreich umsetzbar.

⁴⁸ Broschüre-DPR-FK-LZP.pdf (deutscher-pflegerat.de)

⁴⁹ s.u.a. Haubner, Tine (2017: Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft. Laienpflege in Deutschland oder auch van Dyk, Silke / Haubner, Tine (2021): Community-Kapitalismus als auch Haubner, Tine (2020): Grenzen der Gemeinschaft. „Caring Communities“ im Kontext der Pflegekrise.

file:///prod.d001.loc/home/BA12831/Home/Downloads/SR-10497_Apuz_Pflege_ba_0.pdf oder Zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege Länderübersicht unter

<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=727>

⁵⁰ Mein Manifest: "WIR! Manifest für eine menschliche Pflege" | Wir! Stiftung pflegender Angehöriger (wir-stiftung.org)

Das Etablieren der beruflichen Fachpflege als Profession beinhaltet, dass die Pflegefachpersonen über entsprechende wissenschaftliche Studiengänge eine akademische Expertise und systematisches berufliches Fachwissen aufbauen können. Die Professionalisierung bedeutet auch, in ihrem Handlungsfeld autonom arbeiten zu können, indem sie die beispielsweise Ausbildung und die Zugangs- bzw. Zulassungsvoraussetzungen eigenständig festlegen und den Fachpflege-Beruf mit entsprechender Autonomie, Berufsethik und Berufsordnung ausüben. Das setzt jedoch einen gesetzlich geschützten Handlungsraum voraus, der über eigene Selbstverwaltungsgremien wie Kammern oder entsprechende Institutionen zu ermöglichen ist⁵¹.

Im Rahmen einer Aufbaudekade zur Schaffung einer Selbstverwaltungsstruktur sind folgende Schlüsselmaßnahmen umzusetzen:

- Verbindliche, rechtliche Verankerung der Fachpflege in den Gremien und Institutionen auf den Ebenen des Bundes, der Länder und der Kommunen
- Sicherstellung einer strukturierten Aus-, Fort- und Weiterbildung der akademischen und fachschulpflegerischen Pflege sowie der Pflegehelfer:innen und Pflegeassistent:innen durch Pflegekammern (resp. auch Gesundheitsfachberufekammern), um eine Durchlässigkeit der unterschiedlichen Qualifizierungsgrade und den Einsatz eines Skill-Grade-Mix in der Versorgung zu ermöglichen
- Erstellung eines konsistenten Berufs- und Leistungsrecht zur Berufsausübung
- Einführung einer datengestützten Klassifikationssprache (Pflegeterminologie)

3.4.1 Rechtliche Verankerung der Fachpflege

Eine gleichberechtigte Mitsprache und aktive Mitwirkung der beruflichen Fachpflege in den politischen Gremien auf Bundesebene im G-BA und auf Landes- und Kommunalebene sind unabdingbar für die Verwirklichung einer integrierten Care Share 13-Versorgungsplanung und Versorgungsorganisation. Dies beinhaltet:

⁵¹ s. zur Historie der unterschiedlichen Stränge der „Pflege“ u.a. Literatur von Kreuzer, Susanne 2005, „Vom ‚Liebesdienst‘ zum modernen Frauenberuf – Die Reform der Krankenpflege nach 1945“ / Transformation pflegerischen Handelns (2010) sowie Eylmann, Constanze (2015) Es reicht ein Lächeln als Dankeschön – Habitus in der Altenpflege

- Systematisierung und rechtlich-verbindliche Vorgabe der Inhalte einer Pflegeangebotsplanung und einer Pflegeressourcenplanung unter Berücksichtigung der vorliegenden Beispiele⁵²
- Eigenverantwortliche Übernahme der Vertragsgestaltungen wie auch der Honorarverhandlungen mit den Kostenträger:innen durch Vertreter:innen der beruflichen Fachpflege
- Aufbau eines zentralen Instituts, z. B. eines Bundespflegeinstituts, für die Durchführung von Kostenstrukturanalysen im Bereich der Fachpflege für alle Versorgungssettings, für die Vertragsgestaltung und die Verhandlungen mit Kostenträger:innen und Versorgungspartner:innen

3.4.2 Etablierung einer strukturierten Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachpflege

Mit Ausnahme der Bundesländer Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen existieren bislang für die berufliche Pflege keine Organe bzw. Körperschaften öffentlichen Rechts, die die Aus-, Fort- und Weiterbildung regeln und die Qualität der erbrachten Leistungen sichern.

Für den Aufbau der Care Share 13-Gesundheitsversorgung sind Kammern – ähnlich der Bundesländer Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen – oder eine andere neu zu entwickelnde Gremienform des öffentlichen Rechts unerlässlich, damit die Vertreter der Fachpflege ihre Inhalte des Berufsstandes selbstorganisiert gestalten und verantworten können – und zwar nach Kammer- bzw. Länderrecht. Dies beinhaltet auch die Erarbeitung einer Musterberufsordnung.

Das im Jahr 2020 im Zuge der Generalistik aus den bisherigen Pflegefachberufen „Altenpflege“, „Gesundheits- und Krankenpflege“ und „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ zusammengeführte gemeinsame Berufsbild „Pflegefachfrau/-mann“ sollte sicherstellen, dass die Fachpflege im internationalen Vergleich anschlussfähig bleibt. Allerdings entspricht die deutsche Pflegeausbildung im europäischen und weltweiten Vergleich derzeit nur noch einer Pflegeassistenz gemäß Kompetenzniveau DQR 4 und nicht mehr dem Kompetenzniveau DQR 6. Deshalb ist eine strukturierte Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachpflege auch auf akademischem Niveau zwingend erforderlich.

⁵² s. Pflegeplanung Land Niedersachsen

https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheits_pflegerische/landespflegebericht-2020-ubersicht-uber-die-derzeitige-pflegerische-versorgungssituation-in-niedersachsen-201790.html oder Evaluationsbericht Pflegekonferenzen Baden-Württemberg https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Evaluation-Kommunale-Pflegekonferenzen_Abschlussbericht_2022.pdf

3.4.3 Entwicklung eines konsistenten Berufs- und Leistungsrechts für die Fachpflege

Das Pflegeberufegesetz gibt in § 5 als Berufszulassungsgesetz nur die Ziele der Pflegeberufausbildung vor, die Hinweise auf die zu erwartenden Kompetenzen von Pflegefachpersonen geben. Die im § 4 des Pflegeberufegesetzes vorgegebene Vorbehaltsaufgabe der Pflegefachberufe kann bislang in der Leistungserbringung nicht verwirklicht werden. Hinzu kommt, dass beruflich Pflegende ihre in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen vor allem aufgrund des Ärzt:innenvorbehaltes (SGB V) und des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (SGB XI) derzeit nicht einsetzen können. Darüber hinaus wurde das Niveau der Pflegeausbildung in den letzten zwanzig Jahren signifikant herabgestuft.

Konzentrieren sich die politischen Akteur:innen und Systemverantwortlichen nicht auf die Professionalisierung der Fachpflege, sondern weiterhin auf die Deprofessionalisierung, wie es aktuell in Niedersachsen mit der Verkürzung der Ausbildung zur Pflegeassistentkraft⁵³ erneut vorgeführt wird, nehmen sie die Gefährdung von Patient:innen in Kauf. In der Konsequenz sind die Pflegeberufe und die damit verbundene Pflegeberufsausbildung obsolet, wenn die anhaltende, politisch beförderte Deprofessionalisierung stets mit dem Mangel an Pflegefachpersonen begründet wird. Diese Abwärtsspirale hat eine Sogwirkung mit gefährlichen Folgen für die zu versorgenden Menschen, von denen viele multimorbid sind und komplexere Versorgungsbedarfe haben. Die ausgebildeten Pflegefachpersonen können aufgrund der erheblichen Herabstufung des Ausbildungsniveaus nicht mehr mit der Akutheit der Erkrankungen, die vorwiegend im Krankenhaus behandelt werden, mithalten oder eine zeitgemäße therapeutische Pflege⁵⁴ umsetzen.

Die Herabstufung des Kompetenzniveaus der Fachpflege wird auch an der noch ungeklärten Stelle des Pflegeberufegesetzes sichtbar, dass die Steuerung des Pflegeprozesses laut § 4 des Pflegeberufegesetzes eine der Fachpflege vorbehaltene Aufgabe ist. Doch diese aktive Steuerung des Pflegeprozesses durch die Fachpflege passt nicht zu der bisher „gewohnten“ ärztlichen Verordnung einer häuslichen Krankenpflege oder der Einschränkung durch einen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Letztlich wird in Deutschland die Steuerung des Pflegeprozesses mit dessen Dokumentation verwechselt. Die mit dem Pflegeprozess verbundenen fachlichen Aktivitäten werden in Deutschland nicht ansatzweise umgesetzt und auch nicht finanziert, so ist z. B. unklar, mit welchen Instrumenten die Informationen im ersten Schritt des Pflegeprozessmodells eingeholt und ausgewertet werden sollen. Auch ist die Versorgung der älteren Menschen längst nicht mehr hinreichend mit der

⁵³ Pflegeassistent: Niedersachsen bietet verkürzte Ausbildung (aerzteblatt.de)

⁵⁴ Wie zuvor erwähnt Oskar Dierbach oder <https://www.domino-world.de/>

„Altenpflege“ beschrieben, sodass die therapeutischen Kompetenzen einer gerontologischen, gerontopsychiatrischen, gesundheitsförderlichen, präventiven und psychiatrischen Pflege zwingend im Pflegefachberuf zu integrieren sind.

Damit langfristig eine bedarfsangemessene Gesundheitsversorgung sichergestellt werden kann, sind die Kompetenzen der Pflegefachberufe in entsprechenden Qualifikationsniveaus und insbesondere die unabdingbaren Spezialrollen der Fachpflege und die dafür erforderlichen gut strukturierten Fort- und Weiterbildungsangebote auf- und auszubauen, die im internationalen Raum längst etabliert sind: u. a. Advanced Nurse Practitioner, Nurse Specialists, Nurse Consultant. Zudem ist den Pflegefachpersonen nach dem primärqualifizierenden Pflege-Bachelorstudiengang zu ermöglichen, Clinical Leader in der direkten Patient:innenversorgung zu werden.

Im Zuge des Aufbaus der Care Share 13-Gesundheitsversorgung ist deshalb ein konsistentes Berufs- und Leistungsrecht für die Fachpflege zu entwickeln. Es ermöglicht, dass die fachpflegerischen Leistungen erstmals kodifiziert werden können.

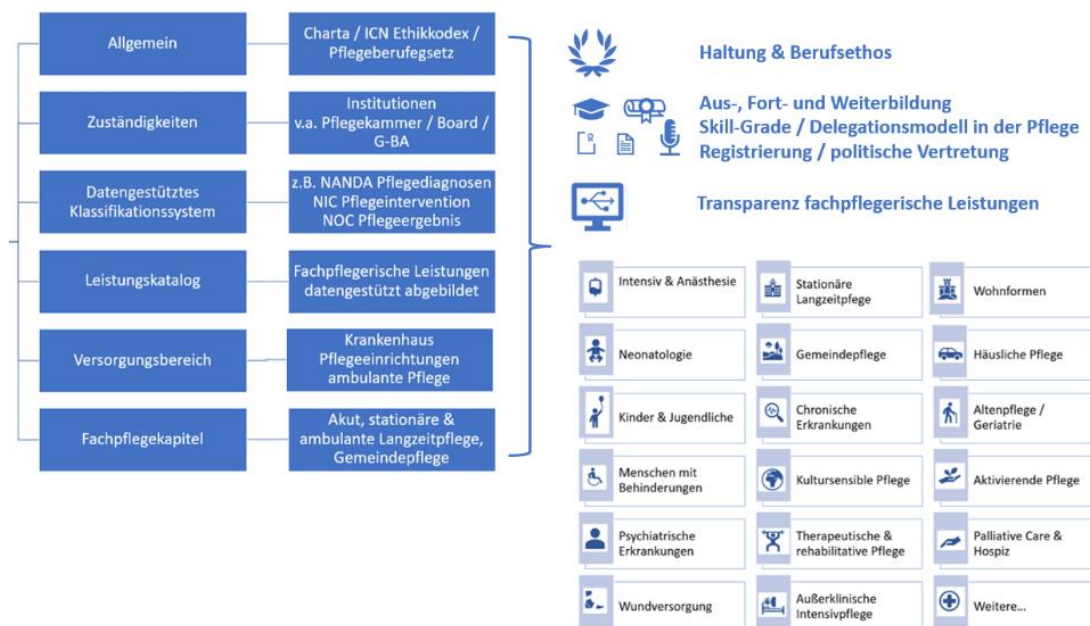


Abbildung 1: In einem „echten“ Pflegeberufegesetz werden die Inhalte der Fachpflege kodifiziert.

3.4.4 Einführen einer datengestützten Klassifikationssprache

Um im Zuge des Aufbaus der Care Share 13-Gesundheitsversorgung eine zeitgemäße und digitalisierungsfähige Fachpflege zu etablieren, ist die Einführung einer standardisierten Pflegefachsprache und Codierung unerlässlich. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) kann unter Einbindung von Pflegeinformatiker:innen die Verantwortung für die Entwicklung eines Pflegeklassifikationssystems übernehmen, welches sodann für die Regelversorgung bereitgestellt wird. Grundlagen hierfür bieten die international anerkannten und etablierten datengestützten Klassifikationssysteme wie z. B. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Intervention (NIC) und Nursing Outcomes Classification (NOC). Durch eine datengestützte Klassifikationssprache wird der Wissenskörper⁵⁵ der Fachpflege eindeutig sichtbar und die diversen Pflegephänomene können erstmals einheitlich identifiziert, definiert, standardisiert, klassifiziert und validiert werden. Das ermöglicht:

- Eine wissenschaftliche Basis für das Pflegewissen
- Das einfache und schnelle Erheben des individuellen Pflegebedarfs
- Den Verzicht auf die Parallelstruktur „Medizinischer Dienst“ (MD) bzw. auf die regelhafte Inanspruchnahme des MD als „Standardeinschätzungsdienstleister“.

Eine datengestützte Bedarfserhebung der fachpflegerischen Maßnahmen und Alltagshilfen ermöglicht, dass gleichzeitig ein Unterstützungsscore für die Alltagshilfen ermittelt werden kann. Dieser kann auf die bereits vorliegende Abgrenzung von Pflege und Hauswirtschaft⁵⁶ zurückgreifen und deren sinnvolle Kooperation umfassen. Eine adäquate und valide Datengrundlage erlaubt, dass Vorhersagemodelle und -prognosen entwickelt werden, die zuverlässigere „Zukunftsszenarien“ als bisher ermöglichen.

⁵⁵ https://www.vfp-apsi.ch/fileadmin/user_upload/2015_03_20-D-Expertenbericht.pdf

⁵⁶ Broschüre-DPR-FK-LZP.pdf (deutscher-pflegerat.de)

3.5 Die vier zentralen Komponenten des Care Share-Gesundheitssystems

3.5.1 Regionale Care Share-Verbünde

„Institutionen sind die starken Arme der Kooperation, sie formen das komplexe Zusammenspiel von Faktoren, das jedes System trägt“.⁵⁷

Elinor Ostrom, Wirtschaftsnobelpreisträgerin 2009

Eine interprofessionelle, sektorenintegrierende und sozialraumbezogene Versorgungsorganisation benötigt eine neue physische Zielstruktur, wenn v. a. der „Arztsitz“ nicht mehr das organisationale Ordnungselement ist. Dies bestätigt auch Wenner: „Jede Neuausrichtung gesundheitlicher Versorgung muss sich in einem gesicherten rechtlichen Rahmen bewegen. Das ist nicht nur eine rechtsstaatliche Selbstverständlichkeit, sondern auch aus praktischen Gründen zwingend. Kein Reformprozess kann gelingen, bei dem jeder Schritt mit rechtlichen, insbesondere verfassungsrechtlichen Risiken verbunden ist und immer wieder damit gerechnet werden muss, dass strukturelle Änderungen durch gerichtliche Entscheidungen aufgehoben oder zumindest zeitweilig ausgesetzt werden.“⁵⁸ Eine rechtlich verfasste regionale Governancestruktur ist dringend geboten, denn nur mit und in ihr sind die Funktionselemente Versorgungsplanung, Versorgungsorganisation der Leistungserbringenden und die Versorgungssicherstellung verbindlich zu ordnen.

Für diese Zielstruktur sind – z. B. nach dem Vorbild der regionalisierten Sicherstellung der Wasser- oder Energieversorgung⁵⁹ – Regionale Versorgungsverbünde (Care Share-Verbünde) auf Basis z. B. der gültigen Einteilung nach Landkreisen und kreisfreien Städten aufzubauen. Kommunale Kooperationen unterhalb der Kreisebene bilden den Nukleus und liefern die Impulse zur Organisation auf übergeordneter Ebene.⁶⁰ Das Konzept der „Zentralen Orte“⁶¹ wird auf dieser Basis weiterentwickelt.

Der aktuelle GVSG-Entwurf sieht eine stärkere Beteiligung der Kommunen vor, die jedoch mit Bezug auf Zuständigkeiten, Planung und Sicherstellung noch ungeregelt ist. Es fehlt darüber hinaus seit nunmehr 30 Jahren ein ordnungspolitisches Ziel, sodass weder Standards noch Vorgaben für

⁵⁷ Ostrom, Elinor (2009): Was mehr wird, wenn wir teilen. Vom gesellschaftlichen Wert der Gemeingüter.

⁵⁸ Neustart! für das Gesundheitsrecht – Ein Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung (bosch-stiftung.de)

⁵⁹ <https://www.ruhrverband.de/ueber-uns/struktur/>

⁶⁰ <https://www.thuenen.de/de/themenfelder/laendliche-raeume>

⁶¹ <https://www.bmwsb.bund.de/Webs/BMWSB/DE/themen/raumentwicklung/raumordnung/zentrale-orte/zentrale-orte-node.html>

Gesundheitsregionen und deren Aufgaben existieren und die Beitragszahler:innen für die Finanzierung aufkommen. Zweifelsfrei benötigen diese Gesundheitsregionen eine Entwicklungsphase und ein gesundheitspolitisches Ziel, das klärt, wie sie beschaffen und finanziert sein sollen. Hierfür sind Regionen als Reallabore zu etablieren, um ein definiertes Ziel hin zur Care Share-Versorgung zu erreichen. Anders formuliert: Wenn das Verkehrswegenetz neu ausgebaut werden soll, so wird dies auf Basis eines Bundes- und Landesverkehrswegeplans geplant und umgesetzt. Es wäre nicht akzeptabel, wenn jede Kommune eigenständig vor Ort den Straßenbau autorisiert. In der Gesundheitsversorgung verhält es sich entsprechend.

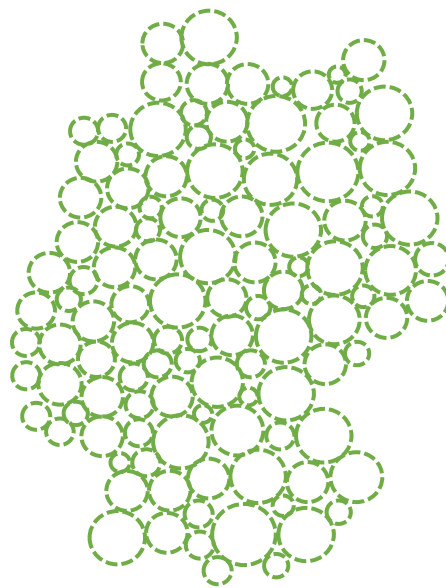


Abbildung 2: Regionale Care Share Verbünde sind als neue integrative Governancestruktur zu etablieren. Das setzt voraus, dass diese Zielstruktur ein politisch übergeordnetes Systemtransformationsziel ist, für das Zuständigkeit und Finanzierung grundsätzlich neu verhandelt werden müssen.

Care Share-Verbünde werden als Shared Leadership-Institutionen aufgebaut, in denen Vertreter:innen der Kommunen, Kassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhäuser, Berufspflege und der Apotheker- und Therapeut:innenschaft die regionale Versorgungskette sicherstellen.

Kernaufgaben der regionalen Care Share-Verbünde sind:

- Planung der integrierten regionalen Versorgung
- Organisation der Versorgung auf Basis eines Tandem- und Circle-Line-Vertrages
- Systemische Sicherstellung der Versorgung im Gesamtprozess (z. B. Vermeidung von Doppelstrukturen, Verfügbarkeit der Leistungserbringenden vor Ort). Für die Versorgungssicherstellung der einzelnen Tandems und Leistungserbringenden sind neben der

Entwicklung zeitgemäßer Berufsrechte v. a. neue haftungs- und steuerrechtliche Regelungen zu entwickeln.

Für die Bürger:innen können in diesem Zuge erstmals geregelte Mitwirkungsmöglichkeiten eingerichtet werden. Es sind Anhörungs-, Beratungs- und Entscheidungsbefugnisse zu entwickeln, mit denen die Handlungsfähigkeit des Gremiums sichergestellt werden kann. Digitale Kommunikationsinstrumente helfen bei dieser neuen direkten Form des „Demokratiemanagements“. Bürger:innenräte fördern die Gesundheitskompetenz und Gesundheitssystemkompetenz in der Versorgungsregion. Insbesondere die partizipativen Prozesse helfen dabei, die gesellschaftlich notwendigen Diskussionen im Gesundheitswesen anzustoßen, wichtige Themen und Entscheidungen zu erklären, mit den Menschen vor Ort zu diskutieren und deren Zustimmung einzuholen. Die künftige Mitwirkung der Bürger:innen verhindert etwaige Eindimensionalität und Engführung der Versorgungsgestaltung, wie sie bis heute gelebt wird.

3.5.1.1 Versorgungsplanung

Für die Planung einer bedarfsgerechten, sozialraumbezogenen und integriert-interprofessionellen Versorgung benötigen Sozialplaner:innen und Versorgende einen Überblick darüber, wie viele Menschen in der Region des regionalen Care Share-Verbunds leben, welche Krankheiten und Versorgungsbedarfe vorherrschen und welche Versorgungskapazitäten benötigt werden. Sie beziehen dabei u. a. die regionale Bevölkerungsentwicklung, Mobilitätsmuster und epidemiologische Daten^{62,63} ein.

Der regionale Care Share-Verbund plant die Kapazitäten aller Gesundheitsfachberufe (Health Professionals) im Verhältnis zu den regionalen Versorgungsbedarfen, sodass im Ergebnis ein zeitgemäßer Versorgungsnetzfahrplan entsteht. Die bisher nur von einigen Bundesländern erstellten deskriptiven Berichte über das zahlenmäßige Vorkommen von Pflegeheimplätzen und Pflegediensten⁶⁴ sind dafür jedoch nicht ausreichend. Die derzeitigen Planungsmodernisierungen im Krankenhausbereich⁶⁵ – insbesondere bezüglich der kleineren Versorgungszentren – bilden erst den

⁶² versorgungsatlas.de - Detail

⁶³ SVR-Gutachten 2021 Digitalisierung

⁶⁴ z. B. Planung und Sicherung der pflegerischen Versorgungsstruktur in Niedersachsen | Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

⁶⁵ Regierungskommission legt Krankenhauskonzept vor - Lauterbach: Weniger Ökonomie, mehr Medizin (bundgesundheitsministerium.de)

Anfang einer notwendigen Care Share-Planung. Eine „Modernisierung der Medizin“ in Form einer Ambulantisierung kann nur auf dem starken Fundament einer interprofessionellen Versorgung, die die beruflich Fachpflege einschließt, gelingen.

Auf Bundesebene wird idealerweise ein Institut für Public Health⁶⁶ gegründet. Dieses schafft die Grundlagen für politische Entscheidungen, legt die Inhalte einer integrierten Versorgungsplanung als Standardanalysemuster fest und übermittelt die national gültigen Auswertungsformate über die Landesämter für Statistik an die Kommunalebene. Unterschiedliche wissenschaftliche Institute (z. B. ZI, WIG 2)⁶⁷ und auch Bundesministerien (z. B. daviplan)⁶⁸ beschäftigen sich mit derartigen Inhalten und haben in den vergangenen Jahren zahlreiche Vorarbeiten geleistet. Es fehlen jedoch sowohl eine zeitgemäße „Institutionen- und Gremienstruktur“ als auch eine moderne „Systemhalterung“, denn es existiert kein Systemziel für ein post-bismarcksches Versorgungssystem. In der Konsequenz können die vielfältigen Arbeiten nicht nachhaltig orchestriert eingesetzt werden.

Dank valider Daten zur regionalen Daseinsvorsorge und konkreter Planungsentscheidungen werden ermöglicht:

- Zukunftsgerichtete Betrachtungen und Prognosen für die Erarbeitung und Darstellung von Szenarien bzw. Erreichbarkeitsanalysen
- Fachliche und politische Diskussionen und Entscheidungen zur bedarfsgerechten regionalen Daseinsvorsorge, unabhängig vom Ort der Gesundheits- bzw. Pflegeversorgung

⁶⁶ BMC <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/Impulse-fuer-ein-Public-Health-Bundesinstitut-final-web.pdf>

⁶⁷ <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert> oder <https://www.wig2.de/projektverzeichnis-evaluationsforschung/mo2regio.html>

⁶⁸ Region gestalten - News - daviplan: Designkonzept und Nutzeroberflächen umgesetzt (bund.de)

3.5.1.2 Versorgungsorganisation

Ziel der Care Share-Versorgungsorganisation ist es, das bislang auf die „Akutversorgung“ ausgerichtete System auf den Takt einer „Chronikerversorgung“ auszurichten und die integriert-interprofessionelle, sektorenintegrierende Zusammenarbeit zu fördern. Das zentrale, neue Care Share-Versorgungselement ist das Tandem-Team. Es besteht im ambulanten Bereich aus einer Hausärzt:in und einer Pflegefachperson und hat im Krankenhaus-Bereich die Form einer Clinical Leadership. Die Versorgungsorganisation erfolgt über neue Formen von Versorgungsverträgen, die die bestehenden Kollektiv- und Selektivverträge ersetzen.

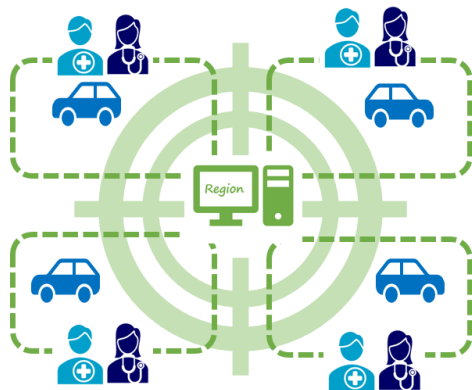
Die Leistungserbringer:innen im ambulanten Bereich vereinbaren mittels modernen Tandem-Vertrags über die Basisversorgung und ergänzender Chroniker-Modulverträge eine enge integriert-interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Chroniker-Modulverträge sichern die patient:innenpfadgestützte Versorgung im Zusammenspiel mit den Fachspezialist:innen. Auf dieser Basis können zentrale Aspekte der Versorgungsorganisation sichergestellt werden:

- Eine verlässliche, wohnortnahe und niedrighschwellig zugängliche Grundversorgung
- Eine bedarfs- und patient:innenorientierte Versorgung auf Basis eines zeitgemäßen, interprofessionellen Leistungskatalogs mit dazu passenden Vergütungsregularien und korrespondierenden Instrumenten der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Ein Case Management bei komplexeren Versorgungssituationen

Die Care Share-Versorgung ist raumunabhängig: Ob in der Wohnung des zu Versorgenden, in einer niedergelassenen Arztpraxis oder im Krankenhaus – das Tandem bleibt an der Seite der Patient:innen. In Care Share-Tandems können Ärzt:innen und Pflegefachpersonen stationär und ambulant arbeiten. Das ermöglicht, dass die Patient:innen barrierefrei in die beteiligten Versorgungsbereiche zu den jeweils ausführenden Versorgungsakteur:innen geleitet werden können.

Das Tandem ist feste Ansprechpartner:in und Ankerpunkt für die zu Versorgenden sowie für die weiteren beteiligten Versorgungsakteur:innen, z. B. Therapeut:innen oder Sozialarbeiter:innen. So wird sichergestellt, dass vor allem chronisch erkrankte Menschen ihre Versorgungspunkte wie Kontrolluntersuchungen oder Re-Assessments entlang der digitalen Care Paths einhalten.

Tandem-Versorgung Arzt + Pflege



Chronikerversorgung nach Patientenpfaden



Abbildung 3: Über die Tandem-Versorgung der Hausärzt:innen und Pflegefachpersonen wird unter Einbeziehung der Spezialist:innen eine optimale Versorgung der chronisch erkrankten Menschen entlang der Care Paths sichergestellt.

Die Tandem-Versorgung funktioniert nach dem Prinzip einer Circle Line, was einer Zentrallinie im öffentlichen Verkehrssystem entspricht. Wie bei den öffentlichen Verkehrsmitteln Bus oder U-Bahn⁶⁹ gibt es eine vor Ort bekannte zentrale, intensiv befahrene und gut erreichbare Verkehrslinie, die die verschiedenen Himmelsrichtungen Nord, Süd, Ost und West in regelmäßigen und kurzen Zeitabständen miteinander verbindet. So können sich die Menschen mit einem komplexen Versorgungsbedarf anhand kartierter und via App abrufbarer Care Paths im regionalen Care Share-Verbund leicht orientieren und wissen sich durch die gesteuerte Chronikerversorgung sicher geleitet.

Dank einer modernen aufsuchenden Versorgung werden den Menschen, die aufgrund einer Immobilität eine Arztpraxis nicht selbst aufsuchen können, belastende und kostenintensive Transporte zum Ort der Versorgung erspart. Eine solche aufsuchende und zugehende Versorgung erfordert eine gute Planung und Abstimmung, die durch digitale Instrumente unterstützt werden kann, und sie trägt deutlich zum Patient:innenwohl bei. Die sozialraumbezogene Circle Line-Tourenplanung schont die verfügbaren Ressourcen einschließlich der Kapazitäten der Tandem-Teams.

Mit dem Tandem-Vertrag entfallen die ärztliche Verordnung zur Häuslichen Krankenpflege und auch die an einen Pflegegrad gebundene fachpflegerische Versorgung. Die Pflegefachpersonen des Tandems erheben und erfassen dank der neu entwickelten, feingranularen, datengestützten Klassifikationssprache den Pflegebedarf, um die notwendigen, individuell passenden Versorgungsmaßnahmen einzuleiten. Dabei ergibt sich aus einem Score in der Pflegebedarfserhebung

⁶⁹ <https://www.sueddeutsche.de/wissen/u-bahn-plaene-uebersichtlich-1.4991214>

automatisch ein „Alltagshilfegrad“, der die Hilfen zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen und des sozialen Umfelds gemäß des neuen Alltagshilfeunterstützungsgesetzes bzw. neuen SGB XI definiert. Die Ressourcen des Medizinischen Dienstes, der bisher als „Schiedsrichter“ zwischen den Versorgenden, Patient:innen und Kostenträger:innen steht, sind auf dieser Basis nur in Ausnahmefällen vonnöten, sodass der regelhafte Einstufungs- und Prüfdienst entfallen kann. Durch die Care Share-Versorgungsorganisation werden die Prozesse am Anfang der Versorgung verbessert und bedarfsgerechter ausgerichtet. Das Resultat: Das bisherige „Prüfgeschäft“ am Ende des Prozesses kann weitgehend entfallen und die Ressourcen (Mensch, Zeit, Geld) stehen für die Versorgung zur Verfügung. Der Medizinische Dienst kann sich zu einem Care Share-Beratungsdienst weiterentwickeln, wobei zu gegebener Zeit die konkreten Aufgaben zu definieren sind.

Sogenannte „Circle-Line“-Verträge (Care Share-Zentralverträge) zwischen den Tandem-Akteur:innen und der Kommune vereinbaren, dass die Versorgung der Menschen und die Überleitung vom ärztlich-pflegerischen regionalen Care Share-Verbundsystem in die nachgelagerten, kommunalen Hilfesysteme gut zwischen allen Beteiligten abgestimmt sind. Eine intelligente und auf die kommunal-regionalen Begebenheiten ausgerichtete Ressourcenplanung gewährleistet den bedarfsgerechten und geplanten Einsatz der verfügbaren menschlichen und finanziellen Ressourcen. Zusätzliche berufsgruppenspezifische Leistungen können über sogenannte „Single-Leistungskataloge“ angeboten werden, denn nicht alle Versorgungsaktivitäten erfordern ein interprofessionelles Vorgehen.

Das für die Patient:innen geltende Recht auf Wahlfreiheit (Freie Arztwahl, Pflegefachpersonen, Krankenhaus) besteht fort bzw. wird wiederhergestellt. Dank der Tandem-Versorgung werden Abrechnungen im Quartalstakt und Privatabrechnungen obsolet. Die seit längerer Zeit vorliegenden Vorschläge für neue Vergütungsmixe⁷⁰ sind in Kalkulationseinheiten (=Teilnehmende an der Care Share-Versorgung, z. B. Praxen, Ärzt:innennetze, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser) zu simulieren, modellieren, pilotieren und umzusetzen. Die Kalkulationseinheiten sind dafür abzusichern, sodass sie kein finanzielles und rechtliches Risiko eingehen.

Anbieter der Circle-Line als versorgerübergreifende Managementstruktur können neu zu gründende regionale Primärversorgungszentren⁷¹, Praxisnetze, Pflegedienste, Kommunen oder auch bereits

⁷⁰ KOMV Gutachten 2019 als auch Arbeiten von Anke Walenzik <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/aerztliche-verguetung-ambulanter-und-ambulant-erbringbarer-leistungen/> sowie <https://www.nomos-shop.de/nomos/titel/ambulante-aerztliche-verguetung-in-einem-einheitlichen-versicherungssystem-id-108329/>

⁷¹ PORT Robert-Bosch-Stiftung (2021); Klapper, B./Cichon, I. (2021): Neustart! Für unser Gesundheitswesen.

bestehende MVZ oder Praxisgemeinschaften in unterschiedlichen Rechtsformen sein.⁷² Es bietet sich z. B. die Rechtsform der Genossenschaft an, um insbesondere die Gemeinwohlorientierung in der Gesundheitsversorgung zu organisieren und sicherzustellen. Sinnvoll ist es, in der Satzung die Gemeinwohlorientierung zu verankern und die Auszahlung von Überschüssen bzw. Renditen auszuschließen. Von besonderer Bedeutung ist, dass die Anbieter der Circle-Line regional „orchestriert“ agieren, damit die Über-, Unter- und Fehlversorgung wirksam beseitigt werden.

Für die Ausgestaltung eines Tandem- und Circle Line-Vertrages liegen zahlreiche Konzepte der integrierten Versorgung vor, wie z. B. die digital unterstützte und quartiersbezogene Routenplanung, Telemedizin und Telepflege⁷³, Community Health Nurse⁷⁴ („Gemeindeschwester“) und neue pflegerische Organisationsformen, wie z. B. nach dem Buurtzorg-Modell.^{75,76}

Eine Tandem-Versorgung im rein stationären Setting wird als Clinical Leadership aufgebaut und ist daher bei der Weiterentwicklung der Fallpauschalen als ein mögliches hybrides Versorgungsmodell mitzugestalten. Die Etablierung von Clinical Leadership erfordert eine fundamentale Veränderung der Denkweise bzw. Einstellung zum Pflegefachberuf und der Zusammenarbeit mit dieser Berufsgruppe im Krankenhaus: Die Pflegefachpersonen sind zwingend als notwendige Versorgungsakteur:innen zu etablieren und aus der reinen Kostenbetrachtung herauszuholen, denn die individuell auf einen einzelnen Patient:innen zugeschnittene Versorgung können die Ärzt:innen und die Pflegefachpersonen nur gemeinsam ermöglichen. Entsprechend sind die Pflegefachberufe strukturell zu fördern: Mitsprache und Partizipation – auch in der Krankenhausleitung – sind zu etablieren. Pflegefachpersonen können die Verantwortung für die Versorgungsprozesse im Krankenhaus übernehmen und als „change agents“ in der patient:innennahen Versorgung arbeiten, um evidenzbasierte Lösungen zu formulieren und umzusetzen. In diesem Zuge sollte das Konzept der Magnet-Krankenhäuser⁷⁷ weiter ausgebaut werden, die anhand von Qualitätsindikatoren im Ausland zeigen, dass die Pflegefachberufe zur Vermeidung von Komplikationen und besseren Outcomes beitragen. Zu solchen Qualitätsindikatoren gehören beispielsweise:

- Anzahl der Stürze von Patient:innen mit und ohne Verletzungsfolgen

⁷² Hahn / Kurscheid (2020): Intersektorale Versorgung

⁷³ Startseite - Telepflege Niedersachsen (telepflege-niedersachsen.de)

⁷⁴ Im Detail | Robert Bosch Stiftung (bosch-stiftung.de)

⁷⁵ Buurtzorg Deutschland – ambulante Pflege braucht Zeit (buurtzorg-deutschland.de)

⁷⁶ KAP-Prozess Konzertierte Aktion Pflege legt Umsetzungsbericht vor - Bundesgesundheitsministerium

⁷⁷ Maucher, H (2020): Kompetenzmanagement in der Pflege mit Blick über den Tellerrand – Erfahrung Magnet-Krankenhaus in den USA im Fokus von Kompetenz- und Wissensmanagement und Skill-Grade-Mix; Magnetkrankenhaus - RKU

- Prävalenz von Dekubitus ulcera
- Anzahl der nosokomialen Infektionen
- Anzahl der Katherinduzierten Harnwegsinfektionen
- Anzahl der Zentralvenenkatheter-assoziierten Blutbahninfektionen

3.5.1.3 Versorgungssicherstellung

Die patient:innenbezogene Versorgung scheitert gegenwärtig daran, dass die Versorgung auf mehreren Ebenen nur mangelhaft sichergestellt werden kann: Bekommt z. B. eine 78-jährige pflegebedürftige Person keinen Pflegedienst mehr vor Ort, ist derzeit niemand zuständig, obwohl gesetzlich für die Pflegekassen und die Länder die Sicherstellungsverantwortung gilt (Verantwortungsdiffusion⁷⁸). Die Menschen, die dringlich ärztliche und/oder pflegerische Hilfe benötigen, spüren bereits seit längerer Zeit anhand der langen Wartezeiten und der fehlenden Pflegedienste oder Fachärzt:innen, dass die Versorgung nicht mehr sichergestellt ist.

Die regionalen Care Share-Verbünde verantworten die Versorgungssicherstellung und werden von den Landesministerien beaufsichtigt. Die zu verwendenden Tools und die Arbeitsstruktur sind zwischen den verantwortlichen Akteur:innen verbindlich festzulegen. Um diese neue Verbindlichkeit einzuüben, sind explorative Ansätze eines modernen Demokratiemanagements erforderlich. Eine Care Share 13-Versorgung erfordert auch eine Neuregulierung der Aufgaben, die die Bundes- und Landesbehörden derzeit in der Gesundheitsversorgung ausüben (v. a. Bundesamt für die Soziale Sicherung). Es ist empfehlenswert, wenn die regionale Versorgungsorganisation ausschließlich von der Landesaufsicht geprüft wird. Andere Aufgaben hingegen, z. B. die des Datenschutzes, verantwortet weiterhin die Bundesebene.

⁷⁸ Jacobs, Klaus; Greß, Stefan (2021): Regionale Sicherstellung der Pflegeversorgung. In: WIdO Pflegereport 2021 file:///prod.d001.loc/home/BA12831/Home/Downloads/978-3-662-63107-2_13.pdf

3.5.2 Interprofessionalität als leitendes Organisationsprinzip

„Potenziell kann man annehmen, dass eine Krankheit umso interessanter für interprofessionelle Zusammenarbeit wird, je chronischer und psychosozialer die Krankheit ist.“

Swiss academics communications⁷⁹

Das deutsche Gesundheitssystem ist bisher für die Akutversorgung aufgestellt und weniger für die langjährige Begleitung chronisch erkrankter Menschen, die jedoch das Versorgungsgeschehen bereits heute dominieren. Für diese komplexen Versorgungsbedarfe ist zwingend ein interprofessionelles Zusammenwirken notwendig, das jedoch noch strukturell in den Rechtsgrundlagen und Vergütungssystemen anzulegen ist. Was bedeutet interprofessionelle Zusammenarbeit im Kontext der Gesundheitsversorgung?

Interprofessionalität als Leitprinzip einer Versorgungsorganisation bedeutet, dass sich die einzelnen Versorgenden wie z. B. Ärzt:innen, Pflegefachpersonen oder Therapeut:innen regelmäßig, strukturiert und verbindlich gemeinsam über die Patient:innen austauschen und die Behandlungs- und Versorgungsziele gemeinsam mit den Patient:innen festlegen. Die beteiligten Versorgungsakteur:innen beschreiben die individuelle Versorgungssituation am Anfang eines Versorgungsprozesses mittels datengestützter Fachsprachen auf Grundlage von ICD, NANDA, NIC und ICF zielgenau, halten diese im Versorgungsverlauf aktuell und leiten daraus Maßnahmen ab, die regelmäßig im Sinne des PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) und Outcome-gesteuert überprüft und modifiziert werden.

Interprofessionalität erfordert, im Versorgungsprozess von dem individuellen Bedarf der zu versorgenden Person im Zuge der Erkrankung oder Gesundung auszugehen. Das bedeutet: Im Falle einer akuten Erkrankung steht zweifelsfrei die ärztliche Berufsgruppe im Vordergrund, für die Bedarfserhebung im Laufe einer Gesundwerdung oder Chronifizierung einer Erkrankung rücken jedoch andere Berufsgruppen in den Vordergrund, die bei Bedarf die behandelnde Ärzt:in oder die Physiotherapeut:innen hinzuholen.

⁷⁹ Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermaßnahmen, swiss academics interprofessionelle zusammenarbeit - Google Suche

Mit der Interprofessionalität wird die bisherige Default⁸⁰-Position im Versorgungssystem abgelöst, wo sie nicht mehr zielführend ist. Gemäß der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften bezeichnet die Default-Position die normale professionelle Zusammenarbeit, bei der sich jede Akteur:in von der Annahme leiten lassen darf, dass alle wissen, was zu tun ist, und es keiner besonderen Abstimmungsbemühungen bedarf. In einem solchen Fall sind die Probleme professionell klassifizierbar. Dies entlastet die Akteur:innen deutlich und zeigt eine genuine Funktionalität auf. Wird jedoch die Sachlage komplexer, weil z. B. Patient:innen quer zu den professionell definierten Kategorien und Fähigkeiten Know-how und situative Entscheidungen benötigen, gerät dieser „Normalfall“ unter Druck, sodass die essenzielle Stärke dieser Art der Zusammenarbeit spezialisierter Professionalitäten in eine Schwäche umschlagen kann. Potenzielle Überforderung tritt häufig dann auf, wenn neue, gemeinsame Verständnisse zu entwickeln sind. Das geht unmittelbar mit einem höheren Koordinations- und Synchronisierungsbedarf der Gesundheitsversorgung einher und erfordert alternative Lösungen wie die interprofessionelle Zusammenarbeit.⁸¹ Im Zuge einer interprofessionellen Zusammenarbeit entfällt vor allem, dass Therapeut:innen, Pflegefachpersonen oder andere Gesundheitsfachberufe aufgrund ärztlicher Verordnung tätig werden. Der interprofessionelle Versorgungsprozess führt automatisch dazu, die Versorgung patientenzentriert zu gestalten, und ermöglicht eine speziell auf die Patient:in und ihre Bedarfe zugeschnittene medizinisch-pflegerisch-gesundheitstherapeutische Versorgung. Dadurch entfällt die Notwendigkeit der bisher gewohnten Kontrolle durch den Medizinischen Dienst, der somit die Möglichkeit erhält, in der Care Share 13-Gesundheitsversorgung eine beratende Rolle auszuüben.

Dank der Care Share-Versorgungsverträge werden die Schnittstellenthematiken von Beginn an berücksichtigt und es werden Brüche in der Kommunikation und in der Versorgung der Patient:innen vermieden. Beispielsweise bleiben Leistungserbringer:innen, die im Krankenhaus oder in einem Rehabilitationszentrum tätig sind, nach der Entlassung eng mit den Patient:innen verbunden, sodass Follow-Ups leicht umsetzbar und die Versorgungskontinuität und Qualität verbessert werden. So wird letztlich auch eine systemische Qualitätssicherung⁸² zum ersten Mal operationalisierbar.

⁸⁰ Default meint „Grundposition“. In der Informationstechnik (IT) bedeutet der Begriff „default“ so viel wie Standard, also zum Beispiel ein vorgegebener Standardwert oder eine Standardeinstellung, die von einem Computerprogramm genutzt werden, wenn der Anwender noch selbst keine eigenen Änderungen vorgenommen hat.

⁸¹ s. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2020), DOI: doi.org/10.5281/zenodo.3355205

⁸² S. u.a. Schrappe, Matthias (2014): Qualität 2030.

Digitale Instrumente wie die elektronische Patient:innennakte, Videosprechstunden, Telekonsile, mobile Medizindiagnostik und standardisierte Kommunikationsformate der Telematikinfrastruktur ermöglichen erstmals die Verwirklichung einer neuen Kultur der Zusammenarbeit, die in den bisherigen analogen, papiergebundenen und monoprofessionell angelegten Vertragsstrukturen nicht gelebt werden konnte. Auf Basis der eingeführten datengestützten Klassifikationssysteme für pflegefachliche und therapeutische Leistungen können das Genehmigungs- und Abrechnungsmanagement der Kostenträger optimiert und z. B. Echtzeit-Genehmigungen etabliert werden.

Mit der Care Share 13-Gesundheitsversorgung können neue Geschäftsmodelle geschaffen werden, die idealerweise in regional übergeordneten Managementstrukturen eingebunden werden.⁸³ Die bisher verfügbaren modernen Konzepte werden i. d. R. von innovativen Akteur:innen angeboten, die z. T. aus neu geformten Zusammenschlüssen und Managementgesellschaften etablierter Leistungserbringer entstanden sind wie z. B. die Praxis- oder Gesundheitsnetzwerke.⁸⁴ Gleiches gilt für die von Kommunen gegründeten Gesundheitsgenossenschaften, die bereits hausärztliche MVZ und Primärversorgungszentren betreiben. Care Share 13 eröffnet diesen modernen Geschäftsmodellen einen Marktzugang und attraktive Arbeitssettings für alle an der Versorgung beteiligte Berufsgruppen. Die Implementierung neuer Leistungsanbieter:innen bedeutet, dass die bisherigen Regelwerke für das Planungs- und Zulassungsverfahren abgelöst und zugleich neue Regelwerke aufgebaut werden.

Vielfältige Untersuchungen belegen, dass junge Health Professionals, unabhängig von ihrer Berufsgruppe, eine flexible Berufsausübung favorisieren, die ihnen die Wahl zwischen Selbstständigkeit und Festanstellung lässt⁸⁵ und zugleich ein vernetztes, barrierefreies Arbeiten ermöglicht.^{86,87,88} Die Hochschulstudiengänge wie auch die Berufsqualifikationen müssen mit entsprechenden Arbeitsmöglichkeiten in den integrierten Versorgungs- und Betriebsmodellen korrespondieren.

⁸³ Brandhorst et al (2017)

⁸⁴ Hahn / Kurscheid (2020)

⁸⁵ Blog - Hashtag Gesundheit e. V. (hashtag-gesundheit.de) / Bündnis Junge Ärzte (buendnisjungeaerzte.org) / Positionspapier - Denkschmiede Gesundheit

⁸⁶ Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018 (kbv.de)

⁸⁷ 2020-02-Gerechte-Gesundheit.pdf (gerechte-gesundheit.de)

⁸⁸ „Was ist unsere Kernmarke, unsere Kernbotschaft?“ – Gerechte Gesundheit Magazin (gerechte-gesundheit-magazin.de)

Interprofessionalität erfordert eine neue „zuständige“ Institutionen- und Gremienstruktur:

- **G-BA:** Der G-BA bezieht sich vorwiegend auf die produktbezogene Evidenzausrichtung (v. a. Medizinprodukte, Arzneimittel, Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Mindestmengen).
- **AWMF-IMWI:** Das AWMF-Institut für Wissensmanagement⁸⁹ koordiniert die systematische Entwicklung von evidenzbasierten Versorgungsleitlinien für die verschiedenen Gesundheitsprobleme und überprüft deren methodische Qualität vor Aufnahme in das zentrale Leitlinien-Register.
- **Cochrane Group, EbM-Netzwerk⁹⁰:** Diese Organisationen unterstützen die Verbreitung evidenzbasierten Wissens und die systematisch-systemische Entwicklung der evidenzbasierten Versorgung durch Aus-, Weiter- und Fortbildung in Theorie, Methoden und Praxis der evidenzbasierter Gesundheitsversorgung.

Da alle Akteur:innen der systematisch-systemischen Entwicklung evidenzbasierter Gesundheitsversorgung eine enge Anbindung an den G-BA benötigen, sind diese in einem neuen „Evidenz-Institut“ mit interprofessioneller Gesundheitsausrichtung zu bündeln.

- **Bundes-Public-Health-Institut:** In einem Bundes-Public-Health-Institut werden die großen nationalen Versorgungslinien erarbeitet, auf deren Basis die regionalen Care Share-Verbünde Orientierung erhalten. Das Public-Health-Institut sorgt dafür, dass die Städte, Landkreise und die bisherige Selbstverwaltung ein gemeinsames Care Share-Verständnis aufbauen und Datenservices anbieten. Im Public Health-Institut werden u. a. eingegliedert:
 - Der Sachverständigenrat für die „Detektion“ zukünftiger Versorgungsherausforderungen
 - Der derzeitige GKV-Innovationsfonds, um diesen zu einer Care Share-Innovationsinfrastruktur zu entwickeln
- **Care Share Back Office:** Das gegenwärtige „Back Office“ der gesetzlichen Krankenversicherung verfügt mit seinen Ausschüssen auf Bundes- und Landesebene aus Kostenträger:innen und Leistungserbringer:innen über einen Arbeitsmodus, der für die Care Share-Versorgung zielgerichtet weiterentwickelt werden kann. Dies beinhaltet eine „Sitzplatzerweiterung“ für

⁸⁹ <https://www.awmf.org/>

⁹⁰ <https://www.ebm-netzwerk.de/de>

weitere Berufsgruppen und kommunale Akteur:innen, neue Versorgungsinhalte und ein neues Versorgungsvertragsgeschäft. Die regionalen Care Share-Verbünde und die neuen Vertragsinhalte erfordern auf Kostenträger:innenseite eine fachliche Neuaufstellung der Versorgungsentwicklungs- und Verhandlungsteams. Es ist ein fachlicher Umbau und eine Transformation bei den Kostenträger:innen von der „Kasse“ hin zu einer Care Share-Kooperative erforderlich. Diese Transformation geht einher mit einer Neugewichtung der Aufgaben auf Seiten der Kostenträger:innen hin zu mehr Versorgungsmanagement, sodass die Sorge eines unkontrollierten Stellenbaus unbegründet ist. Durch die neuen Versorgungsverträge und die Digitalisierung werden die Aufgaben der Verhandlung und Abrechnung zwischen Leistungserbringer:innen und Kostenträger:innen direkter, einfacher und an die Institute der Versorgungsforschung angebunden. Die bisherigen Verbandsstrukturen können dadurch z. T. entfallen bzw. für die Care Share-Organisation neu ausgerichtet werden. Das bestehende Prinzip „gemeinsam und einheitlich“ der GKV aus der bestehenden Kollektivwelt bietet ein dienliches Gerüst für die Transformation.

- **Real-Labore:** Real-Labore übernehmen eine agil-iterative und interprofessionelle Versorgungsgestaltung. Sie werden in den Regionen angesiedelt, um die neuen Herausforderungen – evaluatorisch begleitet – zu modellieren, zu pilotieren und zu skalieren. Reallabore sind theoretisch zu „formulieren“ (Definition einer Region z. B. nach PLZ und Kreisgrenzen), durch praktische Erprobung zu „erfüllen“ und zu dem übergeordneten Ziel einer neuen physischen und rechtssicheren regionalen Governancestruktur zu entwickeln.
- **Gesundheitsfachberufe:** Für die angestrebte Interprofessionalität benötigen alle beteiligten Berufsgruppen wie Ärzt:innen, Zahnärzt:innen, Apotheker:innen und andere Gesundheitsfachberufe systematische Vorgaben für die Berufsausübung. Es ist klarstellend zu definieren, welche Berufe und Berufsgruppen unter dem übergeordneten Begriff „Gesundheitsfachberufe“⁹¹ zusammengefasst werden.

⁹¹ s. u.a. Pundt, Johanne; Kälble, Karl (2015): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte sowie <file:///prod.d001.loc/home/BA12831/Home/Downloads/die-aerztinnen-muessen-es-nicht-alleine-richten-ein-sechs-punkte-plan-fuer-mehr-verantwortung-und-augenhoehe-fuer-die-gesundheitsfachberufe.pdf>

- **Gesundheitsfachberufepolitik:** Im Rahmen der Gesundheitsfachberufepolitik sind die Akademisierung, die Berufsqualifikation, bundeseinheitliche Inhalte und durchlässige Abschlüsse vor allem für die Fachpflege und die Therapieberufe sicherzustellen.^{92,93}
- **Lebenslange Gesundheitsfachberufe-Nummer bzw. Nummer des Heilberufsausweises:** Alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Personen werden mittels einer lebenslangen Gesundheitsfachberufe-Nummer, die die Registrierung und die Qualifikation der jeweiligen Personen ausweist, in öffentlichen Verzeichnissen geführt.
- **Gesundheitsfachberufekammer:** Damit die Gesundheitsfachberufe ihre Anliegen regeln können, ist ein Kammersystem oder eine vergleichbare Institution erforderlich. In einer Gesundheitsfachberufekammer könnten organisatorische und inhaltliche Synergien für eine moderne Care Share-Selbstverwaltungsinfrastruktur aufgebaut werden. Ärzt:innen- und Apotheker:innenkammern könnten anlässlich des Aufbaus der anderen Berufsgruppen ihr bestehendes „Organisationsformat“ gemeinsam modernisieren. Eine Gesundheitsfachberufekammer definiert sich über gemeinsame, vor allem ethische Prinzipien und respektiert die Autonomie des jeweiligen Berufes. Das bedeutet: Es geht kein Berufsgruppe in einer gemeinsamen Kammer „unter“.
- **Care Share-Stellenprofile:** Auf Basis des zeitgemäßen, bedarfsgerechten, sozialraumbezogenen und integriert-interprofessionellen Care Share-Versorgungsverständnisses und der modernen Versorgungsverträge sind korrespondierende Stellenprofile zu erstellen. Damit wird die Tätigkeit im Gesundheitswesen für die an der Versorgung beteiligten Menschen wieder attraktiver. Das kann dem Personalmangel entgegenwirken, der durch die Abwanderung von Fachkräften – insbesondere aus dem Bereich der beruflichen Fachpflege – in den letzten Jahren deutlich verstärkt wurde.

⁹² „Haben Sie sich jemals gefragt, ob das Medizinstudium Ihrer Hausärztin sie daran hindern könnte, gute praktische Untersuchungen durchzuführen?“

Hilke Hansen, Professorin für Logopädie in Osnabrück und Vorstandsmitglied des Hochschulverbands Gesundheitsfachberufe; Beitrag in DIE ZEIT vom 30.03.2023 mit dem Titel „Die Position: Physiotherapeuten gehören an die Hochschule.“

⁹³ Josef Galert (2020): Kompetenz und Performance aus gesundheitssystemischer Sicht. In: Höppner/Kühnast/Winkelmann (Hrsg.) Potenziale der Physiotherapie erkennen und nutzen.

3.5.3 Digitalisierung als Baustatik

„Digitale Transformation ist nicht die Einführung neuer Hard- und Software, sondern das Überdenken von Rollen, Kompetenzen und Arbeitsweisen, das Öffnen von Organisations- und Fachgrenzen, die intra- und interorganisationale Vernetzung und ein neues ‚Mindset‘.“

Andréa Bellinger⁹⁴

Das Care Share 13-Gesundheitssystem ist das übergeordnete Transformationsziel und die Voraussetzung dafür, die vom BMG am 9. März 2023 veröffentlichte Digitalstrategie „Gemeinsam digital - Digitalstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege“⁹⁵ für eine Versorgungsverbesserung umsetzen zu können. Die Digitalisierung ist nicht selbst das Ziel; sie ist vielmehr das notwendige Mittel für das Ziel, eine bessere Gesundheitsversorgung zu erreichen. Mit ihrer Hilfe können zeitgemäße Versorgungsabläufe administrativ wie auch fachlich gestaltet werden, z. B.:

- Die Sicherung von Leitlinienevidenz am Point of Care
- Das Sichtbarmachen komplexer Therapie- und Versorgungsregime für alle Beteiligten, und zwar orts- bzw. raumunabhängig.

Um die Versorgung und die Versorgungsforschung miteinander zu verbinden, werden die modernen Tandem- und Circle-Line-Verträge mit einem digitalen Zwilling unterlegt. Die Digitalisierung ermöglicht – neben einer barrierefreien Kommunikationsinfrastruktur – Forschungsmöglichkeiten unter Einbindung von Künstlicher Intelligenz und Big Data. Dadurch wird ermöglicht, die Real-Life-Versorgung gleichzeitig zu „beforschen“ und Ergebnisqualität abzubilden. Die standardisierte Datensprache für alle Berufsgruppen ermöglicht erstmals eine interprofessionelle Versorgungsforschung.

Es ist zwingend erforderlich, dass die Telematikinfrastruktur eine strukturierte Datenerfassung bei den Leistungserbringer:innen ermöglicht, sodass die Versorgungsplanung und Versorgungssicherstellung auf Basis relevanter und aktueller Daten vorgenommen werden können. Hierfür sind u. a. zu erfassen:

- Die medizinische und pflegfachliche Diagnose (ICD⁹⁶, NANDA⁹⁷)

⁹⁴ Andréa Bellinger; In: Amelung et al (2020), Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen

⁹⁵ Digitalisierung im Gesundheitswesen (bundgesundheitsministerium.de)

⁹⁶ ICD-10-GM-2020 Code Suche (icd-code.de)

⁹⁷ Pflegeklassifikation NANDA International – Offizieller Lizenzinhaber - RECOM

- Die Funktionseinschränkungen (ICF)⁹⁸ als elementare Voraussetzung, um individuelle Versorgungsbedarfe abzuleiten
- Die ärztlichen Versorgungsleistungen auf Basis des neuen Care Share-Honorarsystems
- Die pflegerischen Leistungen nach NIC (Nursing Intervention Classification)⁹⁹
- Klassifikationssysteme für die Abbildung der interprofessionellen Ergebnisqualität
- Ein kodierter Dienstleistungskatalog zur Berechnung eines Alltagshilfenunterstützungsgrades für den Bezug von basalen Hilfeleistungen. Hier könnten die Leistungen der Hauswirtschaft¹⁰⁰ in einem Katalog digital hinterlegt werden, um einen Unterstützungsscore zu berechnen.

Die unterschiedlichen Klassifizierungs-, Codier- und Abrechnungssysteme sind zwingend zu vereinheitlichen, damit die Datenerfassungssysteme in einer korrespondierenden Datensprache über die Patient:innen und ihre Erkrankungen sprechen und Fehlinterpretationen vermieden werden.¹⁰¹

Krankenkassendaten sind sogenannte Sekundärdaten, sie unterliegen Abrechnungsregeln und können daher verzerrt sein. Echte Versorgungsdaten, die die einzelnen Handlungen der Versorgenden „sauber“ abbilden, gibt es derzeit nur punktuell in Projekten, jedoch nicht im Versorgungsalltag. Dies gilt es, für die Care Share-Gesundheitsversorgung aufzubauen.

Die Digitalisierung als Baustatik der Care Share 13-Gesundheitsversorgung und der zunehmende technische Fortschritt unterstützt die aufsuchende fachärztliche Versorgung maßgeblich, sodass die fachärztliche Versorgung mobil werden kann. Bildgebende Verfahren, Laboruntersuchungen, EKG und EEG können bereits heute zu Hause bei Patient:innen vorgenommen werden. Das entlastet die Patient:innen und ihr Umfeld, und es macht die umständlichen Krankenfahrten obsolet. Festzulegen ist, in welchen Phasen der Versorgungsprozesse auf der Mikro-, Meso- und Makroebene digitale Tools wirksam unterstützen können. Die vielfältigen Anwendungen auf Seiten der Patient:innen zum Erheben der eigenen Vitaldaten sind fortgeschritten, jedoch können diese bislang nur unzureichend in die Versorgung und Behandlung eingebracht werden.¹⁰²

⁹⁸ ICF (dimdi.de)

⁹⁹ <https://www.beck-shop.de/dochterman-butcher-wagner-georg-pflegeinterventionsklassifikation-nic/product/33586872>

¹⁰⁰ https://www.hauswirtschaftsrat.de/download/2020-11-26-Broschuere_Anforderungen-Leistungen-und-Qualifikationen-von-Hauswirtschaft-und-Pflege.pdf

¹⁰¹ SVR 2021 Digitalisierung SVR_Gutachten_2021_online_.pdf (svr-gesundheit.de)

¹⁰² DataHealth Burbach - DMGD

3.5.4 Care Share-Finanzierung

„Die Neuvermessung der Medizin, die damit verbundenen Kosten und die Frage der ‚Risikostreuung‘ können langfristig nur solidarisch für alle abgesichert werden.“

Ethikrat Gutachten 2017¹⁰³ zu Big Data

Ein tragendes Element des bisherigen deutschen Gesundheitssystems ist die solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Care Share 13-Finanzierung wird integriert und gemeinwohlorientiert ausgerichtet – im Kern mit der steten Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichsverfahrens. Dafür ist die Eingliederung der privaten Krankenvollversicherungsunternehmen unerlässlich. Eine zunehmende Mitfinanzierung über Steuermittel ist entlang der neuen Versorgungsaufgaben zu entwickeln. Ein neuer Finanzierungsmix ermöglicht, dass z. B. kommunale Haushaltsmittel aus verschiedenen Bereichen der Sozialplanung für die gemeinsame Versorgungsaufgabenwahrnehmung eingesetzt werden können – ähnlich der aktuellen Situation, dass Kommunen bereits heute die Mittel für den notwendigen Infrastrukturerhalt bekommen. Das Einbringen von gemeinwohlorientiertem Privatkapital aus Stiftungen oder von Privatpersonen kann zumindest regional eine wichtige Zusatzfinanzierung sein. Zusätzlich sind zumutbare Formen der Zuzahlungen entlang des neuen Versorgungsangebots weiterzuentwickeln. Das Care Share-Finanzmanagement setzt zusätzlich auch das Management von Investitionen in Innovationen um¹⁰⁴ und ist Manager im Fördermittelgeschäft (z. B. Innovationsfonds, Bundes- und Landesforschungsprojekte).

Für die Entwicklung eines nachhaltigen Care Share-Finanzierungssystems sind nachhaltige und gemeinwohlorientierte Wirtschafts- und Finanzierungsansätze¹⁰⁵ zu diskutieren, die nicht mehr in „Markt“ und „Staat“ polarisieren. Das bequeme Diskreditieren des solidarisch-beitragsfinanzierten Umlageverfahrens in der GKV zugunsten einer Privatisierung von Lebensrisiken durch eine gewinnorientierte Versicherungswirtschaft entsprach dem Stil der 1990er Jahre, jedoch nicht dem „Share-Gedanken“ in einer Welt knapper werdender Ressourcen. Es bleibt auch in Zukunft eine immer wieder neu zu gestaltende gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die „Wechselfälle des Lebens“ abzusichern.

¹⁰³ <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Studien/befragung-big-data-und-gesundheit.pdf>

¹⁰⁴ Bis zu zwei Prozent ihrer Finanzreserven dürfen Krankenkassen „in Anteile an Investmentvermögen“ anlegen (§ 263a SGB V)

¹⁰⁵ Stolz und Fehlurteil: Zum Paradigmenstreit in der Volkswirtschaftslehre (faz.net) sowie MeM Denkfabrik: Sebastian Thieme (mem-wirtschaftsethik.de)

Der Begriff „Ökonomisierung“¹⁰⁶ ist für die Care Share-Versorgung differenziert zu betrachten: Ein Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung zwischen den Krankenkassen (resp. Care Share-Kooperativen) ist kontraindiziert, denn jede Patient:in hat einen Anspruch auf eine notwendige medizinisch-pflegerisch-gesundheitstherapeutische Versorgung.

Um den Anforderungen des Care Share 13-Systems im Daten-, Finanz- und Vertragsmanagement nachzukommen, kann es sinnvoll sein, die Anzahl der bisherigen 97 gesetzlichen Kassen und der 52 privaten Unternehmen, von denen 36 als Krankenkassenvollversicherer tätig sind, auf 10 bis 15 Care Share-Kooperativen zu reduzieren. Die Care Share-Kooperativen können nur in Bezug auf die Servicequalität miteinander konkurrieren; ein Wettbewerb um einen möglichst geringen Beitragssatz wäre nicht zielführend.

Die Care Share 13-Systemarchitektur hebt die bislang verborgenen Rationalisierungspotenziale, indem sie die verkrusteten Strukturen im gegenwärtigen Versorgungssystem angeht und auflöst. Das geschieht durch, z. B.:

- Die Care Share-Versorgungsplanung
- Die regional geplante und interprofessionelle Versorgungsorganisation,
- Die Evidenzorientierung in der Vertragsgestaltung
- Die Neuausrichtung des Medizinischen Dienstes
- Klare, digital unterlegte, datengestützte und auswertbare Prozesse in der Versorgungskette
- Die Rahmensetzung für „Verdienstmöglichkeiten“

¹⁰⁶ S. Hartmut Reiners (2015): Ökonomisierung der Medizin – Menetekel oder Popanz – Anmerkungen zu einer merkwürdigen Debatte. Gesundheits- und Sozialpolitik 6/2015 1611-5821-2015-6-52.pdf (nomos-elibrary.de)

3.7 Erfolgreiche Transformation durch Care Share-Innovationsregionen

„Die Babyboomer sind die Schlüsselgeneration für ein neues Lebenspflege-Mindset und die Brücke zur Jugend!“

Prof. Dr. Thomas Druyen (opta-data-Zukunfts-Stiftung)¹⁰⁷

Die Care Share 13-Gesundheitsversorgung eröffnet komplexe, neue Sachverhalte, die mit hohen Unsicherheiten für alle Beteiligten verbunden sind. Sie geht damit einher, dass bestehende, mächtige Rechtsregeln aufgegeben werden, um die zeitgemäßen, bedarfsgerechten, sozialraumbezogenen und integriert-interprofessionellen Versorgungsstrukturen zu verwirklichen. Hierfür ist ein erklärtes politisches Ziel substantiell: Das bestehende Bismarck-System ist in ein Care Share-System zu transformieren. Die Transformation hin zu einem Care Share 13-Gesundheitssystem gleicht einem großen Infrastrukturprojekt, das harte Struktureckpunkte erfordert:

- Die „physischen Halterung“ der Versorgung durch regionale Care Share-Verbünde
- Ein einheitliches Versicherungssystem als Voraussetzung für die Schaffung der Care Share Fonds
- Die zentralen Tandem-Versorgung aus Ärzt:in und Pflegefachperson
- Die Digitalisierung als Mittel zur Erreichung einer menschenzentrierten Versorgung

Die kurz-, mittel- und langfristigen Reformmaßnahmen sind verbindlich an wahlperioden-übergreifenden Eckpunkten auszurichten. Für die Festlegung der Reformmaßnahmen sind, abweichend zu dem bisherigen Verwaltungsmodus oder den Expert:innenkommissionen, neue Methoden der agilen Struktur- und Rechtsentwicklung einschließlich theoretischer Modellierungen nötig, die gezielt pilotiert, evaluiert und skaliert werden. Dafür arbeiten Systemarchitekt:innen, Versorgungsakteur:innen und „Demokratieingenieur:innen“ Hand in Hand.

Wenn eine neue Software in ein bestehendes Computersystem überführt werden soll, läuft sie zum Schutz des alten Betriebssystems zunächst in einer „Schutzzone“, einer „Sandbox“.¹⁰⁸ Die neue Anwendung läuft dann auf dem Echtsystem, kann dieses jedoch nicht durch unvorhergesehene Wechselwirkungen beschädigen. Wie in einer Sandbox sind die neuen Rechtsregeln, die modernen Governance- und Partizipationsformen, die komplexen Interventionen¹⁰⁹ und die

¹⁰⁷ PowerPoint-Präsentation (optadata-zukunfts-stiftung.de)

¹⁰⁸ <https://de.wikipedia.org/wiki/Sandbox>

¹⁰⁹ Bertram, Nick et al (2018): Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen weiterdenken. In Gesundheits- und Sozialpolitik, 6/2018

gesundheitsökonomischen, versorgungsbasierten, politik- und sozialwissenschaftlichen Evaluationen zu entwickeln und iterativ zu erproben. Das bedeutet, dass diese Regeln Gültigkeit in ihrem Erprobungsstatus haben, rechtssicher sind und deshalb besonderer Haftungsvorkehrungen bedürfen. In sogenannten Digital oder Innovation Units bzw. Digital Labs können neue Geschäftsmodelle entwickelt, (digitale) Patient Journeys auf Basis von personalisierten und strukturellen Daten und Big Data erarbeitet und Konzepte zur Digitalisierung der sektorenintegrierenden Prozesse vorangetrieben werden.

Da sich i. d. R. erst in der Anwendung der Intervention zeigt, wie sich z. B. die kommunale Sozialplanung und die Versorgenden zueinander verhalten, sind flexible Reaktions- und Anpassungsmöglichkeiten essenziell. Ein Care Share-Gesetz kann den beteiligten Akteur:innen den notwendigen rechtlichen Freiraum in Form von Experimentier- und Öffnungsklauseln gewähren, die das Einüben neuer Denk- und Verhaltensweisen in der Versorgung erlauben. Verfahrensanordnungen und versorgungswissenschaftliche, mehrperspektivische Rechtsbegleitung können zudem den experimentellen Raum absichern.

In Deutschland haben sich viele Gesundheitsregionen längst auf den Weg gemacht, um neue Formen der Versorgungsorganisation zu planen, umzusetzen und zu verantworten. Aus diesen Projekten und den erlebten positiven und negativen Erfahrungen gilt es, gemeinsam zu lernen und systematisch die Transformation hin zu einer Care Share 13-Gesundheitsversorgung voranzutreiben. Ein zentraler Erfolgsfaktor ist, dass die Gesundheitsregionen eine langjährige, agile Strukturentwicklung verwirklichen und beständig lernen. Dabei tragen vorwiegend die Tandem-Teams als dynamische und selbstlernende Einheiten die Verantwortung. Das ermöglicht, dass die Care Share 13-Gesundheitsversorgung in iterativen Schritten in Form des prozeduralen PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) kontinuierlich verbessert und weiterentwickelt werden kann.

Transformationen wie die Neugestaltung des Gesundheitssystems hin zu einer Care Share 13-Gesundheitsversorgung und die damit einhergehenden Änderungen von Verhaltensweisen, Überzeugungen, Werten und Glaubenssätzen sind nicht leicht. Sie beanspruchen viel Zeit und erfordern Leadership von vielen Menschen. Dafür sind Räume zu schaffen, in denen ein offener Austausch, die Kommunikation auf Augenhöhe und die Vernetzung für eine agil-iterative Zusammenarbeit zwischen den Professionen und Versorgungsebenen möglich ist. Die Einbindung und der Aufbau von digitalen und transformationalen Kompetenzen der in der Gesundheitsversorgung tätigen Menschen ist von hoher Bedeutung. Eine offene Fehlerkultur hilft dabei, dass sich die

Menschen in der Care Share-Gesundheitsversorgung stetig weiterentwickeln und eine lernende „Organisation“ entstehen kann.

4. Diskussion und Fazit für die Umsetzung

Der in diesem Positionspapier skizzierte Architekturentwurf für ein zeitgemäßes Gesundheitssystem liefert zugleich das übergeordnete Transformationsziel, das der Digitalisierungsstrategie des BMG bislang fehlt: Eine menschenwürdige Gesundheitsversorgung dank Care Share 13.

Care Share 13 ist eine neue fundamentale Ausrichtung des Gesundheitssystems und ein neuer historischer Knotenpunkt für die Gesetzgebung. Um die vielfältigen im Positionspapier skizzierten, komplexen, kurz-, mittel- und langfristigen Entwicklungsstränge hin zu einer Care Share 13-Gesundheitsversorgung zielgerichtet voranbringen zu können, empfiehlt IPAG, auf politischer Ebene eine dauerhafte, von der Legislaturperiode unabhängige Care Share-Kommission als neutrales An-Institut des BMG einzurichten. Diese Kommission führt den roten Faden der fundamentalen Transformation, arbeitet wissenschaftlich und bündelt Rückmeldungen zum Gesundheitssystem, um die Gesundheitsversorgung agil-iterativ in die Richtung des Care Share-Systemtyps weiterzuentwickeln und ein kollektives Langzeit-Gedächtnis des Gesundheitssystems aufzubauen. Ein solches kollektives Gedächtnis ist zwingend erforderlich, um die beteiligten Menschen in Politik und Gesellschaft gut abzuholen und einen breiten gesellschaftlichen Konsens her- und sicherzustellen. Unstrittig ist, dass es sehr schwierig ist, die äußerst hohe Komplexität des Gesundheitssystems in Gänze zu erfassen.

Die Unabhängigkeit der Care Share-Kommission von der Legislaturperiode unterstützt die erfolgreiche Erneuerung der Systemarchitektur und die fundamentale Transformation des Gesundheitssystems. Die Care Share-Systemarchitektur ist das starke Fundament für eine menschenzentrierte, integriert-interprofessionelle und zugehend ausgerichtete Versorgung, sodass im weiteren Verlauf Konzepte wie Value Based Healthcare verwirklicht werden können.

Das IPAG steht der Care Share-Kommission beratend und unterstützend zur Verfügung, denn der in diesem Positionspapier skizzierte Architekturentwurf ist längst noch nicht in allen Aspekten ausgereift. Dafür lädt das IPAG die politischen Entscheidungstragenden, Systemverantwortlichen und interessierten Akteur:innen dazu ein, den vorliegenden Architekturentwurf zu diskutieren, zu konkretisieren und weiterzuentwickeln. Hierfür stellt das IPAG spezifische Formate zur Verfügung, um

ein starkes Fundament für die neue Care Share 13-Gesundheitsversorgung zu schaffen. Auf dieser Basis kann gemeinsam eine neue Qualität der medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Versorgung auf- und ausgebaut und die Transformation operativ vorangebracht werden.

Die Formate des IPAG:

- **Care Share 13 Online-Dialogforen:** Offene, interaktive Online-Diskussion, Konkretisierung und Weiterentwicklung der Care Share-Systemarchitektur
- **Care Share 13 Erkundungsreisen:** Online/Präsenz-Fokus-Sessions, um neue, wertvolle und wirksame Ressourcen für die Care Share 13-Architektur mittels einer multiperspektivischen Betrachtung aufzudecken und innovative Formen der Kollaboration und Zusammenarbeit auszutesten. Die Erkenntnisse können unmittelbar in die Weiterentwicklung der Care Share-Systemarchitektur einfließen. Voraussetzungen für gelingende Erkundungsreisen: Vertrauen, Neugierde, Offenheit und Mut, die während der Erkundungsreise gesammelten Erfahrungen anzunehmen.

Fazit für die Politik

- Einsetzen einer von der Legislaturperiode unabhängigen Care Share-Kommission
 - Umsetzen der Voraussetzungen für die Care Share 13-Systemarchitektur
 - Abschaffen der Dualität in der Krankenversicherung
 - Abschaffen der Pflegeversicherung und reformieren der Berufs- und Angehörigenpflege
 - Entwickeln eines zukunftsorientierten Gesundheitsrechts
 - Aufbauen der beruflichen Fachpflege
 - Etablieren der vier zentralen Komponenten des Care Share-Gesundheitssystems: Regionale Care-Share-Verbünde, Interprofessionalität, Digitalisierung als Baustatik, Care Share-Finanzierung.
 - Verabschieden eines Care Share-Innovationsgesetzes, das den rechtlichen Freiraum in Form von Experimentier- und Öffnungsklauseln für die fundamentale Transformation hin zu einer Care Share-Gesundheitsversorgung sicherstellt
 - Voranbringen der agil-iterativen Transformation durch Care Share-Innovationsregionen
-

Adresse | Kontakt

Institut für Pflege, Altern und Gesundheit e.V.
(Registrierte Interessenvertreterin)
Große Mühlenwallstr. 37
26603 Aurich

www.i-pag.de