

Care Share 13

Gesundheitsversorgung benötigt Infrastruktur

– Ein Architekturentwurf für einen neuen Systemtyp –

Die Sektorenarchitektur des Gesundheitssystems passt nicht mehr

Gesundheitsversorgung ist staatliche Daseinsvorsorge. In Deutschland wird diese nach dem Bismarck-Systemtyp „anlassbezogen“ und „arztvorbehalten“ zur Verfügung gestellt. Grundlage hierfür ist das Sozialgesetzbuch V über die Krankenversicherung, das 1989 aus der Reichsversicherungsordnung (RVO 1911) hervorging. Die Gesundheitsversorgung wird nach diesem Modell weder strukturiert mit geographischem Bezug noch interprofessionell oder menschenzentriert geplant.

1. Ärzt:innenzentrierung verhindert Interprofessionalität

Ist eine versicherte Person krank, zahlt die Krankenkasse den Ärzt:innenbesuch, die Operation, die ärztlich verordnete Physiotherapie, die ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege und das ärztlich verordnete Medikament. Der Ärzt:innenvorbehalt „durchdringt“ das SGB V und die untergesetzlichen Normen, v. a. der Versorgungsverträge. Andere, vor allem präventiv-salutogenetisch wirkende Gesundheitsfachberufe sind aufgrund des Ärzt:innenvorbehalts nicht professionalisiert, nicht genormt und dadurch nicht in den Versorgungsverträgen explizit abgebildet.

2. Regionale Governancestruktur fehlt

Im Bismarck-System haben das medizinische Versorgungssystem der Selbstverwaltung und die Länder/Kommunen keine systemische Verbindung; sie agieren unabhängig voneinander. Die Krankenhausreform macht deutlich, dass eine regionale Governancestruktur fehlt, die die Versorgungsbedarfe sozialraumbezogen interprofessionell plant, organisiert und sicherstellt. Die Medizin wird immer ambulanter, die Versorgung komplexer und die Digitalisierung erleichtert ein barrierefreies, interprofessionelles, zeit- und raumunabhängiges Arbeiten. Der Fortschritt scheitert seit langem an einer fehlenden, systemstrukturell angelegten Zusammenarbeit.

3. Pflegeversicherung ist ein Irrtum

Das SGB XI finanziert keine ausreichende Berufspflege und führte mit ihrem Versorgungsprofil zu einer international beispiellosen Deprofessionalisierung des Pflegeberufs in Deutschland. Das SGB XI stellt die Angehörigen in die erste Reihe der pflegerischen Versorgungs- und Kümmerarbeit anstelle einer professionellen medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Infrastruktur der Daseinsvorsorge und treibt hilfeleistende Angehörige (zumeist Frauen) systematisch in eine physische, psychische und finanzielle Überforderung.

4. Systemdualität durch GKV und PKV verhindert solidarische Beitragsfinanzierung

90 % der Bevölkerung sind gesetzlich krankenversichert, 10 % privat. Die Dualität verhindert anhaltend eine solidarische Beitragsfinanzierung. Darüber hinaus können moderne Versorgungsverträge nicht gestaltet werden, solange es unterschiedliche ärztliche ambulante Abrechnungssysteme gibt. Beide Vergütungssysteme (EBM und GOÄ) sind überholt und können nur gemeinsam zum Wohle einer zeitgemäßen, bedarfsgerechten, sozialraumbezogenen und integriert-interprofessionellen Patient:innenversorgung verändert werden.

Care Share 13 liefert eine infrastrukturelle Systemtektonik

Die staatliche Daseinsvorsorge der Gesundheitsversorgung wird in Care Share 13 über einen neuen, infrastrukturellen Systemtyp zur Verfügung gestellt. Grundlage hierfür ist ein neu zu schreibendes Sozialgesetzbuch 13. Ausgangspunkt der Versorgungsorganisation ist der „Mensch“ und nicht die ärztliche Berufsgruppe. Die alte Pflegeversicherung wird abgeschafft, die Berufspflege wird im SGB 13 neu verankert und die Inhalte der Alltagshilfen in einem neuen SGB XI oder „Alltagshilfengesetz“ festgeschrieben. Das SGB V wird im medizinischen Leistungs- und Leistungserbringungsrecht ab- und umgebaut (ebenso diesbezüglich die SGB II, III, VI, VII, VIII, IX, XII). Die Allgemeinen Verwaltungsvorschriften, Beitragsregeln und die Telematikinfrastruktur etc. (SGB I, IV, X) werden vereinheitlicht. Bei dieser „Entsäulung“ hat die Digitalisierung als neue „Baustatik“ für straffe und barrierefreie Prozesse eine zentrale Funktion. Eine Aufbaudekade für die Berufspflege gewährleistet eine systemstrukturelle Selbstverwaltungsverankerung mit Kammer, Berufs- und Leistungsrecht, datengestützter Klassifikationssprache und eigener wirtschaftlicher Vertretung. Länder und Kommunen sowie die „bisherigen Selbstverwaltungspartner:innen“ teilen sich in Care Share die sozialraumbezogene Planung, Organisation, Verantwortung der Gesundheitsversorgung und entwickeln eine Care Share Finanzierung. Im Sinne eines zukunftsgerichteten gemeinwohlorientierten Miteinanders sollte die Verwirklichung des Ansatzes durch eine Care Share-Kommission erfolgen.

1. Regionale Care Share-Verbünde als neue Care Share Governancestruktur

Care Share wird von einer zu implementierenden regionalen Steuerungsebene sozialraumbezogen interprofessionell geplant, organisiert und verantwortet. Die Gebietskörperschaften (Bundesländer, Kommunen, Landkreise, Städte), die „bisherigen Selbstverwaltungsorgane“ (Kassen, Kassenärztliche Vereinigungen) sowie neue Akteur:innen wie v. a. Vertreter:innen der Berufspflege, arbeiten in Form einer Shared Leadership zusammen und ermöglichen, dass auch andere Berufsgruppen (z. B. Apotheker:innen, Therapeut:innen) und die Zivilgesellschaft vor Ort mitwirken können. Durch die Interprofessionalität der Berufe und der Versorgungsebenen ist Care Share salutogenetisch aufgestellt.

2. Medizinisch-pflegerische Tandem-Versorgung ist „Zentrallinie“

Medizin und Fachpflege sind in Care Share ein Tandem. Die hausärztlich-pflegerische Versorgung wird in einem Tandem-Vertrag neu zueinander entwickelt, und zwar ohne Ärzt:innenvorbehalt und Pflegebedürftigkeitsbegriff. Die aufsuchende Tandem-Versorgung (Hausbesuche) wird regional nach einer logistisch sinnhaften, ressourcenschonenden Tourenplanung (Zeit, Geld, Fachpersonal) geplant und mit telemedizinischen und telepflegerischen Instrumenten unterstützt. Die fachärztliche, therapeutische und fachpflegerische Versorgung wird nach Patient:innenpfaden in v. a. Chronic Care-Modulen an die Tandems angedockt (hierfür werden die bestehenden Kollektiv- und Selektivverträge „flurbereinigt“). Nach dem Vorbild einer Clinical Leadership (Shared Governance auch im Krankenhaus, u. a. in Magnet-Krankenhäusern) arbeiten Tandems auch in Krankenhäusern oder Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und dies auch hybrid, z. B. in regionalen Versorgungszentren.

3. Care Share Finanzierung ist solidarisch, salutogenetisch und gemeinwohlorientiert

Care Share-Kostenträger entwickeln sich aus den bisherigen Kranken- und Pflegekassen zu Care Share-Kooperativen weiter. Für die PKV gibt es eine EXIT-Strategie aus dem Krankenversicherungsvollgeschäft: Entweder Aufgabe oder Transformation in Care Share-Kostenträger. Auf Basis eines einheitlichen Versicherungssystems können unter Anwendung neuer Expertisen, wie z. B. die der Wirtschaftsgeographie und gemeinwohlorientierter Finanztheorien, die Versorgungsaufgaben neu bestimmt und moderne Mischfinanzierungen aus Beitrags- und Steuermitteln, gemeinwohlorientiertem Privatkapital und Selbstbeteiligungsmodellen entwickelt werden.