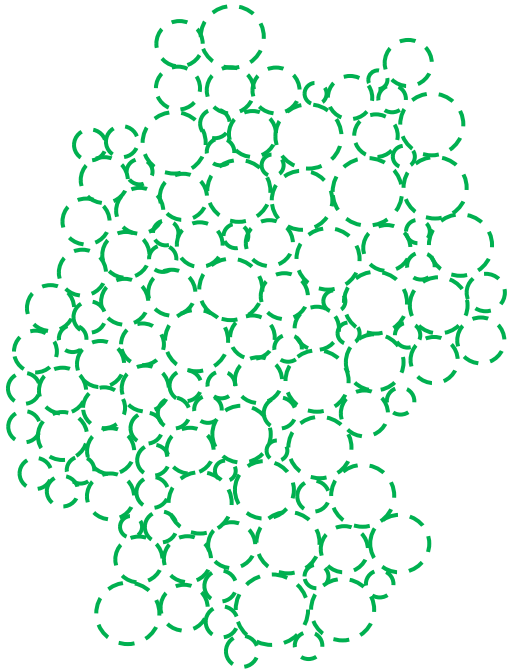


Forderungspapier anlässlich der Bundestagswahl 2025

Care Share 13

Kernforderung: Einsatz einer Enquete-Kommission zur Neuausrichtung des Gesundheits-, Pflege- und Sozialsystems



Wir fordern den Einsatz einer Enquete-Kommission zur Neuausrichtung des Gesundheits-, Pflege- und Sozialsystems. Die Gesundheits-, Pflege- und Sozialversorgung soll menschenorientiert und – einfach gesprochen – vernünftig organisiert werden.

Unser Kernelement für die Neuausrichtung:
Regionale „Care Share-Verbünde“ unter Berücksichtigung der nachfolgenden Ausführungen.

Die Gesundheits-, Pflege- und Sozialsystemversorgung in Deutschland kann den heutigen komplexen Anforderungen durch Demographie, Fortschritt, Nachhaltigkeit und begrenzten Ressourcen in den Strukturen des „Bismarck-Systems“ nicht begegnen. **Unsere Vision ist klar:** Mehr System ins Geld, statt mehr Geld ins alte System! Unser Forderungspapier liefert Impulse für ein historisch erstmals anzulegendes Gesundheitsinfrastrukturecht.

Mit dem Konzept **Care Share 13** schlagen wir einen visionären Architekturentwurf für die Schaffung eines **Gesundheitsinfrastrukturechts** vor, das die Grundlage für ein gemeinwohlorientiertes Versorgungssystem bildet, das wir Care Share-System nennen. Care Share-Verbünde, getragen von regional-lokalen Stakeholdern in verbundener Struktur mit Bundes- und Landesebene, bieten eine integrierte, sozialraumbezogene und interprofessionelle Versorgung, die die Menschen in den Mittelpunkt stellt. Sie schaffen niedrigschwellige Partizipationsmöglichkeiten und werden nach nachhaltigen und evidenzbasierten Prinzipien finanziert. Sie planen, organisieren und stellen Versorgung sicher.

Wir fordern den nächsten Bundestag auf, eine **Enquete-Kommission** einzusetzen, um eine Transformation des Gesundheitssystems zu initiieren. Die Zeit für Reformen ohne übergreifenden Plan ist vorbei – es braucht eine Transformation hin zu einem System, das Kooperation statt Konkurrenz, Prävention statt Reparatur und Gemeinwohl statt Profitstreben in den Fokus rückt.

Vom „Bismarck-System“ ins Care Share-System

Die Gesundheits-, Pflege- und Sozialsystemversorgung ist eine Querschnittsaufgabe. Sie steht in direktem Zusammenhang mit anderen Politikfeldern wie Wirtschaft, Bildung, Umwelt, Wohnen, Energie, Verkehr und der Stadt- und Landentwicklung („Health in all Policies“). Um eine gemeinwohlorientierte, präventionsfokussierte, interprofessionelle und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen, ist ein grundlegend neues Gesundheitsrecht erforderlich. Die gegenwärtigen Sozialgesetzbücher müssen bezüglich ihrer medizinischen-, pflegerischen-, therapeutischen und sozialversorgerischen Rechtsregeln „entsäult“ und zu einer integrierten „Care Share“ in einem neuen SGB 13 aufgebaut werden. Care Share setzt auf rechtsstrukturell verankerte Zusammenarbeit, die regional durch Care Share-Verbünde gesichert wird.

Care Share (Health in all Policies) Architektur Digitalzeitalter

Versäulte Bismarck-Architektur „Alte Industrien-Zeit“

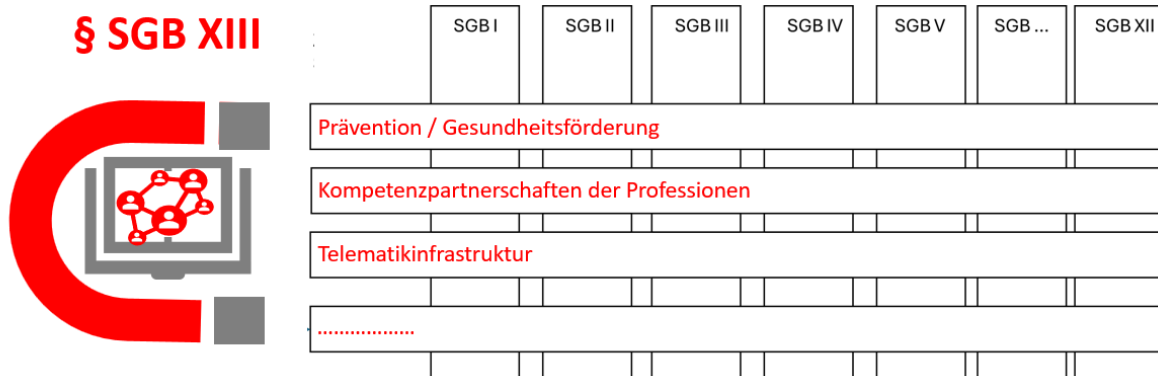


Abbildung: IPAG e.V.

13 wichtige Care Share-Empfehlungen

1. Eine Enquete-Kommission für die „Entsäulung“ der Versorgung.
2. Transformation statt Reformation – zuerst Gesamtbild entwerfen, dann Reformen.
3. Nicht Bismarck, nicht Beveridge: Care Share ist ein neuer Systemtyp.
4. Bedarfsgerechte Versorgung ist Infrastruktur und kein „Kassenprodukt“.
5. Versorgungssystem und Lebenswelt der Menschen verlässlich verbinden (Health in all Policies).
6. Interprofessionalität als Zielbild (statt Arztzentrierung).
7. Neue Finanzierungsmixe unter Ab- und Umbau der alten Sozialgesetzbücher.
8. Von der „Kasse“ zum „Care Sharer“ – Kostenträger im Wandel.
9. Gesicherte Hauptversorgung für alle plus private Zusatzleistungen.
10. Nachhaltig arbeitende Betriebsstrukturen und Versorgungsregionen.
11. Subsidiarität in der Langzeitversorgung neu denken.
12. Forschung & Innovation durch agile Real-World-Infrastruktur fördern.
13. Care Share braucht eine Care Share Gremienstruktur.

„Ich habe alles getan.“ oder „Dafür bin ich nicht zuständig.“

Mit Care Share 13 fordern wir die Politik auf, eine tiefgreifende Neuausrichtung des Versorgungssystems anzugehen. Anhand des folgenden Beispiels aus dem Alltag eines IPAG-Mitglieds wollen wir illustrieren, dass im bestehenden System auf die Krankenbehandlung und nicht auf die Gesundheitsförderung fokussiert wird. Unser IPAG-Mitglied begleitet die Betroffene in „ehrenamtlicher Mission“, denn jeder sagt „Ich habe alles getan“ oder „Dafür bin ich nicht zuständig“.

Frau Meyer: „Unfreiwillige Kundin“ der Pflegeversicherung mit dem Wunsch „Ich will nach Hause“!

- geb. 1951; verwitwet; 2 Kinder, die nicht am Wohnort leben; im Elternhaus lebend, was seit mehr als 100 Jahren im Familienbesitz ist; hat sowohl ihre Eltern als auch den krebserkrankten Mann neben ihrer Berufstätigkeit gepflegt
- Koronare Herzerkrankung, Graue Star (nicht operiert), 2022: Gebärmutterensenkung,
- von 04/2022 bis 04/2024 voll- und teilstationäre Versorgung bei beidseitigem Schamlippenkrebs mit chirurgischer Entfernung und Rekonstruktion; Thrombophlebitis und Lungenembolie; Tumorrezidiv und knöcherner Infiltration rechtes Sitzbein bis Blasenboden, Tumorrezidiv in Harnröhre und Infiltration der Scheide, tiefe Beinvenenthrombose, Schambeininfektion Tumor, Bestrahlung, Dauerkatheter-Anlage, schwere Proteinmangelernährung (PEM) mit deutlicher Prognoseverschlechterung bei weiterer Mangelernährung.
- Seit 02/2024 ist Frau Meyer nicht mehr zuhause gewesen: Erst Krankenhaus, dann onkologische Klinik. Bei Entlassung aus der Onkologie erweist sie sich als noch zu „schwach“, deshalb wird sie zur Kurzzeitpflege in ein Pflegeheim verlegt mit dem Wunsch, wieder zurück in ihr Haus zu wollen.
- 05/2024: Einzug in stationäre Langzeiteinrichtung zur Kurzzeitpflege ohne Pflegegrad, 07/2024 erhält sie nach Aktenlage Pflegegrad 2.
- Nach der Kurzzeitpflege wird sie in die vollstationäre Langzeitpflege übergeleitet, eine Kommunikation über Alternativen fand nicht statt. Die monatlichen Eigenanteil-Kosten im Pflegeheim liegen bei 3.000 €, was ihre Rente deutlich übersteigt, weshalb sie sich Geld leiht. Der Verkauf des Elternhauses kommt nicht infrage, denn es ist ihr Wunsch, Weihnachten 2024 dort wieder zu leben. Sie trägt ihren Wunsch, spätestens Weihnachten 2024 wieder in ihrem Haus zu sein, den unterschiedlichen Disziplinen in ihrer Krankheitsgeschichte vor, aber:
 - Die Onkologie ist raus, letzter MRT-Befund: kein Tumor sichtbar
 - Die Chirurgen sind schon lange raus.
 - Die Gynäkologen sind raus, aktuell nichts Akutes.
 - Der Hausarzt kennt Frau Meyer seit 05/2024 durch Einzug ins Pflegeheim, unternimmt nichts. Der alte Hausarzt ist nicht zuständig, weil sie nicht mehr im Einzugsgebiet wohnt und ihm keine Hausbesuche im Pflegeheim möglich sind.
 - Der SAPV-Dienst lehnt Koordination ab, weil Frau Meyer ja schon im Pflegeheim und damit versorgt ist und man hat auch keine Kapazitäten mehr.
 - Weiß jemand, ob ihr eine psycho-onkologische Begleitung zusteht?

- Zur Förderung der Mobilität/Training der Alltagskompetenzen durch Physio- oder Ergotherapie wären 3x 6 KG Einheiten á 20 min möglich - als Hausbesuch im Pflegeheim? Antwort des Hausarztes: „In diesem Jahr ist das Budget leider erschöpft. Wir haben September!!!!“ Außerdem sind Hausbesuche der Therapeuten auf Grund der langen Warteliste frühestens Anfang 2025 möglich.
- Weiß jemand, ob es eine Angehörigenschulung und/oder –Beratung gibt?
- Eine onkologische Reha muss laut Krankenkassenmitarbeiter für Rentner bei der Rentenversicherung beantragt werden, aber auch nicht jede, aber welche? Frau Meyer soll sich an die Rentenversicherung wenden. Wo und wie macht man das?
- Eine ärztlich empfohlene Aufbaukost liegt nicht im Verpflegungssatz des Pflegeheims, auch erhält sie trotz der schweren PEM keine Ernährungsberatung im Pflegeheim. Expertenstandard??
- Eine besondere Herausforderung stellt der Dauerkatheter-Wechsel alle 4-6 Wochen dar, keiner ist zuständig, Frau Meyer wird wie eine heiße Kartoffel hin und her geschoben:
 - Im Pflegeheim gibt es niemanden der das machen möchte, weil „ist bestrahltes Gebiet und verkürzte Harnröhre“ - traut man sich nicht.
 - Der niedergelassene Urologe sagt, Frau Meyer ist eine Frau und das ist eine gynäkologische Geschichte.
 - Der Gynäkologe sagt, ich bin aber nicht für Harnblase zuständig, das ist urologisch.
 - Das Krankenhaus wird angerufen, die Urologie dort sagt, dafür sind die niedergelassenen Ärzte zuständig.
 - Der niedergelassene Urologe sagt, er habe erst im März 2025 Termin.
 - Die Notlösung: Frau Meyer wird mit dem KTW in die Zentrale Notfallaufnahme gebracht, dort wechselt der diensthabende Arzt (fachfremd) den Katheter.
 - Aktuelle Lösung: Eine MFA aus der urologischen Praxis macht den Katheterwechsel im Pflegeheim.
 - Kleine Nebengeschichte: Die regulären Katheterwechsel bei den männlichen Patienten der niedergelassenen urologischen Praxis im 3. Stock, die nicht sitzend aus den Pflegeeinrichtungen in die Praxis transportiert werden können, finden vor der Praxis im KTW statt.
 - Damit ein Katheter unnötig würde (ebenso die Harnwegsinfekte und Behandlungen dieser), wäre ein strukturiertes Blasentraining nötig (das niemand auf dem Schirm hat).
 - Für jede ambulante Behandlung muss Frau Meyer einen gesonderten Transportschein bei der Krankenkasse beantragen, da nur Pflegegrad 2.

Für eine Gesundwerdung braucht es ein systemisch organisiertes Zusammenwirken der Gesundheits- und Sozialberufe. Für eine Überleitung ins häusliche Umfeld fühlt sich im bestehenden System niemand zuständig, auch nicht der Hausarzt. Pflegeheime machen Einzugs-, jedoch kein Entlassmanagement, denn das SGB XI ist als „Dead End“ angelegt. Gepflegt wird in die Betten, wie Oskar Dierbach^{1,2} sagt.

¹ <https://www.sueddeutsche.de/projekte/artikel/politik/pflegeheim-haus-ruhrgarten-haus-ruhrblick-oskar-dierbach-muelheim-buch-zwei-e729102/?reduced=true>

² <https://www.deutschlandfunkkultur.de/pflege-bewegungsangebote-zu-hause-100.html>