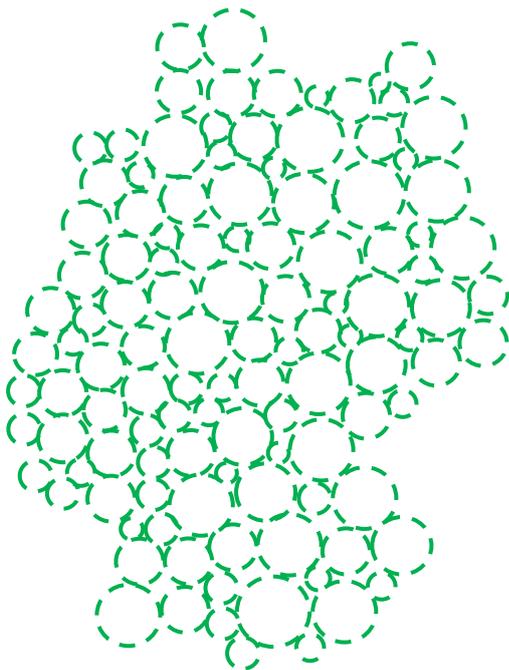


Forderungspapier anlässlich der Bundestagswahl 2025

Care Share 13

Kernforderung: Einsatz einer Enquete-Kommission mit Enquete-Regionen als Reallabore zur Entwicklung eines Care Share-Gesundheits-, Pflege- und Sozialsystems



Wir fordern den Einsatz einer Enquete-Kommission mit Enquete-Regionen als Reallabore 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 Demografie, 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! Dieses 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 – als Grundlage für ein **gemeinwohlorientiertes Versorgungssystem, das wir Care Share-System nennen**. Care Share-Verbünde, getragen von regional-lokalen Stakeholdern, die mit der Bundes- und Landesebene verbunden sind, bieten eine integrierte, sozialraumbezogene und interprofessionelle Versorgung, in deren Mittelpunkt die Menschen stehen. Die Verbünde 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 mit Enquete-Regionen als Reallabore** 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.**

Vertiefungsschwerpunkte

Die Herausforderung: Vom „Bismarck-System“ ins Care Share-System.....	2
Mehr System ins Geld statt mehr Geld ins (alte) System! Die relevantesten Fehlentwicklungen im System	2
Enquete-Kommission Care Share-Systemarchitektur einrichten.....	4
13 wichtige Care Share-Empfehlungen im Überblick.....	4
13 wichtige Care Share-Empfehlungen im Detail.....	5
Ein konkreter Fall: „Ich habe alles getan.“ oder „Dafür bin ich nicht zuständig.“	9

Die Herausforderung: Vom „Bismarck-System“ ins Care Share-System

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

Elinor Ostrom, Wirtschaftsnobelpreisträgerin 2009

Die Gesundheits-, Pflege- und Sozialversorgung 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 sozialversicherungsrechtlichen Regeln „entsäult“ und zu einer durchlässigen „Care Share“ in einem neuen SGB 13 aufgebaut werden. Care Share ist ein Gestaltungsprinzip, um Zusammenarbeit rechtlich zu verankern. Diese wird von regionalen Care Share-Verbänden als neu zu institutionalisierenden „starken Armen der Kooperation“ getragen.

Care Share (Health in all Policies) Architektur
Digitalzeitalter

Versäulte Bismarck-Architektur
„Alte Industrien-Zeit“



Abbildung: IPAG e.V.

Mehr System ins Geld statt mehr Geld ins (alte) System! Die relevantesten Fehlentwicklungen im System

1. Durch die bisherigen Sozialgesetzbücher wurde über mehr als ein Jahrhundert ein Versorgungssystem geschaffen, das sich rechtlich und organisatorisch in Sektoren und Subsysteme, auch „Säulen“ genannt, aufteilt. Finanzierungs-, Leistungs- und Vergütungssysteme sind auf die einzelne Säule und nicht auf eine abgestimmte Versorgung ausgerichtet. So können die Versorgenden rechtlich nicht verlässlich und strukturiert im Sinne ihres ethischen Anspruchs und zum Wohl der zu versorgenden Menschen interprofessionell arbeiten. Die um 1900 angelegte „rechtliche Systemkonfiguration“ passt nicht mehr und ihre Fehler können durch keinen finanziellen Anreiz in „darüber“ liegenden Versorgungsverträgen ausgeglichen werden. Reformen der letzten Jahre adressierten nie diese überholte „Systemkonfiguration“.
2. Die ambulante Versorgung im SGB V ist, historisch gewachsen, auf „den Arzt/die Ärztin“ als zentrale Steuerungsinstanz ausgerichtet. Sie ist krankheitsbezogen, monoprofessionell und kaum mit dem sozialen und räumlichen Umfeld der Menschen vor Ort verknüpft. Die gesundheits-

politische Diskussion dreht sich überwiegend um Arztleistungen und Leistungskataloge, anstatt einen umfassenderen „Health-in-all-Policies“-Ansatz zu verfolgen. In diesem alten System stehen der Arztberuf, medizinische Behandlungen und die Reparatur als „Versicherungsschaden“ im Mittelpunkt. Prävention, interprofessionelle Zusammenarbeit und Nachhaltigkeit waren und sind in diesem Mindset nicht verankert.

3. Die Pflegeversicherung basiert auf der Pflege durch Angehörige und ist überwiegend auf ältere Menschen ausgerichtet („seniorisiert“), obgleich Pflegebedarfe in allen Altersgruppen existieren. Das SGB XI ist inzwischen ein unübersichtliches „Mischsystem“, das verschiedene Bereiche wie v.a. Wohnen, Grundpflege, regionale Netzwerke, Pflegegeld, sozialrechtliche Absicherung pflegender Angehöriger und Selbsthilfe umfasst. Das führt zur thematischen Unklarheit, wofür die Pflegeversicherung eigentlich noch steht. Die Folgen sind v.a. eine große Intransparenz bei Leistungen und Finanzierung, Fachkräftemangel, Deprofessionalisierung und Unterversorgung.
4. Infrastrukturkosten wie u.a. Ausbildung, Fahrtwege, Geräte, IT und Gehälter werden aktuell v.a. über die Patientenversorgung finanziert. Dies führt zu problematischen Fehlanreizen: Im Klinikbereich werden unnötige Operationen durchgeführt, die Pflegeversicherung fördert das „In-die-Betten-Pflegen“ (höhere Pflegegrade bringen mehr Geld) und in der sozialen Betreuung entsteht Abhängigkeit statt Eigenständigkeit. Jeder Akteur ist gezwungen, sich innerhalb der wirtschaftlichen Vorgaben und Möglichkeiten zu optimieren. Obwohl die Zuständigkeiten für Investitionskosten meist geregelt sind, werden diese oft nicht getätigt. So kommt es seit Jahrzehnten zu gegenseitigen Schuldzuweisungen, auch bezüglich der sogenannten „versicherungsfremden Leistungen“. Die dringend notwendige Modernisierung der Gesundheitsversorgungsinfrastruktur konkurriert dabei mit anderen wichtigen öffentlichen Ausgaben, etwa für Dekarbonisierung, Digitalisierung, Forschung, Verkehr, Wohnen, Sicherheit und wirtschaftliche Resilienz.
5. Die Gesundheits- und Sozialwirtschaft wird meistens nur als Kostenfaktor wahrgenommen, obwohl sie eine bedeutende Rolle für die Wertschöpfung spielt. Mit 6 Millionen Beschäftigten trägt sie erheblich zur Wirtschaftsleistung bei: Im Jahr 2023 lag die Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft bei 11,5 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) – zum Vergleich: die Automobilindustrie trug 4,5 % bei. Wichtig zu beachten: Das BIP erfasst nur Leistungen, die einen Marktpreis haben. Informelle und ehrenamtliche Arbeit, die im Gesundheits- und Sozialwesen weit verbreitet sind, bleiben unberücksichtigt. Trotz ihres zentralen Beitrags zum Funktionieren der Gesellschaft und der Wirtschaft wird die Gesundheits- und Sozialwirtschaft eher als „unnötiger“ Kostenfaktor angesehen. Diese Haltung wird ihrer tatsächlichen Bedeutung nicht gerecht und verhindert einen zeitgemäßen und wertschätzenden Blick auf die Menschen, die hier arbeiten.
6. Die Gesundheitspolitik fokussiert seit jeher v.a. auf kurzfristige Kostendämpfung – mit dem Schwerpunkt auf Preisen, einzelnen Leistungen und kurzfristigen Wirkungen. Ein langfristiger und umfassender Blick auf die grundlegenden Strukturen des Systems fehlt seit Jahrzehnten.
7. Der vor 30 Jahren eingeführte „Wettbewerb“ in einem solidarischen System der Daseinsvorsorge hat den Ressourceneinsatz mit zum Teil bedenklichen Auswirkungen auf die Menschen angereizt. Institutionen und Dienstleister konzentrieren sich auf kurzfristige betriebswirtschaftliche Ziele, wie Gewinne, Auslastung und Fallzahlen, statt auf eine gemeinsame Aufgabe für die Gesundheit der Bevölkerung. Der Gedanke einer vernetzten, interprofessionellen Zusammenarbeit, der in den 1990er Jahren mit der Förderung von Public Health erwacht war, ist verloren gegangen. Die

soziale Selbstverwaltung als zentrale demokratische Errungenschaft im „Back Office des Systems“ wird durch den oft aggressiven Fokus auf kurzfristige Interessen im erlebten „Versorgungs-Front-Office“ zunehmend geschwächt.

Enquete-Kommission Care Share-Systemarchitektur einrichten

Das Care Share 13-System will die oft angesprochenen „verborgenen Einspar- und Verbesserungspotenziale“ im Gesundheitswesen erschließen. Dazu werden festgefahrene (Rechts-) Strukturen im Versorgungssystem aufgebrochen, um neu gestalten zu können – und zwar durch:

- eine Versorgungsplanung, die auf die Lebensräume der Menschen zugeschnitten ist und verschiedene Berufsgruppen integriert,
- eine regional organisierte und sichergestellte Zusammenarbeit,
- die Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse (Evidenz) bei der Gestaltung von Verträgen,
- digitale Lösungen, die die Versorgungskette transparent und auswertbar gestalten,
- eine Reform der Kontrollinstanzen und ihrer Überwachungsmechanismen sowie
- klare Rahmenbedingungen für eine nachhaltige Finanzierung.

Wir fordern den nächsten Bundestag auf, die grundlegenden strukturellen Probleme im Gesundheits-, Pflege- und Sozialsystem anzugehen. Dafür ist eine Enquete-Kommission mit Enquete-Regionen als Reallabore einzusetzen, die eine neue Systemarchitektur wie die hier vorgeschlagene ausarbeitet.

13 wichtige Care Share-Empfehlungen im Überblick

- 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.

13 wichtige Care Share-Empfehlungen im Detail

A Historische Größe der Aufgabe

1. Health in all Policies statt historischer „Bismarck-Säulen“

Der Bundestag und die Enquete-Kommission müssen die große Bedeutung dieser Aufgabe erkennen. Es geht nicht darum, kurzfristig Interessen zu bedienen oder Feuerlöschpolitik zu betreiben, sondern eine grundlegende und langfristig zu denkende neue Rechtsinfrastruktur zu schaffen, die das Gesundheits-, Pflege- und Sozialsystem in einem digitalen Zeitalter besser mit dem Alltag der Bürgerinnen und Bürger verknüpft. Ziel ist ein modernes und sinnvolles Zusammenspiel dieser Bereiche, das zwangsläufig auch andere Politikfelder umfasst. Deshalb heißt das Systemdesign Care Share.

2. Transformation statt Reformation

Care Share 13 ist keine Reform des bestehenden Systems, sondern eine Transformation, die über viele Reformschritte umgesetzt werden muss. Dieses Vorgehen lässt sich nicht mit alten Begriffen oder den bisherigen Strukturen und Prozessen beschreiben. Auch sollten Diskussionen nicht durch veraltete Argumente oder einseitige, auf die Vergangenheit abzielende Bewertungen, blockiert werden. Care Share ist nicht „die Kommune“ oder „die Kasse“, sondern Care Share.

B Das Prinzip der Selbstverwaltung bleibt Systemanlage

3. Nicht Bismarck und nicht Beveridge – Care Share ist ein neuer Systemtyp

Care Share 13 bleibt ein System der Selbstverwaltung. Auch wenn eine stärkere regionale Organisation der Versorgung gefordert wird, ist es kein steuerfinanziertes System wie der englische National Health Service (NHS). Gleichzeitig ist es aber auch kein klassisch beitragsfinanziertes Bismarck'sches Krankenversicherungssystem mehr. Care Share 13 ist ein neuer Ansatz, für den es keine Vorbilder gibt. In vielen Ländern entwickeln sich die Gesundheitssysteme weg von den traditionellen Modellen der „Bismarck-Sozialversicherung“ oder der „Beveridge-Steuerfinanzierung“ hin zu Mischformen. Diese Veränderungen betreffen nicht nur die Finanzierung, sondern auch Fragen der Selbstbeteiligung, der Versorgungsorganisation und der Entscheidungsstrukturen.

C Versorgung ist Infrastruktur und kein „Kassenprodukt“

4. Bedarfsgerechte Versorgung mit dem Menschen im Mittelpunkt

In der Gesundheitsversorgung wird oft nur über den „Leistungskatalog“ gesprochen – also darüber, welche Leistungen von den Krankenkassen bezahlt werden. Dabei wird kaum beachtet, was hinter den Dienstleistungen steckt, wie z.B. die Ausbildung der Fachkräfte, die Organisation, Qualitätssicherung oder ökologische Nachhaltigkeit. Care Share 13 versteht Versorgung als nachhaltige Infrastruktur und nicht als einzelnes „Kassenprodukt“. In den Sozialgesetzbüchern gibt es viele verschiedene Regeln für die Leistungen der Gesundheits- und Sozialberufe. Diese gewachsenen Unterschiede führen dazu, dass Menschen unterschiedlich behandelt werden – je nachdem, wer für die Finanzierung zuständig ist. Diese Unterschiede verursachen auch einen großen Teil der unnötigen Bürokratie, da diese auf Abgrenzung angelegt und über Formulare begründet werden muss. Anstatt den Menschen mit seinen individuellen Versorgungsbedarfen in den Mittelpunkt zu stellen und nach anerkannten Standards zu versorgen, entscheiden auch Finanzierungsart und Kostenträger darüber, welche Versorgung erfolgt. Care Share 13 bietet eine umfassende Grundversorgung für alle, die durch private Leistungen ergänzt werden kann.

5. Versorgungssystem und Lebenswelt verbinden

Ein großes Problem im Gesundheitssystem ist die fehlende Verbindung zwischen medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Versorgung mit dem sozialen Umfeld der Menschen, also den Kommunen und Regionen mit ihren Versorgungsstrukturen und Leistungen. Diese Trennung sieht v.a. keine sozialraumbezogene und interprofessionelle Versorgungsplanung, -organisation und -sicherstellung vor. Bei der ambulanten Versorgung wird oft nur die Anzahl der Arztstühle betrachtet und mit der Bevölkerung abgeglichen. Andere wichtige Faktoren wie das Vorkommen und die Verteilung von Krankheiten und Risikofaktoren, medizinischer Fortschritt, Telemedizin/Telepflege und die Leistungen weiterer Gesundheits- und Sozialberufe werden nicht berücksichtigt. Es fehlt an einem umfassenden „regionalen Versorgungsradar“, der die Bedarfe und Angebote für die Menschen vor Ort erfasst. Auch Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken stehen isoliert da. Die geplante Krankenhausreform zeigt dieses Problem deutlich: Sie wird ohne eine Anbindung an die ambulante Versorgung umgesetzt, obwohl viele Probleme in Krankenhäusern auf Defizite in der ambulanten Versorgung zurückzuführen sind. Es gibt keine Zuständigkeit für eine regionale Gesamtsicht, sodass die Menschen oft selbst zum Organisator ihrer Versorgung werden.

Care Share 13 fordert eine strukturierte, integrierte und interprofessionelle Versorgungsplanung, die sich an den sozialen Räumen orientiert. Wissenschaftliche Methoden dafür existieren bereits, jedoch fehlen bisher geeignete Gremien und Institutionen, um eine Versorgungsplanung umzusetzen. Daten für eine bessere Planung gibt es zwar auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene, doch sie werden ohne eine dafür institutionalisierte Zuständigkeit nicht zielgerichtet aufbereitet und eingesetzt. Care Share fordert eine Zusammenarbeit zwischen den Datenstellen auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene.

6. Interprofessionalität durch Selbstständigkeit und Digitalisierung zum Leben bringen

Das Care Share 13-Modell setzt auf die strukturierte Zusammenarbeit verschiedener Gesundheits- und Sozialberufe und löst sich vom traditionellen, arztzentrierten Ansatz. Besonders wichtig ist es dafür, die Gesundheits- und Sozialberufe systematisch und systemisch zu einem strukturell angelegten Care- und Case Management-Handeln zu befähigen, das aus sich heraus fallführend ist und nicht zusätzlich aufgesetzt werden muss, um diverse lose Enden zusammenzubinden. Das bedeutet v.a.:

- Aufbau einer Selbstverwaltung für alle Gesundheits- und Sozialberufe,
- Entwicklung eines interprofessionell angelegten modernen Heilberufsrechts auf Länderebene,
- Einführung eines modernen Berufs-, Leistungs- und Haftungsrechts für alle Gesundheits- und Sozialberufe,
- Sicherstellung einer angemessenen Finanzierung sowie
- gleichberechtigte politische Vertretung aller Gesundheits- und Sozialberufe.

Die Digitalisierung spielt eine Schlüsselrolle für die Zukunft: Mit datengestützten Klassifikationssystemen, die für interprofessionelles Arbeiten zu entwickeln sind, können medizinische, pflegerische und therapeutische Prozesse als auch Prozesse der Arznei- und Hilfsmittelversorgung sowie soziale Leistungsangebote patientenorientiert gesteuert werden, ohne dass z.B. überall ärztliche Verordnungen oder Überweisungen erforderlich sind. Auch die Kontrollaufgaben des Medizinischen Dienstes könnten dadurch erheblich reduziert werden. Transparente und digital unterstützte Versorgungsabläufe können unter kontinuierlichem Monitoring durchgeführt werden und helfen dabei, den analogen bürokratischen Aufwand der Leistungs- und Kostensteuerung abzuschaffen. Das spart Zeit, Geld und Ressourcen. Bislang werden Verträge und Leistungen ausschließlich „analog“ gedacht.

D Finanzierung

7. Neue Finanzierungsmixe / Abschaffung der Pflegversicherung in der alten Form

Care Share 13 sieht eine neu strukturierte Finanzierungsweise vor, die entlang der Care Share-Versorgungsorganisation die verschiedenen Quellen neu kombiniert:

- Beiträge der Versicherten,
- Steuermittel,
- privates Kapital sowie
- begrenzte Eigenbeteiligungen der Bürgerinnen und Bürger.

Die Eigenleistungen, die durch pflegende Angehörige erbracht werden, müssen hierfür neu betrachtet werden. Unternehmen im Versorgungssektor müssen in Care Share eine transparente Finanzierung gewährleisten, deren Kriterien für praktikable Verhandlungen vorab zwischen Verhandlungsparteien konsentiert werden, um Versicherungs- und Steuergelder verantwortungsvoll einzusetzen. Darüber hinaus tangiert diese neue Betrachtung in übergeordneter Sichtweise Themen wie die „Schuldenbremse“, die Einbindung privaten Kapitals und neue nachhaltige Wirtschafts- und Organisationsformen.

Das SGB XI muss zur Umsetzung von Care Share aufgelöst werden, da insbesondere berufspflegerische Leistungen, Versorgung durch Angehörige als auch Wohnen, Hauswirtschaft und Betreuung im Rahmen der Langzeitversorgung getrennt voneinander neu zu entwickeln sind. Die 96 Stellungnahmen zum Pflegekompetenzgesetz, die auf der Website des Bundesgesundheitsministeriums veröffentlicht sind, bieten hierfür gute Ansatzpunkte.

8. Von der „Kasse“ zum „Care Sharer“

Entlang der neuen Versorgungsorganisation werden die „alten“ Kostenträger zu Care Share-Akteuren weiterentwickelt, da sie Teil der Versorgungsgestaltung sind. Eine Care Share-Versorgung ist nicht über die alten institutionellen Verankerungen und die daraus entstandenen teils gegensätzlichen Interessen gestaltbar. Die privaten Krankenvollversicherer, die privaten Pflegekassen, die Beihilfestellen, Sondersysteme sowie die gesetzlichen Primär- und Ersatzkassen werden langfristig zu gemeinsamen Care Share-Organisationen transformiert.

Die Care Share-Kostenträgertransformation folgt der Gemeinwohlorientierung. Schon heute ist der GKV-Gesundheitsfonds mit seinem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sowie der Zuständigkeit für 90 % der Bevölkerung und dem Gleichbehandlungsgrundsatz das führende Versorgungs- und Finanzmanagementsystem – und dies im solidarischen und medizinischen Wesenskern nahezu als Einheitskasse. Dies beruht in langer Linie auf dem Sozialstaatsprinzip. Der in den 1990er Jahren eingeführte Wettbewerb innerhalb des GKV-Systems sowie die historisch überholte Parallelität zwischen GKV und PKV müssen zugunsten der Care Share-Versorgung aufgehoben werden. Schon aus Gründen des Patientenschutzes und der Ethik verbieten sich Unterschiede. Menschen können sich ihre Versorgung nicht wie einen Kühlschrank oder eine Urlaubsreise aussuchen. Die Parallelität zwischen GKV- und PKV-System als auch der GKV-Versorgungswettbewerb führen zu einer immer stärkeren „Risikoselektion“, Terminproblemen und Selbstzahleraufforderungen. Bei steigenden Beitragssätzen ist dies weder gerecht noch vermittelbar.

9. Gesicherte Hauptversorgung für alle plus private Zusatzleistungen

Care Share 13 ist eine hochwertige Hauptversorgung für alle auf wissenschaftlicher Grundlage (Evidenz). Darüber hinaus können private Zusatzversicherungen abgeschlossen werden, um Leistungen aus dem zweiten und dritten Gesundheitsmarkt abzudecken. Es gab schon immer mehr Angebote im Gesundheitswesen, als sich einzelne Menschen und auch die Solidargemeinschaft im Gesamten leisten konnten. Mit einem stark wachsenden „Markt der Möglichkeiten“ wird dies auch in Zukunft so bleiben. Umso wichtiger ist es, eine verlässliche und gerechte Hauptversorgung zu schaffen, die für alle zugänglich ist. Gleichzeitig sollen private Zusatzversicherungen sinnvoll gestaltet werden, um individuelle Zusatznachfragen abzudecken.

10. Nachhaltige Betriebsstrukturen und Versorgungsregionen

Care Share 13 setzt auf Kooperation statt Konkurrenz. Eine Leistungserbringung auf Basis einer vertrauensvollen Zusammenarbeit soll gefördert werden. Der Wettbewerb im Bereich der Daseinsvorsorge wird zugunsten von Betriebsstrukturen abgeschafft, die sich an den Prinzipien der Gemeinwohlökonomie orientieren. Diese berücksichtigt sowohl die Nachhaltigkeit im Einsatz von Ressourcen – menschlich und finanziell – als auch den Wunsch nach flexibleren Arbeitsmodellen für alle Generationen.

11. Subsidiarität in der Langzeitversorgung neu denken

Die derzeitige Pflegeversicherung legt die Hauptverantwortung auf die Angehörigen, anstatt eine stabile Infrastruktur zu ihrer Unterstützung bereitzustellen. Die Rolle der Angehörigen in der Langzeitversorgung muss grundsätzlich neu und mehrperspektivisch betrachtet werden – aus Sicht der Familien, sozialen Netzwerke wie auch der Arbeitgeber, da Pflegende als Arbeitnehmer/-innen aufgrund häuslicher Pflege mit zum Teil langen Ausfallzeiten an ihrem Arbeitsplatz fehlen. Erste Vorschläge von Angehörigeninitiativen bieten hierfür wertvolle Ansätze:

- klare Aufgabenbeschreibungen für Angehörige, verbunden mit Schulung und Förderung ihrer Kompetenzen als auch Möglichkeiten, ihre Expertisen systemisch verfügbar zu machen,
- Schutz vor Jobverlust und Armut, wenn Angehörige Pflege leisten,
- bessere Zusammenarbeit zwischen professionellen Pflegediensten und Angehörigen,
- Qualitätssicherung von Pflegeleistungen sowie
- transparente und flexible Finanzleistungen.

12. Care Share-Verbünde als Reallabore für eine neue agile Forschungs- und Innovationskultur

Care Share 13 verbindet Forschung und Innovation auf neue Weise, indem es eine ganzheitliche Sicht auf das Versorgungssystem einnimmt. Aktuell ist die Gesundheitsversorgung für viele Forschungsansätze unzugänglich. Zum Beispiel fehlen bei Arzneimittelstudien, neuen Honorarmodellen, Rechtsgrundlagen oder Großtechnikeinsätzen oft die notwendigen Real World-Settings für belastbare Daten und skalierbare komplexe Prozesse. Ohne eine verbesserte (Daten-)Forschungsinfrastruktur können Alltagsdaten nicht sinnvoll in die Forschung ein- und damit wiederum in die Versorgung zurückfließen. Insbesondere die Möglichkeiten der Digitalisierung bleiben ungenutzt. So werden seit Jahrzehnten viele Mittel in kurzfristige Projekte („Projektitis“) investiert, die kaum zu Veränderungen in der Versorgung führen, da die rechtlichen Strukturen (Kontextrahmen) im System Innovationen blockieren. Dies ist für die Wissenschaft als auch für die Projektpartner anhaltend frustrierend.

Care Share-Verbünde könnten als dauerhafte Plattformen in Form von „Reallaboren“ dienen, um Innovationen aus allen Politikfeldern systematisch zu erproben und umzusetzen, insbesondere sogenannte komplexe Interventionen. Sie können „Transformationsriemen“ sein, um Forschungsergebnisse in die Praxis zu bringen und wiederum aus der Praxis heraus theoretische Grundlagen und Erkenntnisse für die Versorgung zu schaffen. In einer immer schnelleren Welt ist eine flexible und

agile Innovationsinfrastruktur für den Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis (sowie vice versa) notwendig.

13. Care Share-Gremienstruktur entwickeln

Care Share 13 fordert eine klare und verbindliche Zusammenarbeit zwischen Bund, Ländern und Kommunen, um eine vernünftige Gesundheits-, Pflege- und Sozialsystemversorgung zu gewährleisten. Auf Bundesebene sollte das Bundesgesundheitsministerium zu einem „Health in all Policies“-Ministerium umstrukturiert werden, das sich um die Daseinsvorsorge kümmert (Care Share-Ministerium). Auch auf Landesebene braucht es eine Care Share-Struktur. Dort existieren viele unterschiedliche thematische Arbeitsgruppen, doch diese arbeiten unverbunden, eher beliebig und bleiben ohne Ergebnisse und Verbindlichkeiten. Auf der Landesebene wird auch weiterhin der Rahmen für das Versorgungsvertragsgeschäft der regionalen Care Share-Verbünde gestaltet. Diese können auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen mit Gesundheitsregionen iterativ entwickelt werden und zwar in Reallaboren. Das Care Share-Recht erfordert eine theoretische Entwicklung, entstehen kann es aber nur praktisch in Reallaboren unter multiperspektivischer wissenschaftlicher Evaluation. Der G-BA ist in einer Care Share-Versorgung für die Generierung von Evidenz zuständig, nicht aber für die regionale Versorgungsorganisation.

Ein konkreter Fall: „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 knöchernen 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 Blasen-Training 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>