

Care Share 13

Eine neue Straßenverkehrsordnung für die Versorgung

Text: Sonja Laag und Bernhard Beck

EINE ANDERE PERSPEKTIVE

Die Gesundheits- und Pflegeversorgung als auch die Leistungen des Sozialsystems werden in der Regel aus der "Froschperspektive" wahrgenommen. Für einen Pflegedienst ist es z.B. "normal", dass er in "HKP- und SGB XI"-Pflege denken muss, denn die Leistungen und deren Vergütungen sind unterschiedlich, so dass der Pflegedienst schauen muss, welche Klienten er annimmt, wie er die Touren plant und welches Personal er dafür zur Verfügung hat. Es ist im Prinzip wie mit dem Straßenverkehr. Wir kennen Regeln wie "Rechts vor Links", Überholverbote, Geschwindigkeitsvorgaben und auch das Führen eines Fahrzeugs ist nur mit einem entsprechenden Führerschein erlaubt und die Fahrzeuge selbst brauchen eine Zulassung und regelmäßige Sicherheitskontrollen. Im Alltag fahren wir in den Vorgaben dieses bundesweiten "Gesamtreglements", das sich Straßenverkehrsordnung nennt, ohne zu hinterfragen, wer das eigentlich "angelegt" hat. Für die Verkehrsinfrastruktur verstehen wir sofort, dass es sich um Daseinsvorsorge und öffentlich zu gestaltenden Raum und Belange handelt. Im Bundesverkehrswegeplan wird der Versuch unternommen, das komplexe Zusammenspiel für diese Infrastruktur der EU-, Bundes-, Landes- und Kommunalebene abzubilden. Neben übergreifenden bundesweit gültigen Regeln existieren für jeden Sozialraum jedoch noch weitere eigene Werte, Normen, Regeln, die nur den Menschen in einem Stadtteil oder einer Kommune bekannt sind und zusätzlich zur offiziellen Verkehrsordnung existieren. Es ist eine permanente Herausforderung, Schnittstellen bei Aus- und Neubau, Sanierung und Harmonisierung der Verkehrsnetze zwischen den Ebenen eines föderalen Staates, der in EU-Recht eingebunden ist, zu harmonisieren.

CARE SHARE 13 IST EINE NEUE VERSORGUNGS-STRAßENVERKEHRSORDNUNG

Care Share 13 setzt nicht auf der individuellen Ebene an, sondern auf der weniger bekannten, weil ferner vom Alltag liegenden, systemischen Ebene. Das Zielbild der Care Share 13 ist eine gemeinwohlorientierte, präventionsfokussierte, wohnortnahe, interprofessionelle und nachhaltig-wirtschaftliche Versorgung. Die Gesundheits-, Pflege- und SozialeLeistungsversorgung steht in direktem Zusammenhang mit anderen Politikfeldern wie Wirtschaft, Bildung, Umwelt, Wohnen, Energie, Verkehr und der Stadt- und Landentwicklung, sprich als "Health in all Policies". Für Care Share 13 laufen die Fäden dieser Policies in den Kommunen/Regionen zusammen, die deshalb in Form von Care Share Versorgungsverbänden eine neue Steuerungsebene der Versorgung werden. Dafür müssen alte Versorgungsbilder und darauf basierende Rechtsstrukturen mit überholten Steuerungsfunktionen ab- und umgebaut werden. Wie in der Planung des Zusammenspiels von EU-, Bundes-, Landes- und Kreisstraßen, muss differenziert betrachtet werden, was über EU- und Bundesrecht und was über die Rechtssetzung durch Land und Kommune geregelt werden muss und kann, insbesondere unter Erfüllung des verfassungsrechtlichen Anspruchs auf gleichwertige Lebensverhältnisse.

ENTSÄULUNG IST...DER ABBAU ALTER VERSORGUNGSLEITBILDER

Gesundheits-, Pflege- und SozialeLeistungen werden in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern geregelt, sowie einem darunterliegenden komplexen Geflecht aus untergesetzlichen Normen in Form von Richtlinien, Verordnungen, Rahmenempfehlungen, Verträgen und anderen Regelwerken. Seit über 100 Jahren erwuchs so das Versorgungssystem in



Sektoren und Subsysteme, sprich in "Säulen". Finanzierungs-, Leistungs- und Vergütungssysteme sind auf die einzelne Säule und nicht auf eine patientenzentrierte abgestimmte Versorgung ausgerichtet. Anders gesagt: In jedem SGB wurde und wird die Gesundheitsversorgung neu erfunden. So können die Gesundheitsberufe schon rechtlich nicht strukturiert und im Sinne ihres ethischen Anspruchs zum Wohl der Menschen interprofessionell arbeiten. Reformen der letzten Jahre adressierten nie diese versäulte Systemkonfiguration.

Wir brauchen eine neue "Versorgungs"-Straßenverkehrsordnung. Die Rechtsregeln für die Versorgung müssen mit dem neuen Leitbild der Interprofessionalität, Patientenzentrierung und des Sozialraumbezuges neu geschrieben werden. Ein neues SGB 13 der Care Share muss durch Um- und Abbau der alten SGBen entstehen. Das ist Infrastrukturarbeit.



Abb. 2: Eine patientenorientierte Versorgung setzt voraus, dass sich die über ein Jahrhundert gewachsenen Regelwerke nicht widersprechen, weil sie historisch in ihren jeweiligen SGB-Säulen entwickelt wurden. Das Care Share Gesundheitsrecht zieht diese Regeln aus den SGBen heraus und gestaltet sie harmonisiert in einem neuen SGB XIII neu.

Die Gesundheits-, Pflege- und SozialeLeistungsversorgung wird vorrangig immer noch als ein singuläres "Kassenprodukt/ Kassenleistung" gesehen. Die Kasse bezahlt den Rollator, ein Medikament oder das Anziehen von Kompressionsstrümpfen in der HKP oder auch nicht. Wieso aber muss noch heute eine Häusliche Krankenpflege von einem Arzt verordnet werden, damit Pflegefachpersonen Kompressionsstrümpfe anziehen dürfen? Wieso übernimmt der Medizinische Dienst, i.d.R. in Form einer Pflegefachperson, die Einschätzung über eine Pflegebedürftigkeit und nicht der Pflegedienst vor Ort? Wieso werden Kassenarztsitze in einer Region geplant, andererseits ist es aber völlig egal, "wie viel" von den anderen Gesundheitsberufen vor Ort "vorhanden ist". Wie soll unter einem solchen unvollständigen Diktum eine menschenzentrierte Versorgung, Therapie und Pflege realistisch gelebt werden können?

HERZSTÜCK: REGIONALE CARE SHARE VERBÜNDE ALS MODERNE STEUERUNGSEBENE

Es fehlt an einem umfassenden regionalen Versorgungsradar, einem Versorgungsnetzfahrplan, der die Bedarfe und Angebote für die Menschen vor Ort erfasst. Es gibt keine Zuständigkeit für eine regionale Gesamtsicht, deshalb werden die Menschen notgedrungen selbst zum Organisator ihrer Versorgung und oft gescholten, sie suchten zu viele Versorger "ungesteuert" auf. Care Share 13 will eine strukturierte, integrierte und interprofessionelle Versorgungsplanung, die sich an den sozialen Räumen orientiert. Wissenschaftliche Methoden zur Planung dieser existieren, es fehlen aber die Gremien und Institutionen, um eine solche Versorgungsplanung umzusetzen. Das Herzstück der Care Share 13-Versorgung sind regionale Care Share Verbände, die für ihren Sozialraum der Kommunen/Landkreise/Regionen die Versorgungssteuerung sicherstellen. Sie müssen aus den beteiligten Akteuren entwickelt werden und einen niedrighenwigen Beteiligungszugang auch aus der Bevölkerung im Sinne eines modernen Partizipationsmanagements ermöglichen.



Abb. 3: Care Share 13 fordert eine regionale neue Versorgungsstruktur in Form von Care Share-Verbänden. Sie planen, organisieren und stellen eine wohnortnahe integrierte und interprofessionelle Versorgung sicher.

CARE SHARE 13 IST INTERPROFESSIONELL ORGANISIERT UND BRAUCHT DESHALB EIGENVERANTWORTLICHE GESUNDHEITSBERUFE

Eine "Care Share-Straßenverkehrsordnung" braucht starke und eigenverantwortliche Gesundheitsberufe. Grundsätzlich braucht es den Mut sich mit den Mitmenschen in ihren Lebensrealitäten und Lebenswelten vertraut zu machen und ihnen auf Augenhöhe zu begegnen. Unter ambulanter Versorgung wird in Deutschland vorrangig die Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen verstanden. Der Kassenarzt bzw. die Kassenärztin wurde seit 1900 von den Krankenkassen als zentrale Steuerungsinstanz für Versorgungsleistungen anderer Berufsgruppe angelegt, da der approbierte Arzt das größte Evidenz-Versprechen zu damaliger Zeit war und Versichertengelder nur für wirkungsvolle Maßnahmen verwendet werden sollten. Die berufs- und leistungsrechtliche Entwicklung der sogenannten "nicht-ärztlichen" Berufe ist dadurch in Deutschland über das 20. Jahrhundert bis heute stark zurückgeblieben, insbesondere auch für die systemrelevante Pflege. Care Share 13 arbeitet mit einem interprofessionellen Versorgungsleitbild. Für die Umsetzung der Care Share Versorgungsabläufe müssen die Gesundheitsberufe "fest im Sattel sitzen". Das heißt, sie müssen eine berufsständische Selbstverwaltung haben, die ihre Aus-, Weiter- und Fortbildung als auch Berufsordnungen festlegt und in politischen Gremien mitbestimmt.

CARE SHARE 13-VERSORGUNGSVERTRÄGE

Die Care Share-Versorgung kennt keine "SGB V" oder "SGB XI"-Pflege mehr. Die pflegfachlichen Leistungen werden auf Grundlage des evidenzbasierten und international verfügbaren Datenklassifikationssystems abgebildet und Qualifikationen entlang des DQR festgelegt. Sie stellen die Grundlage für moderne Versorgungsverträge. So wird sichergestellt, dass die Angehörigen der Berufspflege entlang ihrer Qualifikationen auch in modernen Versorgungsverträgen eingesetzt werden können. Care Share bedeutet v.a. eine interprofessionelle statt arztzentrierte Primärversorgung. Hausarztpraxen und Pflege entwickeln als "Blockbuster"-Basisversorger in Tandem-Verträgen ein zeitgemäßes Zusammenarbeiten und keine "Heilkundeübertragung". Ob in der Wohnung des zu Versorgenden, in einer niedergelassenen Arztpraxis oder im Krankenhaus, das Tandem bleibt an der Seite der Patientinnen. In Care Share-Tandems können Ärztinnen und Pflegefachpersonen stationär und ambulant arbeiten, da der Regionalansatz auch neue nachhaltig wirtschaftende Betriebsmodelle wie regionale Versorgungszentren vorsieht. Sie können nur wirksam werden, wenn das Berufs- und Leistungsrecht für

alle Gesundheitsberufe modernisiert wird. Care Share ermöglicht, dass die Patient:innen barrierefrei die Versorgungsebenen wechseln können, zumal eine ePA den Zugriff auf relevante Informationen für alle settingunabhängig erlauben kann. Das Tandem ist fester Ansprechpartner und Ankerpunkt für die zu Versorgenden auch im Chronic Care Versorgungsmanagement. Hier werden entlang der Erkrankungen Versorgungsverträge nach Patientenpfad abgebildet und Fachärzte, Fachpflege, Therapeuten und andere Akteure strukturiert beteiligt. Die Leistungen der Versorgenden sind digital unterlegt (Codes) und so können viele der "analogen MD-Prüfprozesse" durch ein Echtzeitmonitoring abgelöst werden. Auch die Krankenhausversorgungsprozesse als auch jene der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen und besonderen Wohnformen, können sich durch den Care Share Ansatz modernisieren.

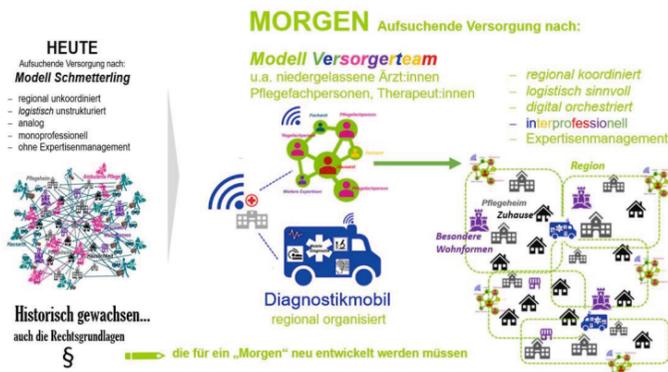


Abb. 4: Care Share 13 Versorgungsverträge sind sozialraumbezogen, interprofessionell und digital orchestriert angelegt, insbesondere die aufsuchende Versorgung.

PFLEGEFACHLICHE LEISTUNGEN AUF BASIS EINES EINHEITLICHEN DATENKLASSIFIKATIONSSYSTEMS

Der Einsatz der pflegfachlichen Leistungen auf Basis datengestützter Klassifikationssysteme ermöglicht den Pflegefachpersonen ihre Kompetenzen unabhängig sozialrechtlicher Vorschriften einzubringen. Eine Vorbehaltsaufgabe bleibt somit settingunabhängig eine Vorbehaltsaufgabe. Zu den international evidenzbasierten Datenklassifikationssystemen, die das pflegfachliche Handeln angeben, gehören v.a. eine Pflegebedarfserhebung mit einer standardisierten Pflegediagnostik. Hier ist vorrangig das NNN-Assessment (NANDA-I Pflegediagnosen, Klassifikation der Pflegeinterventionen [NIC], Klassifikation der Pflegeergebnisse [NOC]) zu nennen. Es kann neben weiteren etablierten Assessmentinstrumenten der anderen Bezugsprofessionen wie Humanmedizin, Psychologie, Logopädie, Pädagogik, Pädiatrie, Gerontologie, Geriatrie, Public Health, etc. eingesetzt werden. Diese sind um das Community Health (Needs) Assessment aus dem Community Health Nursing (CHN) sowie um eine Analyse der Teilhabe und Inklusion über die ICF erweiterbar, um regionale, pflegeoriginäre



Bedarfe sowie Bedürfnisse entlang der individuellen Lebensrealitäten und Lebenswelten von Einzelpersonen sowie Bevölkerungsgruppen (Populationen) in einer Region zu erfassen. Die Pflegeinterventionen nach NIC würden den historischen Wildwuchs an GOPs (Abrechnungspositionen) und Leistungsbeschreibungen ersetzen.

Für die Pflegediagnostik als auch im Mindesten für die Anwendung des ICF gilt, die möglichen Barrieren in der Therapieplanung zu identifizieren. Dies gilt nicht nur bezogen auf Körperstrukturen und -funktionen, sondern ebenso für die Teilhabe und Inklusion in den einzelnen Lebensbereichen, sofern sie konsequent kodiert werden. Ein weiterer Mehrwert der Datenklassifikation ist die strukturierte Einbindung in die ePA. Über die Diagnostik der jeweiligen Gesundheits-, Pflege- und Sozialfachberufe können z.B. alle notwendigen Einschätzungen für die Beantragung komplexer Hilfsmittel oder Therapien begründet werden, wodurch das analoge Formular- und Antragswesen nahezu ersetzt würde. Vor allem aber ist damit auch eine Real-World-Versorgungsforschung möglich.

Die zunehmenden bürokratischen Hindernisse in der Versorgung von z.B. Langzeitarbeitslosen, Menschen mit Behinderung oder psychischen Erkrankungen oder schweren Verläufen chronischer Erkrankung entstehen seit vielen Jahren, weil die Versorgungssituation mehrere Sozialgesetzbücher tangiert. In Einrichtungen der besonderen Wohnformen nach SGB IX beispielsweise, sehen sich diese zusehends durch das zunehmende Alter ihrer Bewohner:innen mit komplexen Versorgungs- und Pflegesituationen konfrontiert, erfahren aber nicht die finanzielle Entlastung für die pflegfachliche Unterstützung, da die Regelungen sich oftmals über mehrere SGB "erstrecken" und verworrene Bezüge auf- und untereinander entwickeln.

CARE SHARE ERMÖGLICHT COMMUNITY HEALTH NURSING

Auf der Ebene der Bürger:innen eines Dorfes oder eines Stadtteiles war es früher unter anderem die Aufgabe von Gemeindepfleger:innen im Sinne der Gemeindegewesin diesen systemischen Blick konsequent bewusst anzuwenden, um verdeckte Pflegeprobleme /-phänomene zu identifizieren. Florence Nightingale, Agnes Karll oder auch Henriette Arendt (Tante von Hannah Arendt) sowie Lillian W. Wald (eine der ersten Schulgesundheitsfachpfleger:innen / School Nurses) haben erfolgreich vorgelebt, was Prävention war. Sie gingen dorthin, wo die Menschen ihre Leben zu bestreiten pflegten. Sie machten sich mit den Menschen vertraut und den Gegebenheiten als auch den

Herausforderungen mit denen diese Menschen vor Ort konfrontiert waren. Sie lernten die Menschen nicht erst kennen, wenn sich bereits eine Erkrankung oder eine Krise entwickelt hatte, sondern konnten durch das Wirken in der Gemeinschaft dieser Menschen und deren Sozialraum präventiv Wirkung erzielen. Sie konnten sehen oder zumindest wesentlich schneller erkennen, in welcher Menschengruppe, in welchem Sozialraum, unter welchen Bedingungen welche Beeinträchtigungen und Erkrankungen bei den einzelnen Menschen und Menschengruppen (Populationen) entstehen können. Heute trifft man die Pflegefachpersonen in der Regel nur noch in Krankenhäusern, Pflegeheimen oder ambulanten Pflegediensten an, aber nicht mehr in den Gemeinden. Man könnte meinen, dass die Pflege sich über die Jahrzehnte in Deutschland von dem Leben der Menschen bis zu einem gewissen Grad entfremdet hat, obwohl die Pflege als Profession bei einem gelingenden und bestenfalls möglichst langen gesunden Leben unterstützen soll. In den alten Versorgungsverträgen mit Arztvorbehalt und sektoralen Zuständigkeiten von Versicherungssystem und kommunaler Selbstverwaltung kann kein Community Health Nursing regelhaft eingeführt werden, jedoch in Care Share 13 mit seinem Regionenansatz.

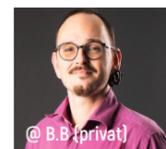
MUT UND ZUVERSICHT FÜR DIE CARE SHARE ZUKUNFT

Die strukturellen Hintergründe unseres Handelns – wer hat wann und wieso die Straßenverkehrsordnung angelegt – werden zu oft außer Acht gelassen, weil sie nicht schnell und einfach zu verändern sind. Sie sind auch für die Gesundheitsversorgung über 130 Jahre gewachsen. Wir bezeichnen sie oft als "dicke Bretter", die für das Gesundheitssystem nicht gebohrt werden, weil diese zu komplex und zu konfliktbehaftet sind. Der IPAG e.V. will die Politik ermutigen, sie zu bohren. Beitragssätze und kommunale Sozialabgaben werden nur durch eine strukturell angelegte nachhaltige Versorgungsorganisation handhabbar bleiben.



Sonja Laag

2. Vorsitzende Think Tank IPAG e.V.
(Institut für Pflege, Altern und Gesundheit e.V.)



Bernhard Beck

Schriftführer Think Tank IPAG e.V.
(Institut für Pflege, Altern und Gesundheit e.V.)