



Care Share 13

07.11.2023

Designentwurf

für ein neues Gesundheitssystem

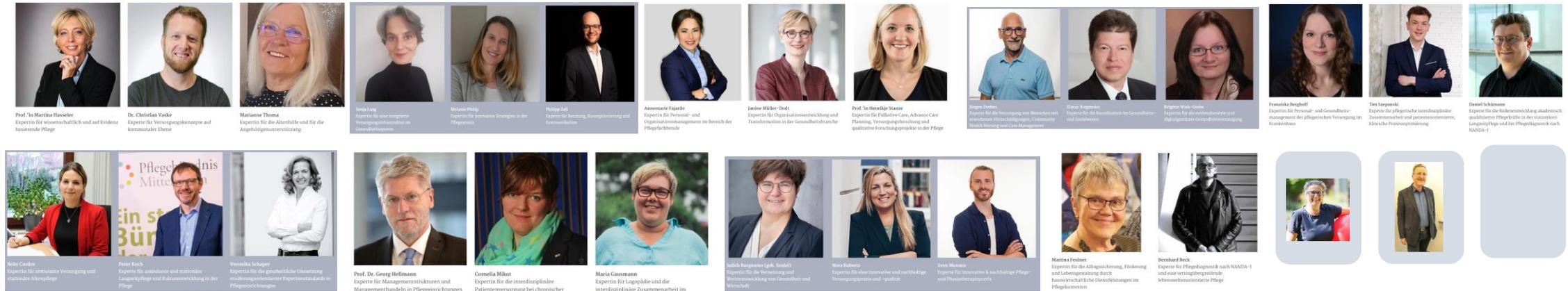
Sonja Laag, Annemarie Fajardo, Brigitte Nink-Grebe



Wer wir sind – ein *Think Tank*

Care Share 13 | IPAG Expert:innenrat (i-pag.de)

↓ Melanie Philip hat 2019 begonnen...



Care Share 13
Dialogforum
Online-Live

In einem offenen, interaktivem Onlinedialog betrachten wir den vorliegenden Architekturstwurf multiperspektivisch. Wir konkretisieren gemeinsam mit Ihnen noch nicht ausgereifte oder fehlende Aspekte der Care Share 13-Gesundheitsversorgung.

Termin auswählen und mitgestalten



Care Share 13
Erkundungsreise
Online-Live

Mittels einer offenen, interaktivem und multiperspektivischen Betrachtung decken wir gemeinsam neue, wertvolle und wirksame Ressourcen für die Care Share 13-Architektur auf und testen innovative Formen der Kollaboration und Zusammenarbeit aus.

Termin auswählen und Care Share 13 ausprobieren

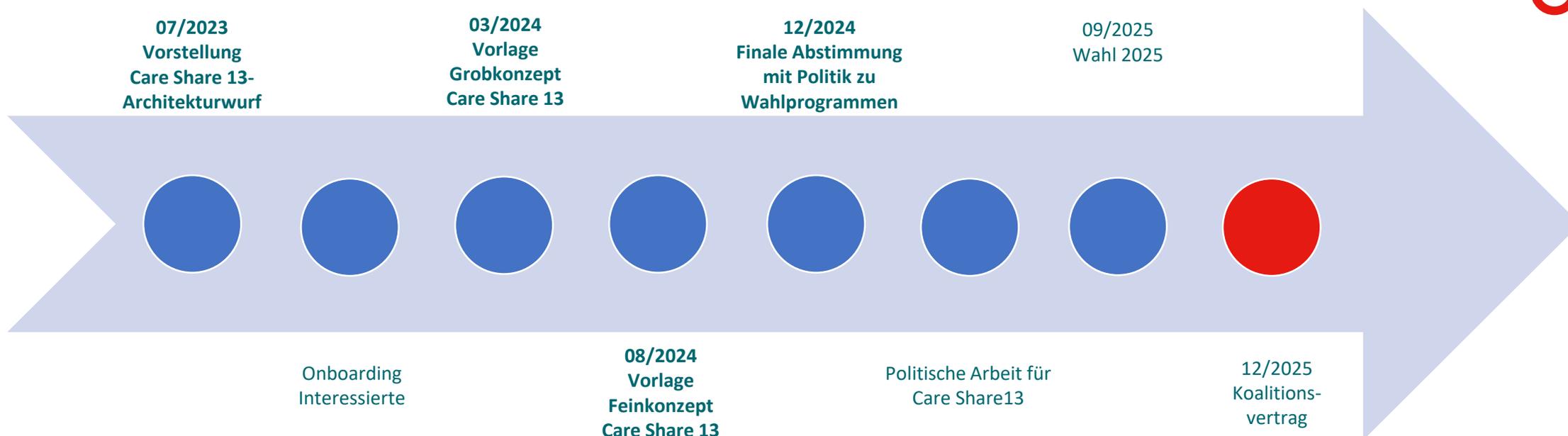
Wir arbeiten agil-partizipativ, d.h., wir konkretisieren unser Design öffentlich mit Interessierten.



Was wir wollen

[Care Share 13 | IPAG Expert:innenrat \(i-pag.de\)](https://www.ipag.de/care-share-13)

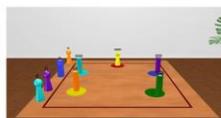
Ziel:
im Koalitionsvertrag 2025
wird Care Share 13 aufgenommen
und eine Architekturkommission für
die Systemstrukturarbeit eingesetzt.



Care Share 13
Dialogforum
Online-Live

In einem offenen, interaktiven Online-Dialog betrachten wir den vorliegenden Architekturkonzept auf multiperspektivisch. Wir konkretisieren gemeinsam mit Ihnen noch nicht ausgereifte oder fehlende Aspekte der Care Share 13-Gesundheitsversorgung.

Termin ansetzen und mit gestalten.



Care Share 13
Erkundungsreise
Online-Live

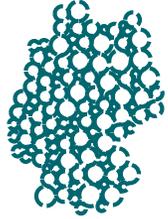
Mittels einer offenen, interaktiven und multiperspektivischen Betrachtung deschen wir gemeinsam neue, wertvolle und wichtige Ressourcen für die Care Share 13-Architektur auf und testen innovative Formen der Kollaboration und Zusammenarbeit aus.

Termin ansetzen und Care Share 13 ausprobieren.

Wir arbeiten partizipativ, d.h.,
wir konkretisieren unser Design öffentlich mit Interessierten.



Tektonik Care Share 13



1. Regionale Care Share-Verbünde als neue Governancestruktur

- a) sozialraumbezogene-, sektorenintegrierte, interprofessionelle Versorgungsplanung
- b) Sozialraumbezogene Versorgungsorganisation
- c) Sozialraumbezogene Sicherstellung



2. Tandem-Versorgung Medizin + Pflege (Care Share Verträge)

- a) Tandem-Versorgung Hausarztpraxis + Pflege
- b) Tandem-Versorgung + Clinical Leadership
- c) Tandem + Chronic Care Management & Single-Leistungskataloge



3. Nationaler Care Share Gesundheitsfonds + Landes Care Share Organisationen

- a) Ein Versicherungssystem (Beiträge)
- b) Nationaler Care Share Gesundheitsfonds (Beiträge + Steuern)
- c) Landes Care Share Organisationen & Regionale Care Share Verbünde



4. Care Share Gremienstruktur & Care Share Gesundheitsrecht SGB 13

- a) Interprofessionelle + integrierte Selbstverwaltung (Bund-, Land-, Region)
- b) Nationales Institut für Öffentliche Gesundheit
- c) Fachinstitute Bund- und Land neu & neu ausrichten



Veränderung v.a.



Ablösung alte
Sicherstellungsaufträge
durch Collaborative
Leadership



Ab-, Um- und Neubau
SGBen (v.a. V & XI)



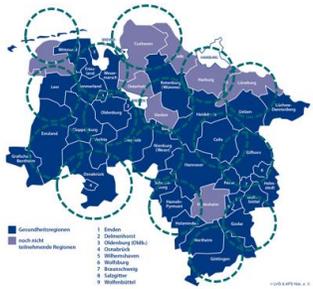
EXIT PKV Krankenvoll-
versicherung & EXIT Struktur
gegliedertes GKV-System



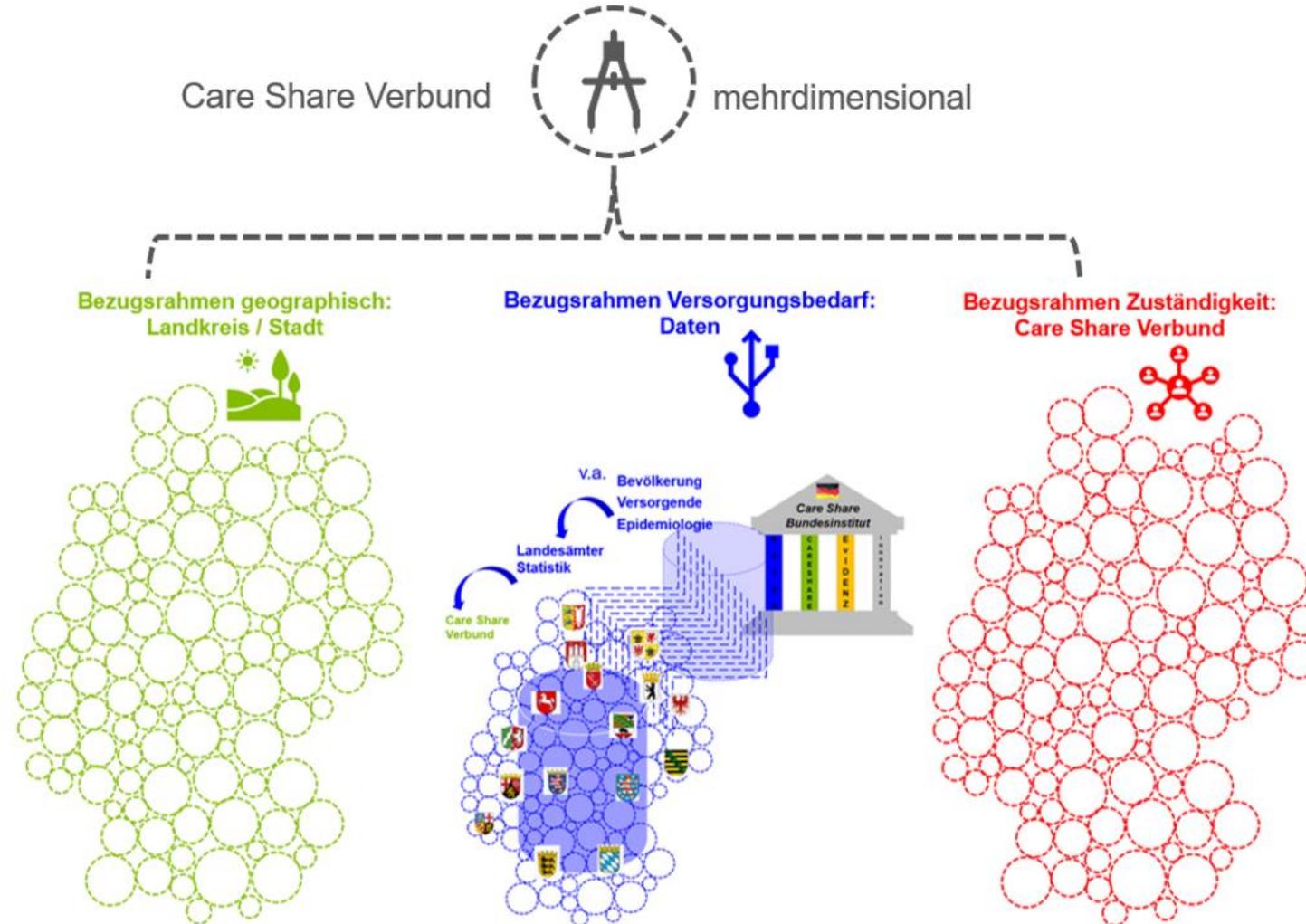
Reduzierter G-BA / Institut
für Öffentliche Gesundheit



1. Neue Zielstruktur: Care Share Verbund



Niedersachsen
Gesundheitsregionen
(ebenso Bayern + Baden-
Württemberg)

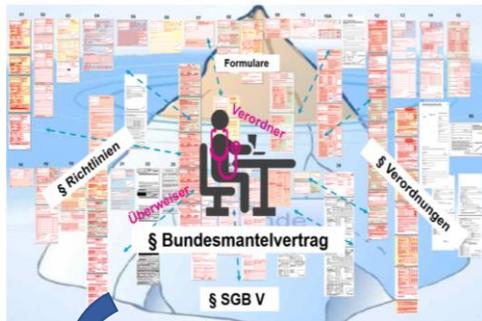




2. Tandem-Versorgung Medizin & Pflege

Bismarck

analog / sektoral / arztvorbehalten / unverantwortet



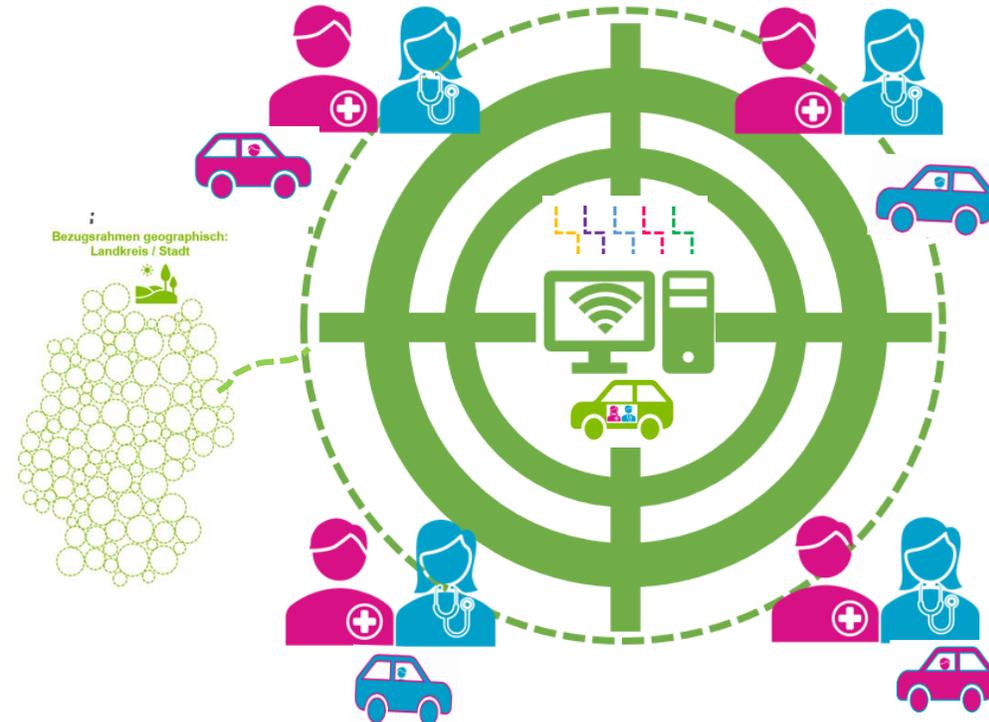
Regionalität spielt keine Rolle



Care Share

digital / integriert / interprofessionell / verantwortet

Region





2. Care Share-Verträge

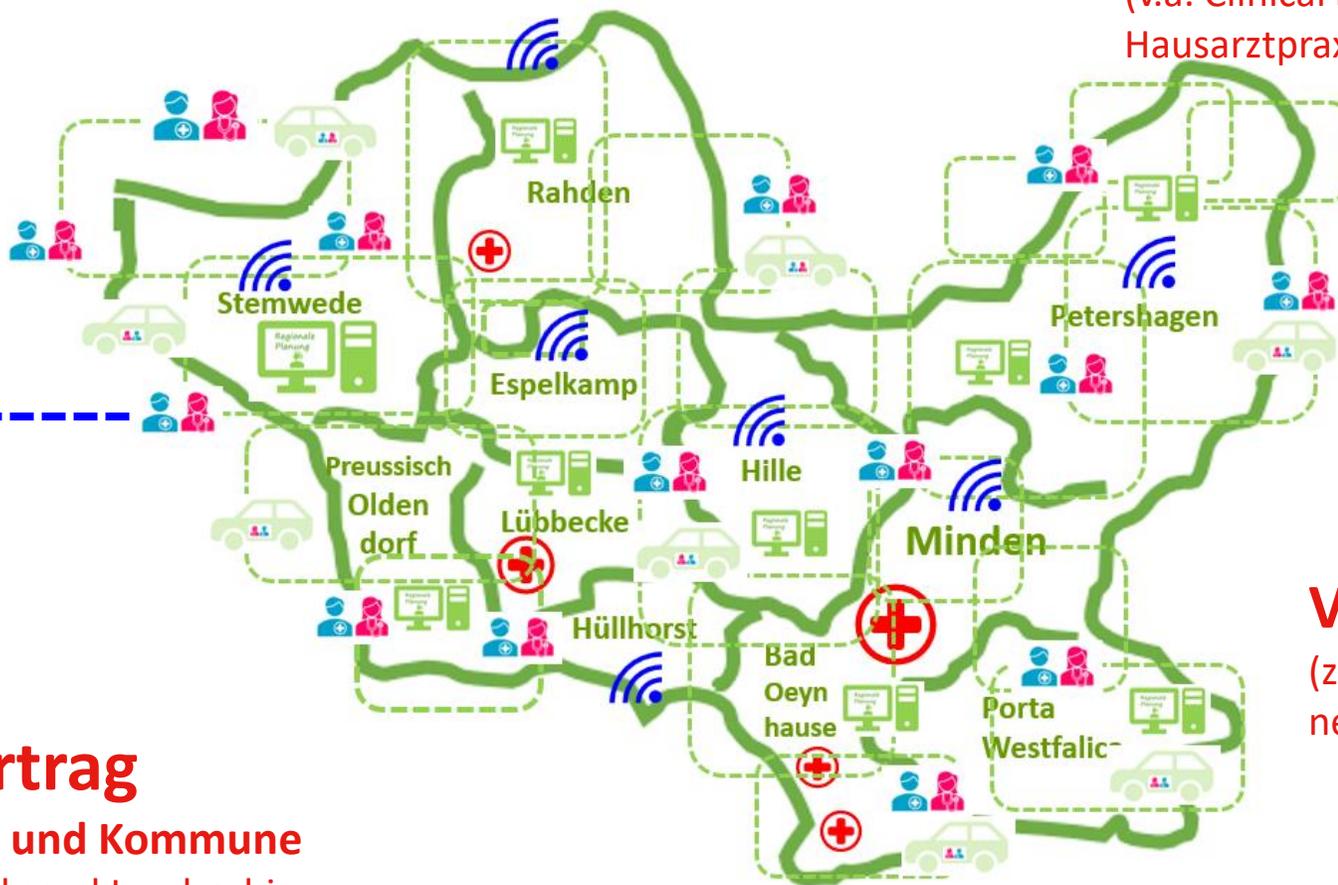
Spezialisierte Zentren
im In- und Ausland



1.

Regionalvertrag

zwischen Tandem und Kommune
(v.a. über Planung, Shared Leadership,
Umsetzung, Sicherstellung)



Kreis Minden-Lübbecke (Ostwestfalen)

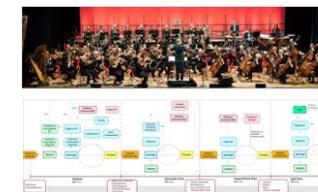
2.

Tandem-Verträge

Arzt + Pflege

(v.a. Clinical Leadership; ambulant
Hausarztpraxen + Pflegedienste)

+ Chronikerpfade



+ Singleleistungen

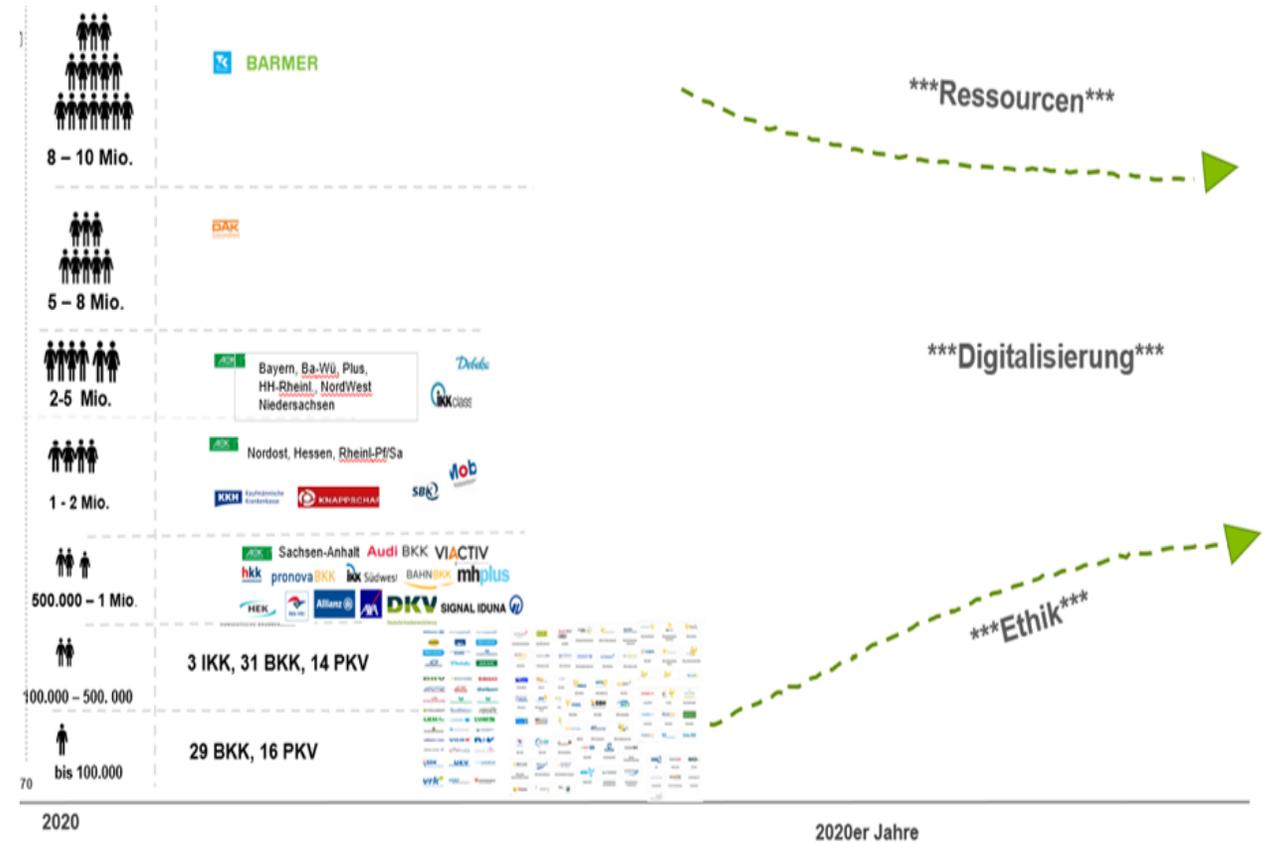
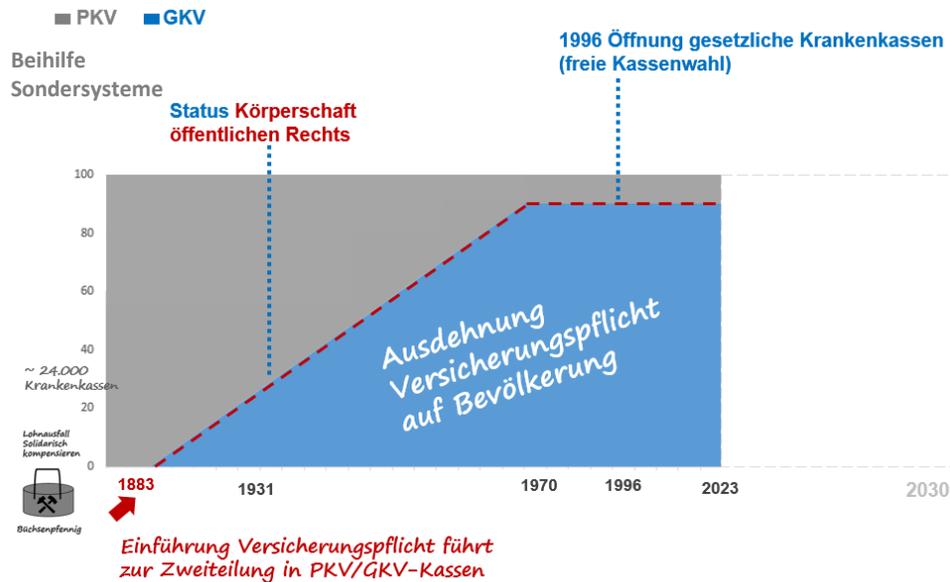
3.

Vielfalt Betriebsmodelle

(z.B. IGZ, RVZ, MVZ, BAG, Gesundheits-
netze, Genossenschaften, etc.)

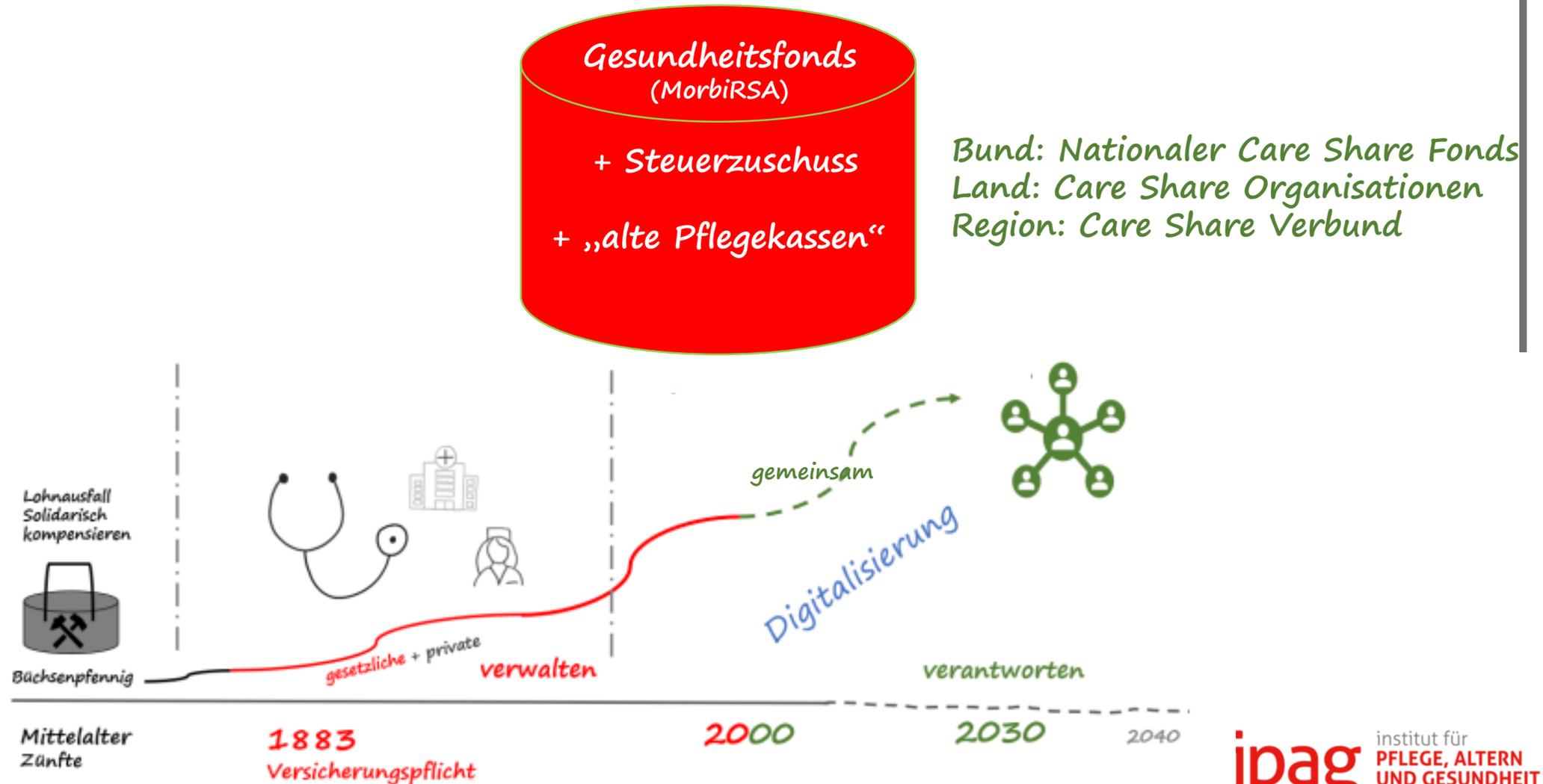


3. Kassenkonsolidierung / Transformation





3. Kassenkonsolidierung / Transformation

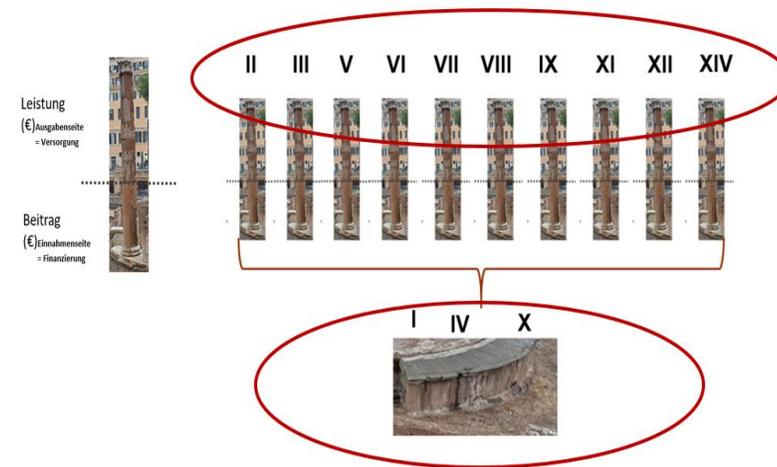




4. Care Share SGB 13 & Gremienstruktur



Gesundheitsrechtliche Regelungen
zusammenführen

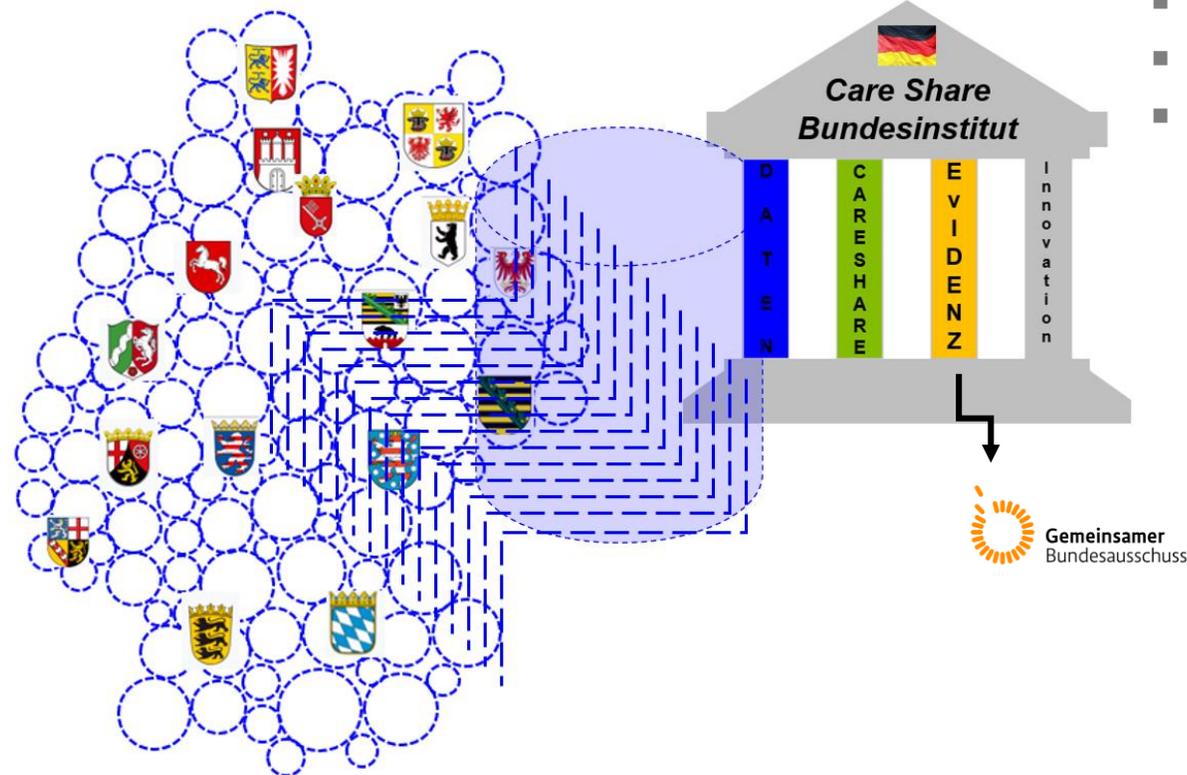


Allgemeine Grundsätze + Finanzierung +
Verfahren überarbeiten



4. Care Share SGB 13 & Gremienstruktur

- Datengrundlagen
- Evidenz
- Nationale Gesundheitsziele
- Innovationsinfrastruktur





4. Voraussetzung (u.a.) Abschaffung SGB XI

Berufspflege



Angehörigen- &
Alltagsunterstützung

SGB XI



Angehörige & Wohnen & Alltagshilfen



■ An- und Zugehörige

- Finanzielle Absicherung
- „Elterngeld“
- Auszeiten
- XXX

■ Wohnen

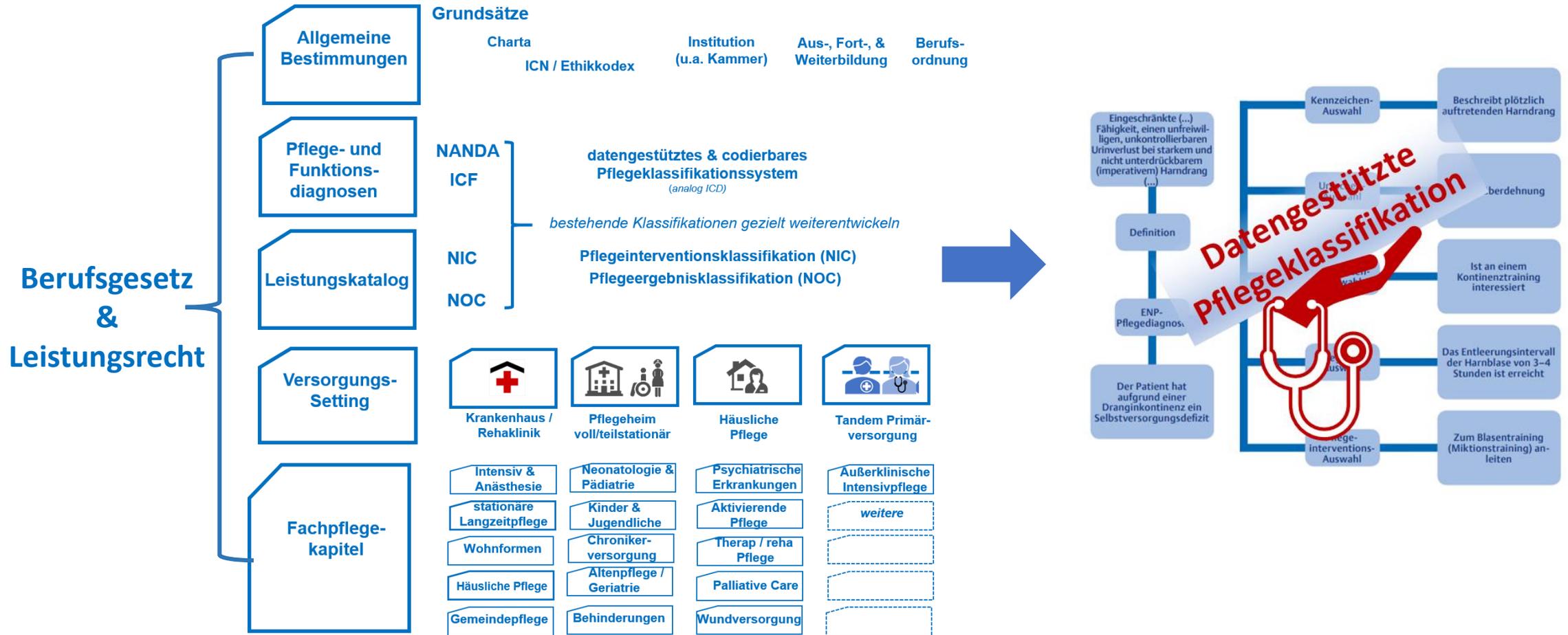
- Hauswirtschaft
- Verpflegung
- Wohnumfeld
- Investitionen

■ Ehrenamt

- Betreuung
- Quartiershilfe
- XXX

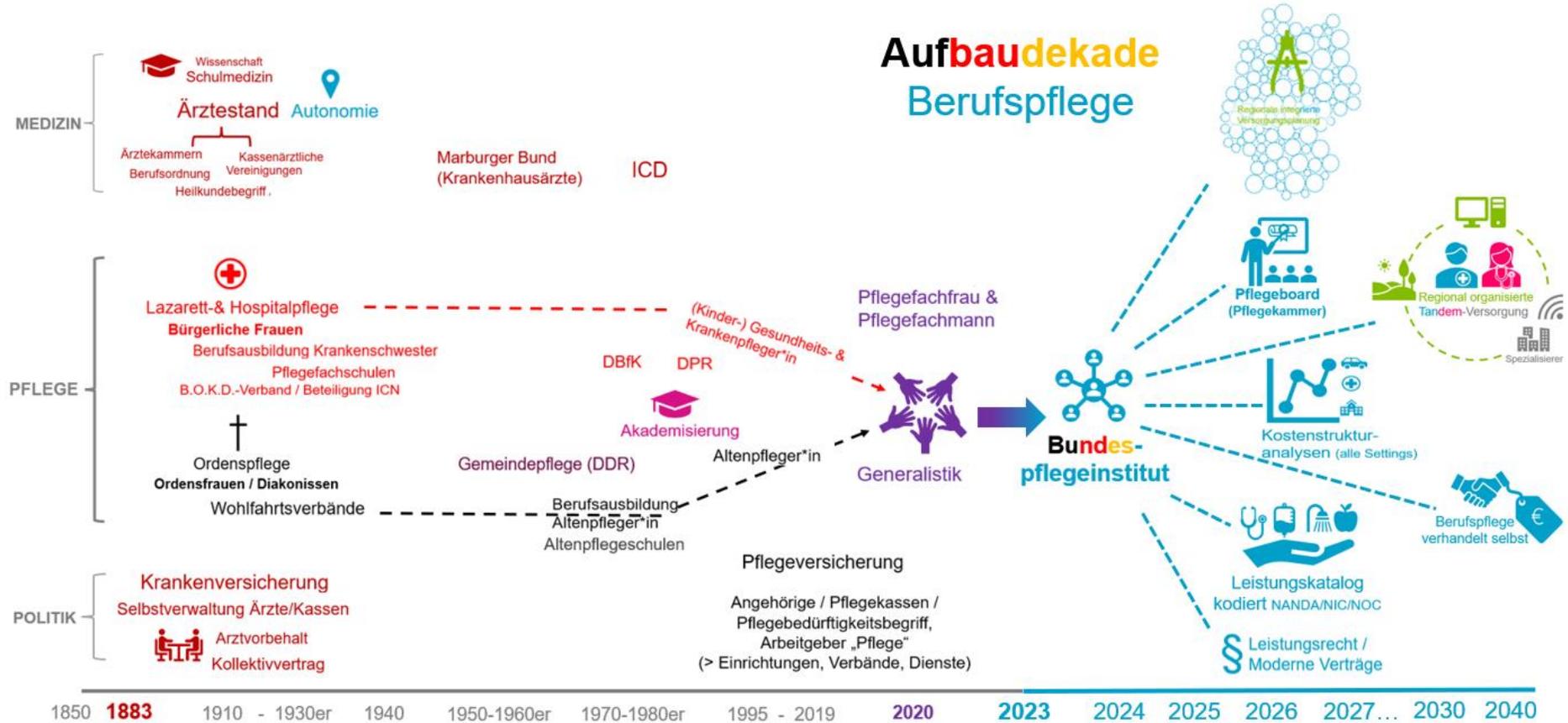


Berufspflege professionalisieren





Aufbaudekade Berufspflege





Interprofessionalität

40 Topthema

Auslagerung des Versorgungsbedarfs

Ambulantes Operieren auf dem Küchentisch

Die Krankenhausreform sieht eine Reduktion von Krankenhäusern vor. Diese Entwicklung wird unmittelbar zu höheren Gesundheitsversorgungsbedürfnissen in der ambulanten, also wohnortnahen Versorgung, führen. Was dies für die Versorgungsinfrastruktur bedeutet.

Ambulanzisierung bedeutet nicht nur die Auslagerung ärztlicher Tätigkeiten, auch wenn es versorgungspolitisch nur diskutiert wird, sondern auch die Auslagerung der pflegerischen, therapeutischen, physiotherapeutischen und sozialen Tätigkeiten. Das deutsche Gesundheitssystem ist nicht in der Lage, diesen neuen auslagerbaren Versorgungsbedarf zu bewältigen. Ein Blick in das ICDG-Gutachten aus 2022 zum neuen AOK-Katalog (Gutachten nach § 109 Abs. 1a SGB Ambulantes Operieren) offenbart auf Seite 21, wie weit das deutsche Gesundheitssystem von einer modernen Versorgungsinfrastruktur entfernt ist. „In Dänemark bietet die allgemeine, kommunal organisierte pflegerische Infrastruktur ein Umfeld, das stationäre ambulante Versorgung ermöglicht. Zu dieser Infrastruktur zählen Akutpflegemaßnahmen, Pflegeleistungen und Pflegeleistungen, die rund um die Uhr einsetzbar sind und eng mit Häuslichkeit und Klinik kooperieren. Diese Kooperation wird durch einen hohen Digitalisierungsgrad der Kommunikation und Arbeitsabläufe erleichtert. Zur Infrastruktur zählen Einrichtungen für Kurzzeitaufenthalte, die durch speziell ausgebildete Pflegekräfte geführt werden und sich an Patienten richten, welche keinen Krankenhausaufenthalt benötigen, jedoch nicht allein zu Hause verbleiben können [...] Die personellen Voraussetzungen (Aus-

bildung, Weiterbildungsanfordernisse der Gesundheitsberufe) sind unabhängig davon, ob die Leistung stationär oder ambulant erbracht wird.“ **Irrtum SGB XI** Deutschland ist weit von einer solchen Versorgung entfernt, das ist schon an der Diskussion um Vorbildmaßnahmen und an zu verändernden „alten Pflichten“ Heilberufsträger*innen ersichtbar. Außerdem unterliegen Systemverantwortliche und viele, die sich für systemkundig halten dem Irrtum, dass in der Pflegeversicherung nach SGB XI v.a. Berufspflege finanziert würde. Davon Getöse sprechen dagegen: • Nach § 93 Abs. 1 SGB XI erhalten Versicherte die Leistungen der Pflegeversicherung nur auf Antrag. Allerdings muss nach § 14 SGB XI eine Pflegebedürftigkeit festgestellt werden sein. Die Leistung erhält demnach der Versicherte, der wiederum entscheidet, welche Leistungen er selbst leistet in Anspruch nehmen möchte. Die Ermittlung des Pflegebedarfs nach § 4 PBfG durch eine Pflegefachperson bzw. durch die Berufspflege spielt in gemessenen SGB XI keine finanzielle Rolle. • Zwei Drittel der als pflegebedürftig eingestuft werden müssen versorgt, ein Drittel im Heim. Die mit Abstand größte Leistung für die Zuhausepflege ist das Pflegegeld mit knapp 77 Prozent (SPV-Kennzahlen

• GKV-Spitzenverband), Menschen nehmen also vor allem Laienpflege in Anspruch und versorgen sich bzw. ihre Nächsten überwiegend selbst. Sie erhalten dafür ein Pflegegeld von der Pflegekasse. • Wenn ein Pflegefall hinzukommt, wird durch die Berufspflegenden optional das Leistungsprofil der pflegenden Angehörigen erweitert. Berufspflegende ersetzen die Laienpflege, wenn Angehörige keine sonstige Pflegepersonen vorhanden sind. Das macht es politisch leicht zu behaupten, „Pflegen kann jeder“. Die Behandlungspflege, die durch Pflegefachpersonen erbracht werden darf, kann nur nach vorheriger ärztlicher Verordnung als Arztassistenzleistung über die Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege nach § 97 SGB V erbracht werden. Wenn allerdings kein ambulanter Pflegedienst hinzugezogen wird, übernimmt etwas das Tabletten-Stellen auch die pflegende Angehörige. Der neue AOK-Katalog kommt auf 5.955 Leistungen. Die meisten der für

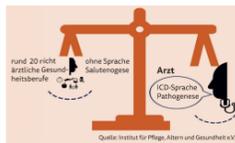
Case Share 13

Dan ausführlichen Beitrag „Etwas für ein Public-Health-Healthsystem“ finden Interessierte in der Ausgabe 10/2022, Seite 28 f.

eine Erweiterung vorgeschlagenen Leistungen, rund 60 Prozent (5.482 Leistungen), sind Operationen, v.a. Operationen an Haut, Auge sowie Muskel- und Skelettsystem. Zweitwichtigste Neuaufnahme mit 546 Leistungen sind diagnostische Maßnahmen wie diagnostische Endoskopien. Die Umsetzbarkeit hängt immer von einer Kontextprüfung ab, aber insbesondere vom Schweregrad des Behandlungsfall es wie auch von patientenbezogenen Merkmalen. Hierzu gehören Alter, Diagnosekontext (Haupt- und Nebendiagnosen), komplexe Multimorbidität, Frailty (Gebrechlichkeit) und soziale Begleitumstände.

HKP-Richtlinien

Doch was bedeutet das nun konkret? Reicht die im Sinne der Arztassistenz bürokratisch entwickelte HKP Richtlinie aus, um die gesundheits- und sozialpflegerischen Interventionen im häuslichen Bereich postoperativ durchführen zu können? Wer vorordnet diese Leistungen und wie viel Aufwand entsteht dadurch, für alle? Es ist überfällig zu erwähnen, dass schon heute vielerorts ein eklatanter Pflege-notstand herrscht und Pflegedienste sich zunehmend aus wirtschaftlichen Gründen aus der HKP-Pflege zurückziehen, um mit dem noch vorhandenen Personal vorrangig die besser bezahlte SGB-XI-Pflege anzubieten. Bevor jedoch Leistungen nach SGB XI angeboten werden können, muss die Einstufung durch den Medizinischen Dienst in einen Pflegegrad erfolgt sein. Soll ambulantes Operieren in Deutschland unter den gegenwärtigen



Bedingungen umgesetzt werden, dann am besten auf dem Küchentisch, denn außer den Angehörigen wird niemand da sein, der sich um die postoperative Nachsorge des Patienten kümmert, sobald der Arzt den Saal verlassen hat. Was zynisch klingt, ist lediglich die zu Ende gedachte Versorgungslogik der alten Strukturen. Der Think Tank IPAG e.V. (Institut für Pflege, Altern und Gesundheit e.V.) hat mit seinem Care-Share-13-Positionspapier einen Architekturplan für ein interprofessionelles und integriertes Gesundheitssystem vorgelegt (Care Share 13, IPAG Expertise). Ein Kernelement ist die Tandem-Versorgung durch Medizin und Pflege als basisversorgende Professionen mit

Chronic-Care-Modulen. Das als Clinical Leadership gedachte Tandem besteht aus Hausarzt und Pflegefachperson in ambulanter und hybrider Form. Vielen ist nicht bewusst, dass die große Berufsgruppe in Deutschland nicht systemrelevant verankert ist, sondern einen „Nix-to-have“-Status hat. Würde sie als systemrelevant betrachtet, hätte sie wie im IPAG-Papier gefordert ein eigenes Berufs- und Leistungsrecht. **Quellen liegen bei den Autorinnen.**

Prof. Dr. Martina Hasseler

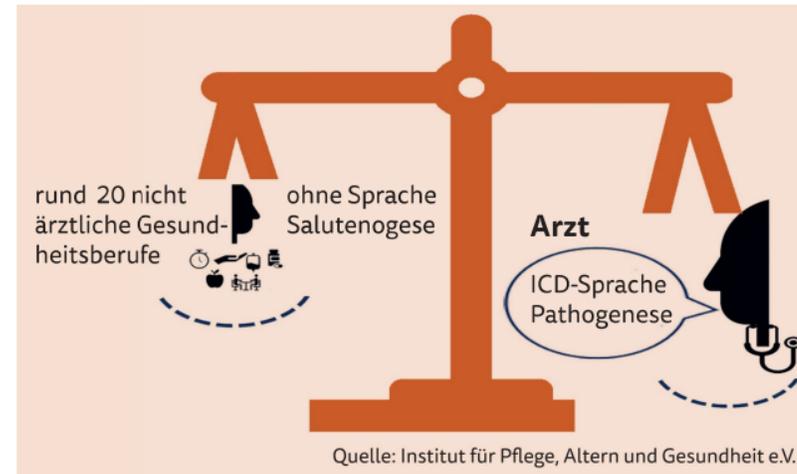
Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Digitalisierung in der Pflege, Ostfalia Hochschule, Kontakt: martina.hasseler@ipag.de

Sonja Laag

Diplom-Gesundheitswirtin, Leiterin Versorgungsprogramme (integrierte Versorgung) Barmer, Wuppertal, Kontakt: sonja.laag@ipag.de

Annamarie Fajardo

Dipl.-Pflegewirtin (FH), Master of Science, Freie Beraterin, Kontakt: annamarie.fajardo@icloud.com



Quelle: Institut für Pflege, Altern und Gesundheit e.V.

„Nicht-ärztliche“ Gesundheitsberufe haben bislang keine Sprache und damit keine Stimme. Das System kennt nur „ICD“.



Subsidiarität neu organisieren

