

Dr. Matthias Gruhl

Solidarisch, gerecht und kurzfristig umsetzbar

Zehn Reformvorschläge für ein zukunfts-
fähiges Gesundheits- und Pflegewesen

FES diskurs

Oktober 2023

Die Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) wurde 1925 gegründet und ist die traditionsreichste politische Stiftung Deutschlands. Dem Vermächtnis ihres Namensgebers ist sie bis heute verpflichtet und setzt sich für die Grundwerte der Sozialen Demokratie ein: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Ideell ist sie der Sozialdemokratie und den freien Gewerkschaften verbunden.

Die FES fördert die Soziale Demokratie vor allem durch:

- politische Bildungsarbeit zur Stärkung der Zivilgesellschaft;
- Politikberatung;
- internationale Zusammenarbeit mit Auslandsbüros in über 100 Ländern;
- Begabtenförderung;
- das kollektive Gedächtnis der Sozialen Demokratie mit u. a. Archiv und Bibliothek.

Die Abteilung Analyse, Planung und Beratung der Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Abteilung Analyse, Planung und Beratung der Friedrich-Ebert-Stiftung versteht sich als Zukunftsradar und Ideenschmiede der Sozialen Demokratie. Sie verknüpft Analyse und Diskussion. Die Abteilung bringt Expertise aus Wissenschaft, Zivilgesellschaft, Wirtschaft, Verwaltung und Politik zusammen. Ihr Ziel ist es, politische und gewerkschaftliche Entscheidungsträger_innen zu aktuellen und zukünftigen Herausforderungen zu beraten und progressive Impulse in die gesellschaftspolitische Debatte einzubringen.

FES diskurs

FES diskurse sind umfangreiche Analysen zu gesellschaftspolitischen Fragestellungen. Auf Grundlage von empirischen Erkenntnissen sprechen sie wissenschaftlich fundierte Handlungsempfehlungen für die Politik aus.

Über die Autor_innen

Dieses Positionspapier wurde auf Grundlage der Beratungen einer Expert_innengruppe erstellt. Federführend wurden die Diskussionsinhalte von Dr. Matthias Gruhl verschriftlicht. Er ist Staatsrat a. D. der Freien und Hansestadt Hamburg, ehem. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. Alle Teilnehmenden haben als Privatpersonen an diesem Projekt mitgewirkt.

Prof. Dr. Sibel Altin

Dr. Stefan Etgeton

Dr. Matthias Gruhl

Prof. Dr. Josef Hilbert

Prof. Dr. Klaus Jacobs

Dr. Bernadette Klapper

Dr. Carola Reimann

Prof. Dr. Jonas Schreyögg

Dr. Alexia Zurkuhlen

Für diese Publikation ist in der FES verantwortlich

Iva Figenwald, verantwortlich für die Themen Sozialpolitik, Alterssicherung-, Gesundheits- und Pflegepolitik, Abteilung Analyse, Planung und Beratung.

Dr. Matthias Gruhl

Solidarisch, gerecht und kurzfristig umsetzbar

Zehn Reformvorschläge für ein zukunftsfähiges
Gesundheits- und Pflegewesen

VORWORT	3
1 ZUSAMMENFASSUNG	4
2 EINLEITUNG	5
3 DRÄNGENDE HERAUSFORDERUNGEN TREFFEN AUF EIN REFORMRESISTENTES GESUNDHEITS- UND PFLEGEWESEN	7
4 WIR MÜSSEN VORAUSSCHAUEND DENKEN: FIXPUNKTE FÜR EIN ZUKUNFTSBEREITES GESUNDHEITS- UND PFLEGEWESEN	12
5 BIS 2025 MACHBAR: ZEHN REFORMIMPULSE MIT RELEVANTEN AUSWIRKUNGEN IN DIE RICHTIGE RICHTUNG	14
ANHANG	26
Abkürzungsverzeichnis	26
Literaturverzeichnis	27
Mitglieder der Arbeitsgruppe	31

VORWORT

Die Qualität und Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung sind unerlässliche Voraussetzungen für soziale, politische und wirtschaftliche Zukunftsfähigkeit, und ein solidarisches Gesundheits- und Pflegewesen ist eine zentrale Säule unseres Sozialstaats. Rechtsextreme Einstellungen sind stark angestiegen; (zu) viele Menschen, zum Teil aus der Mitte der Gesellschaft, haben sich von der Demokratie distanziert und das Vertrauen in funktionierende Institutionen verloren – das zeigt eine jüngst erschienene Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES 2023). Unsicherheiten und Unzufriedenheiten in Bezug auf soziale Ungleichheit sind eine wichtige Ursache für diese Entwicklung. Für den gesellschaftlichen Zusammenhalt ist es dementsprechend zentral, eine anspruchsvolle, sozial gerechte und stabile Gesundheits- und Pflegeversorgung zu garantieren. Dies verlangt allerdings vor dem Hintergrund zunehmender Herausforderungen ein ehrgeiziges Reformtempo.

Weite Teile der Politik haben die Relevanz der Gesundheits- und Pflegeversorgung erkannt, nicht zuletzt unter dem Eindruck der Coronapandemie. U. a. forderte die SPD bereits in ihrem Parteiprogramm zur Bundestagswahl 2021 mehr politische Aufmerksamkeit und Reformen für den Gesundheitssektor. Auch wenn einige für ein solidarisches und gerechtes Gesundheits- und Pflegewesen zentralen Leitideen wie beispielsweise die Bürger- oder die Pflegevollversicherung es nicht (vollständig) in den aktuellen Koalitionsvertrag geschafft hatten, so finden sich in diesem doch viele bedeutsame Vorhaben, die mit Nachdruck durch die Bundesregierung verfolgt werden, u. a. die Krankenhausreform, die digitale Transformation oder auch die Stärkung regionaler Erneuerungs- und Verbesserungsmöglichkeiten.

Um diesen laufenden Reformbemühungen noch mehr Rückenwind zu verleihen, hat sich auf Einladung der Friedrich-Ebert-Stiftung eine Expert_innengruppe das Ziel gesetzt, zügig umsetzbare Reformen und Prozesse zu identifizieren und zu priorisieren, die maßgebliche Entwicklungen für eine solidarische und zukunftsfähige Gesundheitspolitik anstoßen können. Die vorliegende Reformagenda formuliert vor dem Hintergrund der drängenden Herausforderungen Fix- und Orientierungspunkte für ein zukunftsreiches Gesundheits- und Pflegewesen und skizziert den kurzfristigeren politischen Handlungsspielraum. Konkret werden zehn Reformvorschläge aufgezeigt, die mit vergleichsweise geringem Aufwand innerhalb der nächsten Jahre umsetzbar sind. Sie sind dabei als realistische Schritte in Richtung umfassender Strukturanpassungen zu verstehen.

Wir bedanken uns herzlich bei den neun herausragenden Expert_innen des Gesundheits- und Pflegewesens, die sich zwischen März und September (Redaktionsschluss) dieses Jahres im Rahmen von Workshops beraten und gemeinsam das vorliegende Positionspapier formuliert haben.

Iva Figenwald, Friedrich-Ebert-Stiftung

1 ZUSAMMENFASSUNG

Unser solidarisches Gesundheits- und Pflegewesen ist eine der tragenden Säulen der Daseinsvorsorge und hat für die Bürger_innen einen immer wieder bestätigten hohen Wert – auch in der Identifikation mit unserem demokratischen Sozialstaatssystem. Allerdings vergrößert sich die punktuelle Unzufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitswesen (Bertelsmann Stiftung 2023a) und mit der Kostenaufteilung für das Gemeinwohl (Friedrich-Ebert-Stiftung 2023). Die Bevölkerung hat ein feines Gespür für die schleichenden Veränderungen, da es in den vergangenen Jahren versäumt wurde, den lang bekannten Warnsignalen durch zupackende Reformen zu begegnen. Dabei werden die Herausforderungen durch gesellschaftliche, demografische, ökonomische, globale und technische Veränderungen zunehmen und verlangen ein höheres Reformtempo, um unser gesellschaftlich stabilisierendes und auch ökonomisch wertschöpfendes Gesundheits- und Pflegewesen nicht weiter zu gefährden.

„Nur als soziales Land bleibt unsere Demokratie stabil.“

Bundespräsident Steinmeier 2023

Auf der anderen Seite ist es begrenzt hilfreich, alleinig Zielbilder für unser Gesundheits- und Pflegewesen zu zeichnen, die zwar in sich schlüssig sind, aber sich in den rechtlichen oder sozialstaatlichen Rahmenbedingungen in Deutschland nicht oder zumindest nicht mittelfristig realisieren lassen. Zu jedem Reformprozess gehört neben einer Mängelanalyse und einem Reformziel auch der machbare Implementationspfad, der allzu gern übersehen wird.

Reformen sind kein Selbstzweck, sondern müssen sich daran messen lassen, dass sie übergeordneten Ansprüchen genügen. Dafür werden im vorliegenden Reformpapier Prinzipien vorgegeben, die als Prüfbausteine bei jedem Reformschritt anzulegen sind. So soll sichergestellt werden, dass die einzelnen Reformvorstellungen zusammenpassen und sich nachher nicht als kontraproduktiv für die generelle Reformrichtung herausstellen.

Unter den Gesichtspunkten der Machbarkeit und damit der schnellen, aber nachhaltigen Umsetzung werden zehn wichtige Reformbedarfe vorgestellt, die mit überschaubarem Aufwand innerhalb des grundgesetzlichen Rahmens und

unter Wahrung der gegebenen rechtlichen Zuständigkeiten noch in dieser Legislaturperiode umgesetzt werden können. Ihnen ist gemein, dass sie bestehende politische Planungen (Koalitionsvertrag, gesetzgeberische Agenda) aufgreifen und relevante Weichenstellungen einleiten können.

Ziel ist es, bedarfsorientiert die jeweils sachgerechte Versorgungsebene anzuwählen, dadurch Fehl- und Überversorgung zu vermeiden und (Personal)-Ressourcen nach Kompetenz und nicht nach Standesdenken einzusetzen. Ausgangspunkte sind die Bekämpfung des Fachkräftemangels, die Aufwertung der Kompetenzen der Gesundheitsfachberufe, eine stärkere Ausrichtung an den Patientenpfaden, die Reduzierung der international unvergleichbar hohen Kontakthäufigkeit, die Überwindung nicht mehr zeitgemäßer Vergütungsregeln, aber ebenso die zwingend gebotene bessere Vermittlung einer sich verändernden Versorgungswirklichkeit in die Bevölkerung, die Beachtung grundlegender Möglichkeiten der digitalen Transformation und maßgebliche Schritte zu besseren Rahmenbedingungen der Prävention.

Zu vielen dieser Vorschläge liegen weitergehende Detailüberlegungen des Sachverständigenrates oder anderer relevanter Institutionen und Gremien vor, die als Orientierung dienen können.

Die aktuellen Reformbestrebungen der Bundesregierung im Gesundheits- und Pflegewesen sind richtig. Aber sie reichen nicht aus, um den sich abzeichnenden Gefährdungen zu begegnen. Es ist also machbar und lohnt sich für unser Gemeinwesen und den integrativen Zusammenhalt unseres Gesellschaftsmodells allemal, den Reformprozess im Gesundheits- und Pflegewesen weiter zu verfolgen und auf der politischen Agenda stark zu gewichten.

Es wäre sträflich, wenn man sich von der Komplexität des Gesundheits- und Pflegewesens abschrecken ließe und diesen für die Bevölkerung so wichtigen zentralen Bestandteil der Daseinsvorsorge politisch als weniger „relevant“ ansähe.

Es sind eben nicht nur die direkten Auswirkungen auf die Integrität und das Wohlbefinden des und der Einzelnen, wenn Versorgungssicherheit nicht mehr gewährleistet werden kann. Heute lokal schon spürbare Mängel in der Gesundheits- und Pflegeversorgung werden von populistischen Kräften schnell und gerne als Beleg für die Unfähigkeit des Staates oder für ein dysfunktionales Gesellschaftsmodell herangezogen. Dem darf kein Vorschub geleistet werden. ←

2 EINLEITUNG

2.1 DER GESELLSCHAFTLICHE WERT UNSERES GESUNDHEITS- UND PFLGEWESENS ALS INTEGRIERENDER TEIL FÜR DEN GESELLSCHAFTLICHEN ZUSAMMENHALT

Für moderne Staaten ist eine anspruchsvolle und sozial gerechte Gesundheits- und Pflegeversorgung eine zentrale Säule der gesellschaftlichen Infrastruktur. Sie beantwortet den Anspruch der Bevölkerung auf solidarische Daseinsvorsorge in persönlichen Krisensituationen. Im Werte-Index gehören die Absicherung von Gesundheit und Pflege seit vielen Jahren zu den wichtigsten Gütern der Deutschen¹ und stellen bei Wahlen ein bedeutsames Entscheidungskriterium dar. In einer jüngst veröffentlichten Umfrage sind rund 70 Prozent der deutschen Bevölkerung mit unserem solidarischen Gesundheitssystem zufrieden, nur 16 Prozent sind unzufrieden (WldOmonitor 2023). Es hat sich der überwiegenden Meinung nach gerade während der Coronapandemie bewährt.

In Zeiten einer viel diskutierten gesellschaftlichen Werteververschiebung lässt diese Umfrage aufhorchen. Die gesellschaftliche Akzeptanz eines Gesundheits- und Pflegewesens, das für alle zugänglich ist, ist für den gesellschaftlichen Zusammenhalt nicht zu unterschätzen. Es steht für strukturelle und kollektive Solidarität. Die Einzelnen können sich darauf verlassen, bei gesundheitlicher Bedürftigkeit oder bei körperlicher und mentaler Einschränkung Hilfe zu erhalten. Das Gesundheits- und Pflegesystem ist somit nicht nur ein Wert an sich, sondern auch ein anerkanntes Element des gesellschaftlichen Zusammenhalts. Unser gegenwärtiges Gesundheits- und Pflegewesen leistet einen erheblichen Beitrag zur Stärkung der gesellschaftlichen Identität und damit auch zur Stabilität unserer Demokratie.

Mit der Unterstützung der Ukraine und Mehrausgaben für die Landesverteidigung machen wir uns dieser Tage stark für unser Gesellschaftsmodell, für unsere Werte, für die Freiheit und Würde jedes Menschen, für eine lebendige Demokratie und gegen Fremdbestimmung. Wir sehen darin die Kraft, die uns unsere heutige Gesellschaftsform auch in Zukunft garantiert. Uns sollte bewusst sein, dass es dabei nicht nur darum geht, uns nach außen zu schützen. Wir glauben, dass unser Gesellschaftsmodell einen hohen inneren Wert hat. Deshalb muss es auch nicht nur gegenüber äußeren Bedrohungen geschützt, sondern auch auf innere Herausforderungen vorbereitet und zukunftsfest weiterentwickelt werden. Es liegt besonders in der staat-

lichen Verantwortung, die breit akzeptierten solidarischen Systeme in die Lage zu versetzen, weiter ihr Gemeinwohlversprechen einhalten zu können.

2.2 DER GESELLSCHAFTLICHE WERT UNSERES GESUNDHEITSWESENS ALS DYNAMISCHE WIRTSCHAFTSBRANCHE

Gesundheit und Pflege sind in hoch entwickelten Gesellschaften aber nicht nur unverzichtbare Infrastruktur und gesellschaftlicher Kitt, sondern auch äußerst bedeutsame Wirtschaftsfaktoren und eine große Zukunftshoffnung. Ende 2021 arbeiteten hier rund 7,7 Millionen Erwerbstätige und erzielten eine Bruttowertschöpfung von 392 Milliarden Euro, zusammen mit den vor-, neben- und nachgelagerten Wirtschaftsleistungen („indirekte und induzierte Effekte“) hinterließ das Wirtschaftskuster Gesundheit einen ökonomischen Fußabdruck von 695 Milliarden Euro. Besonders bemerkenswert ist, dass die Digitalisierung und die Lebenswissenschaften Gesundheit und Pflege zu einem der größten Anwendungsfelder für die Hightechindustrie gemacht haben. Und auch das außenwirtschaftliche Gewicht des Gesundheitsclusters ist kräftig gestiegen. 2022 erzielten gesundheits- und pflegebezogene Ausfuhren einen Anteil von 9,8 Prozent an den Exporten der Gesamtwirtschaft. Die Beschäftigung und die Wertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft sind in den vergangenen 20 Jahren kontinuierlich gestiegen. Allein von 2013 bis 2023 waren 1,4 Millionen zusätzliche Erwerbstätige zu verzeichnen (BMWK 2023). Treiber waren der demografische Wandel (sprich: der wachsende Unterstützungsbedarf älterer und pflege-/unterstützungsbedürftiger Menschen), der Wertewandel und das damit einhergehende wachsende Interesse der Menschen an Gesundheit und Lebensqualität sowie der medizinisch-technische Fortschritt mit verbesserten Möglichkeiten für die Gesunderhaltung, Heilung und Pflege.

Nahezu alle Szenarien über die zukünftige wirtschaftliche Entwicklung rechnen für die kommenden Jahrzehnte mit einem weiteren Bedeutungsgewinn von Gesundheit und Pflege. Neben der ressourceneffizienten und klimaschonenden Energie- und Mobilitätswende, der Bildung und Erziehung sowie der inneren und äußeren Sicherheit gehören Gesundheit und Pflege zu den Top-Hoffnungsträgern für eine leistungsstarke und nachhaltige Wirtschaft (Hummel et al. 2021). Gesundheitswirtschaft wird zur Zukunftswirtschaft (Habeck 2022).

¹ In einer finanzpolitischen Umfrage der Friedrich-Ebert-Stiftung sprechen sich auf die Frage: „Wenn Sie sich für eins entscheiden müssen: In welchen der folgenden Bereiche sollte der Staat zukünftig mehr Geld als bislang investieren?“, mit deutlichem Abstand die meisten Befragten für Pflege und Gesundheit aus (Güttler et al. 2023: 15).

Die Komplexität sowie die internen und externen Rahmenbedingungen des Gesundheits- und Pflegewesens erschweren es jedoch, das wirtschaftliche Potenzial dieser innovationsstarken Branche auszuschöpfen. Dies zeigte sich beispielhaft bei der Anerkennung und Integration dringend benötigter ausländischer Fachkräfte ebenso wie bei den im internationalen Vergleich restriktiven Voraussetzungen für Wissenschaft, Forschung und Innovation im Gesundheitswesen. Es wird aber vor allem bei der in Deutschland äußerst schwerfällig verlaufenden digitalen Transformation des Gesundheitswesens deutlich.

2.3 ALLEN NOTWENDIGKEITEN ZUM TROTZ – UNSER GESUNDHEITS- UND PFLEGEWESEN² IST REFORMBEDÜRFTIG, ABER REFORMRESISTENT

Dem deutschen Gesundheitswesen stehen im internationalen Vergleich überdurchschnittliche personelle, strukturelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung, die allerdings durch fehlende Flexibilität, Innovationsbereitschaft und Durchlässigkeit der Strukturen weder effektiv noch effizient genutzt werden. Im Hinblick auf das gewachsene, zergliederte Gesundheitswesen hat es die Politik versäumt, die Ressourcen nach dem realen Bedarf zu verteilen und patientenorientierte Kooperationsformen über die Sektorengrenzen hinweg effektiv zu entwickeln. Unser Gesundheits- und Pflegewesen ist reformbedürftig.

Beispielhaft haben – neben weiterem Sachverstand – die zahlreichen Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus den zurückliegenden mehr als 20 Jahren die grundlegenden Systemdefizite des Gesundheitswesens immer wieder detailliert aufgezeigt und Lösungsoptionen benannt: Unser Gesundheitswesen ist zu komplex, zu wenig koordiniert, zu arztlastig, zu institutionell ausgerichtet, statt patientenorientiert und pfadbezogen aufgestellt zu sein. Charakteristika sind die starre Trennung der Sektoren, das Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung, die Verschleppung oder Verhinderung der digitalen Transformation, die fehlende effiziente Nutzung der vorhandenen personellen Ressourcen, ein unkontrolliertes Nebeneinander unterschiedlicher wettbewerblicher Interessen, die zu hohen Kosten für die gelieferte Qualität und vieles mehr.

Im Ergebnis unterliegen die einzelnen Sektoren des Gesundheits- und Pflegewesens jeweils unterschiedlichen institutionell begründeten Systemlogiken und nicht einem durchgehenden, am Patientenwohl oder an Versorgungsnotwendigkeiten ausgerichteten Anspruch.

In diesem Dickicht der Interessen ist der politische Mut, diese Versatzstücke in ein effektives und effizientes Gesundheits- und Pflegewesen zusammenzuführen, seit Jahrzehnten nicht ausreichend ausgeprägt gewesen. Die letzten relevanten Reformen stammen aus dem Jahr 1992 (Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung), 1994 (Einführung der Pflegeversicherung) sowie 2003 (Einführung des DRG-Abrechnungssystems im Krankenhaus sowie von Medizinischen Versorgungszentren in der ambulanten Versorgung). Wenn es den Versuch eines Paradigmenwandels gab, wie 2015 mit dem Krankenhausstrukturgesetz, in dem die Qualität der Leistungserbringung zum Steuerungskriterium entwickelt werden sollte, ist er an korporatistischen und föderalen Widerständen gescheitert. Seit nunmehr fast 20 Jahren fehlt der Impetus, die gesellschaftlichen, ökonomischen und medizinischen Veränderungen im Gesundheits- und Pflegewesen abzubilden. Es wurde bis heute versäumt, ein stimmiges ordnungsökonomisches Konzept für eine zweckmäßige Versorgungssteuerung zu entwickeln. Abwarten und reaktive kurzfristige Reparaturen an Einzelpunkten der Sicherungssysteme sind keine zukunftsgerichteten Lösungen für eine sich verändernde Gesellschaft.

Der Reformstau in dieser so wichtigen tragenden Säule unseres Staates ist gewaltig. ←

² Der im Folgenden benutzte Begriff des Gesundheits- und Pflegewesens leitet sich aus der heutigen strukturellen Verfasstheit ab. Er suggeriert eine Trennung zwischen einem medizinisch-therapeutischen und einem repetitiv-unterstützenden Bereich. Die Autor_innen betonen ihr Grundverständnis einer ganzheitlichen und prozesshaften Gesundheitsversorgung, die den Menschen als Ganzes betrachtet und darauf abzielt, nicht entweder zu pflegen oder zu heilen, sondern Gesundheit zu fördern, Krankheiten vorzubeugen und die Lebensqualität des und der Einzelnen zu verbessern.

3

DRÄNGENDE HERAUSFORDERUNGEN TREFFEN AUF EIN REFORM-RESISTENTES GESUNDHEITS- UND PFLEGEWESEN

Als wenn der bisherige Reformbedarf in Bezug auf die bekannten Veränderungsnotwendigkeiten noch nicht ausreichen würde, zeichnen sich Entwicklungen ab, auf die wir zur Aufrechterhaltung unseres solidarischen Gesundheits- und Pflegewesens Antworten brauchen – und zwar bald.

Die soziale und wirtschaftliche Zukunftsfähigkeit durch Gesundheit ist zwar eine plausible Zukunftshoffnung, aber kein Selbstläufer. Nur wenn es gelingt, die Angebote für die Gesunderhaltung, Heilung und Pflege sowie für ein selbstbestimmtes Leben mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen nachhaltig zu sichern, kann die konkrete Utopie zur Realität werden. Dafür müssen wir uns den großen, sich bereits klar abzeichnenden Herausforderungen stellen, die sich für das Gesundheits- und Pflegesystem aus den heutigen Perspektiven ergeben. Ohne aktives Gegensteuern werden die gesellschaftlichen Gefahren für ein starkes Gesundheits- und Pflegewesen überwiegen und tendenziell zu einer Spaltung der Gesellschaft beitragen und zum Verlust von sozialer Sicherheit führen.

Es ist deshalb geboten, sich die relevanten Herausforderungen für ein leistungsfähiges solidarisches Versorgungssystem bewusst vor Augen zu führen.

DIE DREIFACHE DEMOGRAFIEFALLE

Die Zahl der älteren Menschen in der deutschen Bevölkerung steigt, und es wird daher mehr gesundheitliche und pflegerische Versorgung benötigt. Viele Leistungserbringer_innen gehören der Babyboomer-Generation an und scheiden parallel aus. Die notwendigen zusätzlichen Arbeitskräfte im Pflegesektor und gegebenenfalls darüber hinaus sind nicht in Deutschland vorhanden.

Deutschland befindet sich mitten im demografischen Wandel. Der Altenquotient³ ist im internationalen Vergleich hoch und dürfte ohne weitere substanzielle Zuwanderung in Zukunft weiter ansteigen. Er liegt in Ostdeutschland in-

zwischen bei 48 (1999: 26,1), in Westdeutschland bei 36 (1999: 26,9) – Tendenz steigend (Destatis 2023a). Bis 2035 wird sich ohne substanzielle Zuwanderung der Anteil der über 65-Jährigen um weitere 22 Prozent und der Altenquotient um weitere 30 Prozent erhöhen. Da sich bekanntlich der höchste Bedarf an medizinischen Leistungen und Pflege auf die letzten Lebensjahre konzentriert, ist vor allem für die soziale Pflegeversicherung (SPV) ein Mehrbedarf an Personal absehbar, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen. Schon heute sind die erforderlichen Fachkräfte nicht verfügbar und die demografischen Perspektiven sind beunruhigend. Von heute 5 Millionen Pflegebedürftigen wird sich die Zahl bis 2035 auf 5,6 Millionen erhöhen (Destatis 2023b). Bei gleichzeitig abnehmender Anzahl an Pflegenden erfordert dies je nach Studie bis zu 500.000 zusätzliche Pflegekräfte (Bertelsmann 2012). Diese Berechnungen beziehen sich aber auf eine Fortschreibung des Status quo und berücksichtigen mögliche andere Einflussfaktoren meist nicht.

Ohne Gegenmaßnahmen wird das Erwerbspersonenpotenzial in den kommenden Jahren stark sinken, weil die geburtenstarken Jahrgänge schrittweise den Arbeitsmarkt verlassen und die geburtenschwachen Jahrgänge aus den 2000er Jahren in den Arbeitsmarkt eintreten. Ob es gelingt, dieser Entwicklung durch eine höhere Erwerbsbeteiligung von nichtberufstätigen Personen und Älteren sowie insbesondere durch eine Forcierung qualifizierter Zuwanderung entgegenzuwirken, ist derzeit ungewiss. Die Mangellage dürfte jedoch kaum vollständig abzuwenden sein (Destatis 2023c), und die immer geringere Anzahl von jungen Menschen wird künftig von allen Branchen umworben.

Parallel scheiden in den nächsten Jahren bei weiteren Leistungserbringenden besonders große Anteile altersbedingt aus (z. B. in der hausärztlichen Versorgung). Die dreifache demografische Falle schnappt zu.

Deutschland weist im internationalen Vergleich mit die höchste Arzt- bzw. Pflegekraft/Einwohner-Relation auf (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2023: 241). Bisher war das Interesse vieler jungen Menschen an gesundheitsbezogenen Berufen groß, dies ändert sich jüngst: Die Ausbildungszahlen für

³ Personen über 65 im Verhältnis zu 100 Personen von 20–65 Jahren.

die Pflegeausbildung nehmen 2022 erstmals ab.⁴ Nicht befriedigend sind auch die Berufsverweilzeiten. Zu viele Fachkräfte verbleiben nicht dauerhaft in dem erlernten Beruf (mittlere Verweildauer je nach Studie zwischen acht und 19 Jahren) (Sell 2018). In der Krankenpflegehilfe ist die Verweildauer noch kürzer: Nach zwei Jahren hat mehr als die Hälfte den Beruf gewechselt (Fuchs/Weyh 2023). Die Mehrheit der Pflegefachkräfte ist mit ihrem Beruf unzufrieden (Isfort et al. 2022: 12) und arbeitet nur in Teilzeit (Deutsches Ärzteblatt 2021).

Bei steigender Belastung aufgrund der ungenügenden Personaldecke wird die Arbeitszufriedenheit weiter abnehmen, die berufliche Verweildauer sinken und den Arbeitsengpass intensivieren. Die Vergeudung von Ressourcen durch historisch bedingte Doppelstrukturen, antiquierte berufsständische Rollenbilder sowie eine unzeitgemäße Arbeitsorganisation verhindern einen effizienten Personaleinsatz und sind für die Fachkräfte nicht attraktiv. Konzepte, die nicht mehr in der Pflege tätigen Fachkräfte in den Beruf zurückzuführen, die Mitarbeiterbindung zu optimieren, moderne Arbeitsorganisation zu fördern oder die Qualifizierung der Gesundheitsfachberufe an den erforderlichen Kompetenzen auszurichten, sind bisher nicht nachdrücklich genug umgesetzt worden.

UNVERMEIDLICHE STEIGERUNG DER LEISTUNGS-AUSGABEN

Mehr Patient_innen im Gesundheits- und Pflegewesen bedürfen höherer finanzieller Ressourcen. Neue, oft teure Therapiemöglichkeiten erhöhen die Leistungsausgaben. Wenn wir diese Mittel nicht aufbringen können oder wollen, drohen künftig Leistungskürzungen.

Ausgabensteigerungen durch die Ausweitung des Angebots (durch angebotsinduzierte Nachfrage), neue (teure) Technologien und Medikamente sowie den demografischen Wandel wirken sich auch auf die Finanzierungsgrundlagen des Gesundheits- und Pflegesystems aus. Zwar gelang es in den vergangenen Jahren, durch Zuwanderung und dank einer guten Wirtschaftslage mit 45 Millionen Beschäftigten den höchsten Stand an sozialversicherungspflichtig beschäftigten Personen in die Sozialversicherung einzubinden. Die hiermit verbundene Einnahmeverbesserung kann aber nicht schritthalten mit künftigen Ausgabenzuwächsen

angesichts der sich weiter entwickelnden Möglichkeiten und Anforderungen an das Gesundheits- und Pflegewesen. Schon seit Jahrzehnten bleibt die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkünfte strukturell hinter der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung zurück. Damit können nicht einmal Ausgabensteigerungen gemäß der Entwicklung der Wirtschaftskraft (BIP) beitragsneutral finanziert werden. Kapitalerträge oder Einnahmen aus Vermietungen und Verpachtungen werden bei der Beitragsbemessung nicht berücksichtigt, die Beitragsbemessungsgrenze kappt die Beiträge von Besserverdienenden, und die Versicherungspflichtgrenze sowie Sonderregelungen verpflichten Beamte_innen⁵ oder ermöglichen Gutverdienenden, sich außerhalb der Solidargemeinschaft privat zu versichern.⁶ Eine Änderung dieser Parameter sollte zwar nicht den hohen Anteil strukturell bedingter überhöhter Leistungsausgaben kompensieren, könnte aber einen darüber hinausgehenden Anstieg decken.

Diese Lücke wurde bisher durch steigende Beitragssätze und einen erhöhten Bundeszuschuss kompensiert. Wenn sich die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der vergangenen Jahre fortsetzt, werden je nach Gutachten circa 30 Milliarden Euro pro Jahr bis zum Jahr 2025 fehlen (IGES Institut für Gesundheit und Sozialforschung 2022). Der bisherige Bundeszuschuss würde sich insofern verdoppeln müssen, wenn eine weitere Belastung der Beitragszahlenden vermieden werden soll. Dies ist heute bereits nicht mehr durchsetzbar. In der jetzigen Ausprägung ist der Bundeszuschuss kein verlässliches Finanzierungsinstrument. Bis 2040 wird sich nach unterschiedlichen Berechnungen das Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung noch einmal verdoppeln. Wenn zusätzliche Finanzmittel nicht zur Verfügung stehen, sind Einsparungen nur über Effizienzreserven, wie einen Abbau der Überversorgung, oder Leistungskürzungen möglich. Es wird vielfach bezweifelt, dass ohne grundlegende Strukturreformen genügend Effizienzreserven mobilisiert werden können.

Auch die soziale Pflegeversicherung befindet sich in finanzieller Schieflage, die sich ähnlich wie bei der GKV ableiten lässt. Zusätzliche Einnahmen sind zwingend, eine weitere Steigerung des Beitragssatzes weit über vier Prozent zeichnet sich ab, zumal es keine relevanten Effizienzreserven in der personalintensiven Pflegeversorgung gibt.

Wenn also die heutigen Einnahmeregulierungen und der Leistungsumfang der SPV und der GKV beibehalten werden, müssen entweder relevante Beitragssatzsteigerungen, andere Einnahmequellen oder zusätzliche staatliche Zuschüsse mobilisiert werden. Noch werden Leistungskürzungen ausgeschlossen und der finanzielle Mehrbedarf der solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherungen mit höheren Beiträ-

⁴ Informationen zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland bis zum Jahr 2070 auf Basis der Pflegevorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bietet die Pressemitteilung Nr. 124 vom 30.3.2023 (Destatis 2023b).

⁵ Das „Hamburger Modell“, mit dem Hamburger Beamte_innen eine Wahlmöglichkeit zur Mitgliedschaft in der GKV erhalten, wurde bisher nicht von allen Ländern oder dem Bund übernommen und gilt nur bei Neuverbeamtungen (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz 2017).

⁶ Die betrifft rund zehn Prozent der Bevölkerung, deren Gesamteinkommen im Durchschnitt mehr als doppelt so hoch ist wie das der GKV-Mitglieder.

gen kompensiert. Aber dieser vermeintliche Lösungsweg ist endlich, sodass zuerst schleichende, dann immer deutlicher spürbare Leistungskürzungen drohen, mit den absehbaren negativen Folgen für die Gesundheits- und Pflegeversorgung, die Chancengleichheit und den sozialen Frieden.

DIE GEFAHR DER ENTSOLIDARISIERUNG

Leistungskürzungen in den öffentlichen Versorgungssystemen gefährden die Grundversorgung und fördern einen exklusiven privaten Gesundheitsmarkt, also eine Medizin und Pflege je nach Geldbeutel. Die dadurch verschärften sozialen Ungleichheiten im Zugang zu Leistungen bedrohen unsere solidarische Gesellschaftsordnung und können zum Nährboden für die Wahl antidemokratischer Parteien werden.

Mit einer nicht mehr ausreichend finanzierten Krankenversicherung ist eine weitere Gefahr verbunden: In zahlreichen Staaten, in denen das öffentliche Gesundheitssystem nicht die notwendige Leistung zeitnah erbringen kann, müssen Leistungen privat (vor-)finanziert werden, soweit sich die Menschen dies leisten können. Diese Ausweichbewegung korrespondiert mit dem Grad der eingeschränkten Leistungsfähigkeit des öffentlichen Gesundheitswesens, unabhängig davon, ob es steuer- oder beitragsfinanziert ist (Campbell 2023; Der Standard 2023). Auch in Deutschland werden über die private Krankenversicherung (PKV) relevante finanzielle und personelle Ressourcen der solidarischen Versicherung entzogen. Ein solcher Trend zur privaten Medizin verschärft sich mit der fehlenden Einhaltung des Leistungsversprechens eines solidarischen Gesundheitssystems. Beispielhaft lässt sich ein solcher sozialpolitisch brisanter Trend am starken Zuwachs privater Zusatzversicherungen bei dem unterfinanzierten britischen NHS-System oder dem Abwandern österreichischer Ärzt_innen in das private Wahlarztssystem beobachten (Campbell 2023; Der Standard 2023). Es kann zu einer Abwärtsspirale kommen: Je weniger Leistungen öffentlich finanziert werden, umso mehr boomt der private Gesundheitsmarkt, der seinerseits immer mehr Personal bindet, was dem öffentlichen Sektor weiter schadet. Gesundheit muss man sich dann wieder leisten können. Private Parallel- oder Ergänzungsstrukturen führen zu einer unterschiedlichen Gesundheitsversorgung je nach finanzieller Möglichkeit und zu sozialer Segregation. Es droht die reale Gefahr, dass sich mit der wachsenden Kostenlawine und dem Ausgabenüberschuss der gesetzlichen Krankenversicherung die tendenziell in Deutschland schon bestehenden Disparitäten in der Versorgung verschärfen und damit eines der Fundamente unserer solidarischen Gesellschaft untergraben wird. Erhöhte Eigenausgaben bzw. Zuzahlungen für Ge-

sundheits- und Pflegeleistungen haben wiederum negative Effekte auf das Vertrauen der Bürger_innen in den Staat (Cammatt et al. 2015) und können u. a. zum Wahlerfolg populistischer Parteien und/oder Koalitionen beitragen (Kavanagh et al. 2021).

ZU GERINGE RESILIENZ

Unser Gesundheitswesen ist komplex, schwerfällig und auf Kante genäht. Es ist für die zu erwartende Zunahme von Belastungsspitzen nicht vorbereitet.

Wir haben bei allen unerwarteten Herausforderungen der vergangenen Jahre lernen müssen, dass unser Gesundheitswesen wenig oder falsch lokalisierte Reserven hat und nur mit Mühe zusätzliche Belastungen bewältigen kann. Wir hören fast täglich von neuen Notständen: in der Krankenhausversorgung, in der Pädiatrie, im Rettungsdienst, in der Verfügbarkeit von Medikamenten oder in der Pflege – fünf beispielhafte aktuelle „Notrufe“. Das sind aber noch nicht die gravierenden Krisen, die wir zu erwarten haben. Gesundheitliche Notlagen werden zunehmen. Die Folgen des Klimawandels mit Extremwetterereignissen wie Hitzeperioden, Überschwemmungen oder anderen lokalen Katastrophen werden häufiger. Erregerbedingte endemische Wellen haben jüngst nicht nur bei Corona die Grenzen der Versorgung aufgezeigt. Ein Versagen oder Verlust von Infrastruktur ist aus verschiedenen Gründen nicht mehr auszuschließen und kann zu schweren Großschadensereignissen in unserer Gesellschaft führen, die auch das Gesundheitswesen treffen. Die Auswirkungen militärischer oder terroristischer Ereignisse können auch das deutsche Gesundheitswesen tangieren oder sogar in bisher unvorstellbarer Form fordern.

Dafür gibt es keinerlei geplante oder vorhandene Reserven – weder personell, räumlich noch an materieller oder technischer Ausstattung. Die in der Zeit des Kalten Kriegs vorgehaltenen Hilfskrankenhäuser und Depots sind längst aufgelöst. Wir brauchen aber ein Gesundheitswesen, das nicht nur ein „behäbiges Schönwettersystem“ ist (so der damalige Vorsitzende des Sachverständigenrats Gesundheit und Pflege bei der Vorstellung des Jahresgutachtens 2023 – „Resilienz im Gesundheitswesen: Wege zur Bewältigung künftiger Krisen“) (Uro-Forum 2023), sondern ein vorausschauendes und flexibles System mit Resilienz. Lokale und regionale Notlagen müssen durchdacht werden, entsprechende Vorkehrungen eingeübt, Reserven gebildet und jederzeit mobilisiert werden können. Die dafür notwendigen finanziellen Ressourcen sind bis heute nicht einmal berechnet worden, geschweige denn vorhanden. In einer immer vulnerableren Welt ist es sträflich, einen solchen Schutz für die Bevölkerung zu vernachlässigen.

RISIKEN DER DIGITALEN TRANSFORMATION

Die digitale Transformation bietet große Chancen für eine optimierte Gesundheitsversorgung. Sie birgt aber auch die Gefahr, dass Tech-Giganten mit plattformökonomischen Geschäftsmodellen Digital Health schneller vorantreiben und einen parallelen digitalen, privatfinanzierten Gesundheitsmarkt aufbauen. Dies entsolidarisiert und schwächt das solidarische Gesundheits- und Pflegesystem.

Zweifelloos ist die weitere digitale Transformation im Gesundheitswesen ein zwingend notwendiger Schritt zu einer effizienteren und qualitätsverbessernden Patientenversorgung.

Deutschlands Gesundheits- und Pflegewesen verliert zunehmend den Anschluss an diese Zukunftsbranche und kann von daher die dringend benötigten qualitativen, innovativen und personellen Potenziale durch eine Adaption an die Möglichkeiten von Digital Health⁷ nicht genügend abrufen. Im Digital Health Index (Thiel et al. 2018: 224) nimmt Deutschland einen der letzten Plätze ein. Insgesamt wird die digitale Transformation von den professionellen Leistungserbringern nicht als Chance, sondern als Last empfunden (Nohl-Deryk 2018).

Trotz aller staatlichen und wissenschaftlichen Initiativen muss konstatiert werden, dass die entsprechenden Vorerfahrungen, Zugangsmöglichkeiten und eine Vielzahl von individuellen Gesundheitsdaten nicht primär in öffentlicher Hand, sondern bei den führenden Tech-Konzernen vorliegen (Bertelsmann Stiftung 2022a). Diese bieten bereits heute vielfältige gesundheitsbezogene Anwendungen an und können diese zu einer gesundheitlichen Plattform zusammenführen.

Unser komplexes und nicht nutzerfreundlich strukturiertes Gesundheitssystem, in dem die digitale Transformation seit mehr als 15 Jahren systematisch blockiert und verschleppt wurde, ist für das Geschäftsmodell der digitalen Plattformökonomie, wie sie die Tech-Konzerne vorhalten, prädestiniert. Diese können ihre gesundheitlichen Angebote deutlich nutzerfreundlicher und bequemer zum Vorteil ihrer Kund_innen offensiv anbieten. Eine solche „digitale Wertschöpfungskette“ ist schon jetzt weitgehend möglich und wird auch bereits erprobt.

Hinzu kommt, dass die algorithmische Medizin, also die automatisierte Auswertung großer Datenmengen, neue Formen der Wissensgenerierung und Entscheidungsfindung ermöglicht, die schon heute bei der Interpretation bildgebender Verfahren zumindest eine Unterstützung, künftig aber eine denkbare Kompensation für Fachkräfte darstellt (Mazurowski 2019).

In schneller Abfolge dringt die Künstliche Intelligenz (KI) in immer neue Bereiche von Diagnostik und Entscheidungsfindung in der Medizin vor. Sie hat das Potenzial, große Teile der Diagnostik und interpersonellen Entscheidungsfindung zu übernehmen und Fachkräfte zu ersetzen. Patientennahe Tätigkeiten, z. B. in der Pflege, sind davon weniger betroffen als ärztliches Entscheidenswissen. Auch hier ist ein technischer, zeitlicher und größenordnungsbezogener Vorteil für die Tech-Konzerne zu konstatieren, die über ihre Plattformen einen fast unbegrenzten Zugang zu den notwendigen Daten aus ihren eigenen Beständen oder anderen Quellen außerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens für die Entwicklung von KI in der Gesundheitsversorgung erstellen können.

Ob, wann und gegebenenfalls wie durch regulative Eingriffe ein Schutz der durch Plattformen generierten Gesundheitsdaten gegen eine solche Vermarktung herbeigeführt werden kann und ob es eine öffentlich-rechtliche Einflussnahme und Mitsprache bei deren Nutzung für die algorithmische Medizin geben wird, ist in Deutschland, anders als in der EU (Europäische Kommission 2023), noch nicht Gegenstand einer öffentlichen Diskussion. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnologie hat dazu erste allgemeine Vorstellungen (BSI 2021) entwickelt.

Die Versorgungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stehen nur in einem sehr begrenzten Rahmen Dritten zur Verfügung. Ihre Nutzung für Zwecke von Forschung und Wissenschaft ist klar geregelt. Eine darüberhinausgehende weitere Nutzung soll an eine gemeinnützige Zweckbindung geknüpft werden.

Die Tech-Konzerne haben damit das Potenzial, parallel zu den öffentlich-rechtlich organisierten, solidarischen Gesundheitssystemen eine attraktive, kostengünstige und dennoch für sie profitierbringende digitale Versorgungsalternative auf eigene Rechnung anbieten zu können. Soweit keine gemeinnützige Zweckbindung nachgewiesen werden kann, widerspricht eine solche datengestützte Versorgungsalternative aber einer gemeinwohlorientierten, solidarischen und sozialen Absicherung.

VERSCHLECHTERUNG VON GESUNDHEITSFÖRDERLICHEN VERHÄLTNISSEN UND VERHALTEN

Gesundheit ist in Deutschland ungleich zwischen Arm und Reich verteilt. Die Schere geht immer weiter auf, risikoaffines Gesundheitsverhalten und verhältnisbezogene Gesundheitsrisiken nehmen mit niedrigem, sozioökonomischem Status stärker zu: „reich und gesund oder arm und krank“.

Die mittlere Lebenserwartung unterscheidet sich in Deutschland je nach sozioökonomischem Status bei Frau-

⁷ Digital Health wird als Oberbegriff für Telemedizin, eHealth oder m(obile)Health und algorithmische Medizin definiert.

en um 8,4 Jahre, bei Männern um bis zu zehn Jahre. Die Grundlagen für diese Ungleichheit werden früh gelegt: 28,4 Prozent aller Mütter mit niedrigem Sozialstatus rauchen in der Schwangerschaft (gegenüber 2,2 Prozent mit hohem Sozialstatus), 24,6 Prozent dieser Mütter stillen nicht (gegenüber 7,8 Prozent mit hohem Status) und 25,9 Prozent der Kinder aus sozial schlecht gestellten Familien erhalten nicht alle Vorsorge-Untersuchungen, gegenüber 12,7 Prozent mit hohem Sozialstatus (Lampert 2019). Und die soziale Schere geht weiter auf. So haben sich die sozioökonomischen Unterschiede in der Verbreitung von Adipositas und Übergewicht im Kindes- und Jugendalter von Anfang der 2000er Jahre bis heute zwischen den verschiedenen sozialen Gruppierungen weiter vergrößert. Deutliche Gewichtszunahmen von Kindern und Jugendlichen mit niedrigem sozialem Index stehen einer durchschnittlichen Gewichtsabnahme bei Kindern mit einem höheren Sozialstatus gegenüber (Hoebel 2022: 839ff.). Bei Krebserkrankungen variieren die Inzidenzen zwischen den untersten und höchsten sozialen Statusgruppen beim Lungenkarzinom um 80 Prozent (männlich) bzw. 88 Prozent (weiblich), über alle Karzinomarten um 23 Prozent (männlich) bzw. 20 Prozent (weiblich) – mit deutlich steigender Tendenz der Diskrepanzen seit 2010, allerdings abnehmender absoluter Inzidenz. Die Wissenschaftler_innen führen dieses deutliche sozioökonomische Gefälle auf den jeweiligen Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und Übergewicht zurück (Jansen et al. 2023). Ein schlechter sozialer Status prädestiniert im zeitlichen Verlauf eine steigende Prävalenz von Diabetes mellitus in Deutschland (Heidemann et al. 2019).

Bedeutende gesundheitsbezogene Risikofaktoren nehmen trotz Bemühungen um Prävention in Deutschland zu. So beim Nikotinkonsum – einem risikoaffinen Verhalten, das besonders mit einem niedrigen, sozioökonomischen Status korreliert (dkfz 2004). Während in den vergangenen Jahrzehnten der Anteil rauchender Jugendlicher von einem sehr hohen Niveau (langsamer als in anderen vergleichbaren Ländern) gesunken ist, hat sich dieser Trend in der Pandemie und mit der Verbreitung von E-Zigaretten in Deutschland besonders unter Jugendlichen umgekehrt. 2022 rauchen mit knapp 16 Prozent wieder doppelt so viele 14–17-Jährige wie im Jahr zuvor (Debra 2022). Auch international steht Deutschland nicht gut da: Bei uns rauchen noch 28 Prozent der Bevölkerung, und 127.000 Menschen sterben an den Folgen pro Jahr. In Neuseeland sind es gerade noch acht Prozent. In der internationalen Tobacco Control Scale, einer Rangliste, die den Umgang mit Tabak in verschiedenen Ländern vergleicht, nimmt Deutschland Platz 34 von 37 europäischen Ländern ein (Joossens et al. 2021). Deutschland hinkt in der Tabakprävention hinterher – mit schwerwiegenden Folgen für die Gesundheit der kommenden Generation.

Auch im internationalen Vergleich zeigen sich die präventiven Defizite: Deutschland weist im Vergleich eine deutlich niedrigere Lebenserwartung als deutschsprachige Regionen in Österreich, der Schweiz und Italien und nach einer weiteren Studie in ganz Westeuropa (BiB 2023) auf. Zu diesem Rückstand tragen in einem erheblichen Maße Todesfälle bei, die durch Präventionsmaßnahmen und -politiken verbessert werden können, um gesundheitsschädigendes Verhalten wie etwa Rauchen oder Alkoholmissbrauch wirkungsvoller einzudämmen (Mühlichen et al. 2023).

Zusammenfassend berücksichtigen das Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesen die Prävention nicht hinreichend, verbunden mit einer sehr großen sozioökonomischen Spreizung. Dadurch erhöht sich die Krankheitslast in der Gesellschaft insgesamt. Dies trifft insbesondere die heute schon überproportional gesundheitsgefährdeten Bevölkerungsgruppen. Die Folgen werden zusätzliche Anforderungen an das solidarische Gesundheitswesen stellen. Gesundheit wird immer stärker zu einer sozialen Frage, wenn die Schaffung gesundheitsfördernder Verhältnisse in allen Lebensbereichen und die Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten nicht stärker als gesamtgesellschaftliche Aufgabe in den Mittelpunkt gerückt wird. ←

4 WIR MÜSSEN VORAUSSCHAUEND DENKEN: FIXPUNKTE FÜR EIN ZUKUNFTSBEREITES GESUNDHEITS- UND PFLEGEGEWESEN

REFORMVORHABEN REALISTISCH EINSCHÄTZEN

Der Koalitionsvertrag 2021 bis 2025 der Regierungsparteien führt für das Gesundheits- und Pflegewesen eine Vielzahl von Einzelvorhaben auf, für die ein Reformbedarf unbestritten ist. Die Bundesregierung hat mit der Krankenhausreform oder der Digitalisierung bedeutsame Punkte davon aufgegriffen und u. a. für die Regionalisierung oder mit der Notfallreform weitere angekündigt. Diese Vorhaben sind richtig und wichtig.

Sie beziehen sich auf Teilaspekte des Gesundheitswesens, verändern jedoch nicht die grundlegenden Strukturen des Gesundheits- und Pflegewesens mit ihren bekannten Mängeln.

Auch wenn es vielfach eingefordert wird (Klapper/Chichon 2021): Es wird die eine umfassende Reform für das gesamte deutsche Gesundheits- und Pflegewesen in absehbarer Zeit nicht geben. Vorstellungen, die auf solchen Erwartungen basieren, liegen zwar auf theoretischer Ebene vielfach vor und sind populär. Sie helfen auch als Zielbilder bei der Orientierung, werden aber voraussichtlich Wunschvorstellungen bleiben, deren Umsetzung an den grundlegenden Fakten unserer Rechtsordnung und den finanziellen Realitäten scheitern werden. Die grundgesetzlich vorgegebene föderale Aufgabenteilung engt den Handlungsspielraum der Bundesregierung für Reformen ebenso ein wie das Primat der freien Berufswahl bzw. der Gewerbefreiheit (Artikel 12 Abs. 1 GG) die Handlungsmöglichkeiten der länderseitigen Krankenhausplanung. Schließungen von Krankenhäusern sind gegen den Willen des jeweiligen Trägers grundsätzlich nicht durchzusetzen (Deutscher Bundestag/Wissenschaftlicher Dienst 2015). In Akzeptanz der politischen Realitäten bestehen mittelfristig keine Chancen, die eine grundgesetzliche Aufgabenverschiebung zwischen dem Bund, den Ländern und Kommunen im Gesundheits- und Pflegewesen eröffnen. Auch die vielfach geforderte Zusammenführung der unterschiedlichen Sozialgesetzbücher in eine konkludente Einheitlichkeit ist kurz- und mittelfristig nicht zu erwarten.

Von daher sind Reformüberlegungen nur dann sinnvoll zu diskutieren, wenn neben der Mängelanalyse und einem Zielbild auch ein realistischer Implementationpfad aufgezeigt werden kann, der politisch umsetzbar erscheint, ohne die grundlegenden Gegebenheiten zu negieren.

PRÜFBAUSTEINE FÜR ALLE REFORMVORHABEN

Das politische Prinzip, das Unmögliche zu verlangen, um das Mögliche zu erreichen, ist in unserem föderalen, multifokal aufgestellten Gesundheits- und Pflegewesen nur dazu geeignet, viele Widerstände zu produzieren, ohne greifbare oder weitgehende Erfolge zu sichern. Diese Erfahrungen mussten in der letzten Zeit mehrfach konstatiert werden.

Auch die früher übliche Option, Widerstände durch zusätzliche Finanzmittel abzumildern, ist angesichts der ökonomischen Realitäten in der GKV und SPV einerseits und den finanziellen Limitationen der öffentlichen Hand andererseits unrealistisch geworden. Von daher erscheint es geboten, sich strategisch vorab genau zu überlegen, welche machbaren Maßnahmen den größten wünschenswerten Effekt auf die sich abzeichnenden Herausforderungen im Gesundheits- und Pflegewesen haben können.

Zur Orientierung bedarf es eines Sets von Prüfbausteinen, die als Grundvoraussetzung für einzuleitende Reformen erfüllt sein sollen. Nur wenn Reformansätze diesen Prinzipien entsprechen, beziehungsweise ihnen zumindest nicht entgegenstehen, sind die einzuleitenden Veränderungen als Schritt in die richtige Richtung zu bewerten.

PRÜFBAUSTEINE

1. Vereinfachung: Die Komplexität in Strukturen und Prozessen ist durch die Reformveränderung, wo irgend möglich, zu reduzieren.

2. Relevanz: Reformen sollen vorrangig dort initiiert werden, wo sie die höchste Wirkung auf die anstehenden Herausforderungen erzielen.

3. Machbarkeit: Das Gesundheits- und Pflegewesen ist Teil der rechtlichen und gesellschaftlichen Realität. Reformen werden von daher umso unwahrscheinlicher, je mehr sie an den grundlegenden Strukturen Änderungen vornehmen wollen. Dies soll keine Entschuldigung zur Reformunfähigkeit sein, sondern darauf hinwirken, vorrangig die Spielräume zu nutzen, die inhaltlich und zeitnah umsetzbar sind.

4. Zuständigkeit: Aufgaben und Verantwortung sollen stringent zugeordnet werden. Dies erfolgt auf drei Ebenen:

4.1 Makroebene: Die Letztverantwortung liegt beim Gesetzgeber.

4.1.1 Bundesebene ist zuständig für Infrastruktur, Rahmenregulierung, Sozialversicherung, Leistungskatalog.

4.1.2 Länderebene ist zuständig für die Anbieterstruktur, Planung, Sicherstellung („Wer plant, stellt sicher“).

4.2 Mesoebene: Die Umsetzungs- und Rechtfertigungsverantwortung liegt bei den selbstverwaltenden Akteur_innen (durch Verträge, Vergütung, Qualitätssicherung, Monitoring).

4.3 Mikroebene: Die eigentliche Erfüllungsverantwortung wird von der jeweiligen Leistungserbringung vor Ort wahrgenommen (ambulant in der Praxis, dem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder einem Primärversorgungszentrum (PVZ) stationär: im Krankenhaus und/oder digital zu Hause).

5. Substitution: Jede neue Institution/Instanz soll mindestens eine andere ersetzen oder integrieren.

6. Entflechtung: Ökonomische Partikularinteressen sind deutlich zu machen und von Regulierungsentscheidungen zu trennen.

7. Chancen: Bei allen Transformationen sollen deren Ziele (z. B. bessere, verfügbarere, nachhaltigere Versorgung, Überwindung der Sektorengrenzen) verbindlich erklärt, festgelegt und bezüglich der Zielerreichung evaluiert werden. Reformansätze, die der Zielsetzung widersprechen, sind im Umkehrschluss zu überarbeiten.

8. Digitaler Mehrwert und Informationssicherheit: Prozesse der digitalen Transformation müssen zumindest absehbar eine ressourcenentlastende Wirkung erzielen und dabei die Prinzipien der Informationssicherheit (BSI 2020) berücksichtigen. ←

5 BIS 2025 MACHBAR: ZEHN REFORMIMPULSE MIT RELEVANTEN AUSWIRKUNGEN IN DIE RICHTIGE RICHTUNG

Soweit Reformbedarfe von der Bundesregierung noch nicht aufgegriffen werden konnten, ist es ein Gebot des politischen Realismus, umsetzbare Prozesse zu identifizieren, die mit möglichst geringem Aufwand maßgebliche Entwicklungen anstoßen können. In Anerkennung der zeitlichen und politischen Realitäten einer Legislaturperiode wird hier eine Priorisierung für die nächsten zwei Jahre vorgeschlagen, mit der die sich abzeichnenden und drängenden Herausforderungen angegangen werden können und sollen. Dabei spielt das Kriterium der Machbarkeit eine entscheidende Rolle. Es gibt durchaus „low hanging fruits“ mit systemischer Wirkung, die in die gewollte Richtung zielen. Sie sind gesetzgeberisch im jetzigen Rechtsrahmen aufwandsarm umzusetzen.

Voraussetzung bleibt, dass die erwähnten zielgerichteten Prüfbausteine für die jeweiligen Reformen positiv ausfallen.

1. REFORMEN MIT DEN BÜRGER_INNEN UND NICHT GEGEN SIE DURCHSETZEN

In den Debatten um die notwendigen Strukturanpassungen im Gesundheitswesen ist eine rechtzeitige, fachkundige und professionelle Kommunikation mit den Bürger_innen vonnöten. Ziel muss es sein, Mythenbildung und Falschaussagen gar nicht erst aufkommen zu lassen. In den anstehenden Transformationsprozessen sind den betroffenen politischen Gremien und Amtsträger_innen auf kommunaler Ebene fachliche und kommunikative Unterstützung länderspezifisch anzubieten.

Der gesamte Transformationsprozess ist kommunikativ professionell auszurichten. Positive Beispiele, bei denen im Rückblick der Transformationsprozess als „Versorgungsgewinn“ von den Bürger_innen verstanden wird, sind einzuflechten.

Die Vorteile einer Konzentration für die Qualität und Sicherstellung der Versorgung sind medial in Begleitung der Krankenhausreform faktenbasiert und glaubhaft in die Bevölkerung zu kommunizieren – lokal, regional und auch bundesweit.

Veränderungen der bisherigen Krankenhausversorgung werden von teils massiven Protesten aus der lokalen Bevölkerung begleitet, vorrangig in ländlichen Regionen, aber durchaus auch in Ballungsgebieten (Lau 2023). Auch Praxisschließungen, z. B. in der hausärztlichen Versorgung, werden nicht ohne öffentliches Echo hingenommen (Radio Bremen 2023). Eine Transformation und mithin eine Modernisierung und Zentralisierung der Versorgungsstrukturen durch Reformen u. a. der Notfallversorgung oder Krankenhausvergütung sowie durch die Schaffung größerer Organisationseinheiten in der ambulanten Versorgung werden jedoch oftmals durch das Argument der fehlenden wohnortnahen Versorgung verhindert, wie es derzeit in der Debatte um die Krankenhausreform erneut sichtbar wird. Die Befürchtung, von der bisher gewohnten Versorgung vermeintlich abgekoppelt zu werden, weckt Ängste, die zum Teil politisch instrumentalisiert werden. Ehemalige zufriedene Patient_innen der gefährdeten Einrichtungen werden als emotionaler Beweis für die Notwendigkeit der bisherigen Versorgung angeführt – jegliche Gegenargumente sind schwierig in einer solch aufgeladenen Debatte einzubringen. Politik kommt in Zugzwang und versucht, mit symbolischen, frustrierten oder teuren Rettungsaktionen gegen die versorgungspolitisch und wirtschaftlich zu meist unvermeidlichen Veränderungen anzugehen.

Qualitative Argumente, die eine Angebotskonzentration begründen, werden in einer solchen aufgeheizten Debatte als Vorwand oder Scheinargument entwertet. Erschwerend kommt hinzu, dass Veränderungsdebatten in der gesundheitlichen Versorgung regional oft erst geführt werden, wenn die Strukturveränderung bzw. Schließung bereits feststeht. Die Zeit, in einem öffentlichen Diskurs über eine andere und meist sogar bessere Versorgung in Ruhe einzusteigen (Bertelsmann Stiftung 2023b), ist an diesem Punkt abgelaufen.

Kommunikationsfehler werden sich aller Voraussicht nach bei der geplanten Umwandlung von grundversorgenden Krankenhäusern in integrierte ambulant-stationäre Angebote (Gruhl 2023b: 27) wiederholen, wenn diese Neuerungen der Bevölkerung als fast gleichwertiges Folgeangebot für einen aufzugebenden Krankenhausstandort vorgestellt werden. Kurzfristig mag dies politisch entlastend wirken. Allerdings wird damit die nicht einlösbare Erwartung vermittelt, die geplanten Akutpflegebetten böten

gleichwertige Leistungen zur Krankenhausmedizin an. In der Realität kann ein ambulant-stationäres Angebot dies nicht leisten, allein schon deshalb nicht, weil es keine krankenhaustypische Notfallversorgung vorhält.

Solange aber selbst von der Politik das Kriterium der undifferenzierten 30-minütigen Erreichbarkeit von Krankenhäusern als Maßstab für die stationäre Versorgungsstruktur inklusive der Notfallversorgung hochgehalten wird (Karagiannidis 2023: 645ff.), ist eine faktenbasierte Diskussion kaum führbar. Bei den meisten als Notfall angesehenen Ereignissen ist es medizinisch nicht zwingend geboten, innerhalb von 30 Minuten versorgt zu werden. Es gibt nur eine geringe Zahl von schwersten Erkrankungen, die zeitkritische Interventionen benötigen. Gerade für diese Krankheitsbilder ist eine hohe klinische Kompetenz in Zentren, also nicht im wohnortnahen grundversorgenden Krankenhaus, notwendig (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2023b).

Die heutigen Möglichkeiten der Versorgung durch boden- oder luftgestützte Rettungsmittel können die Therapieeinleitungen bereits vor Ort vornehmen und so grundsätzlich einen stabilen Transport in die geeigneten Fachzentren abdecken. Die erweiterte Luftrettung ermöglicht dies. Die Schweiz und Dänemark konnten dies aufgrund der besonderen topografischen Situation bzw. nach einer Krankenhauskonzentration belegen (Dahmen et al. 2023: 810).

Im Klartext: Nicht die Nähe zu einem wohnortnahen Krankenhaus ist im zeitkritischen Notfall entscheidend, sondern die schnelle Präsenz eines kompetenten und richtigen Rettungsmittels. Wenn dies den Bürger_innen nachvollziehbar erläutert und die flächendeckende Vorhaltung der Rettungsmittel für relevante Notfälle 24/7 zugesagt werden kann, ist das Kernargument für eine wohnortnahe Krankenversorgung fachlich entkräftet.

Es bedarf also eines neuen Narrativs für den Versorgungsanspruch der Bevölkerung, nicht nur in ländlichen Regionen, sondern auch in Mittelstädten. Die Qualität der Rettungsmittel und die Spezialisierung der medizinischen Versorgung reduzieren die Bedeutung einer straßengebunden Erreichbarkeit von stationärer Versorgung deutlich.

Das Kommunikationsdefizit beschränkt sich nicht nur auf die stationäre Versorgung, sondern trifft ebenso auf die bereits eingeleiteten oder anstehenden Veränderungen in der ambulanten oder in der pflegerischen Versorgung zu. So bedarf der Wechsel von individuellen Einzelpraxen zu breiter aufgestellten Primärversorgungszentren ebenso einer kommunikativen Begleitung wie die zunehmend zu erwartende Beteiligung von Gesundheitsfachberufen in der Heilkundeausübung.

In den Debatten um die notwendigen Strukturanpassungen im Gesundheitswesen ist dafür eine rechtzeitige, fachkundige und professionelle Kommunikation mit den Bürger_innen vonnöten. Ziel muss es sein, Mythenbildung und Falschaussagen gar nicht erst aufkommen zu lassen. In den anstehenden Transformationsprozessen sind den betroffenen politischen Gremien und Amtsträger_innen auf

kommunaler Ebene fachliche und kommunikative Unterstützung ländlerseitig anzubieten.

Der gesamte Transformationsprozess ist kommunikativ professionell auszurichten. Positive Beispiele, bei denen im Rückblick der Transformationsprozess als „Versorgungsgewinn“ von den Bürger_innen verstanden wird, sind einzuflechten.⁸

Die Vorteile einer Konzentration für die Qualität und Sicherstellung der Versorgung sind medial in Begleitung der Krankenhausreform faktenbasiert und glaubhaft in die Bevölkerung zu kommunizieren – lokal, regional und auch bundesweit.

2. BEDARFS- UND VERSORGUNGS-GERECHTER EINSATZ DES VERFÜGBAREN PERSONALS

Ein resilientes Gesundheitssystem benötigt nicht nur ausreichend qualifiziertes Personal, sondern ebenso einen nachhaltigen Einsatz dieser besonders wertvollen Ressource. Ressourcenschonend meint in diesem Sinne, die Versorgung der Bevölkerung ohne Überlastung des Systems sicherzustellen.

Dazu ist es notwendig, unnötige Kontakte zwischen Ärzt_innen und Patient_innen zu reduzieren: Stellschrauben sind eine Ambulantisierung von Krankenhausleistungen, eine effektive Steuerung der Notfallversorgung sowie relevante Versorgungsangebote zur Überwindung der Sektorengrenzen.

Trotz der im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohen Zahl ärztlicher und pflegerischer Fachkräfte in Krankenhäusern im Verhältnis zur Einwohnerzahl (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2023: 247) bestehen in vielen Gesundheits- und Pflegeberufen erhebliche Engpasslagen. So stehen für offene Stellen beispielsweise bei Berufen in der Fachkrankenpflege aktuell nicht genügend qualifizierte Arbeitssuchende für eine zeitnahe Besetzung zur Verfügung. Handlungsbedarf zur Verbesserung der Personalsituation besteht nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in stationären Pflegeeinrichtungen und der ambulanten Versorgung.

Ein resilientes Gesundheitssystem bedarf einer nachhaltigen Allokation von qualifiziertem und vorbereitetem Personal, das die Reaktionsfähigkeit und Flexibilität der Versorgung in Krisenzeiten gewährleistet. Angesichts des demografischen Wandels meint eine nachhaltige Allokation, aber auch einen schonenden Einsatz der im Gesundheitswesen besonders wertvollen „Ressource“ Personal. Ein ressourcenschonendes Gesundheitswesen könnte und sollte künftig zu einem eigenen Reformziel werden.

⁸ Z. B. Gesundheitscampus Balve (Bertelsmann Stiftung 2023b).

Ressourcenschonend meint in diesem Kontext, dass vor allem das vorhandene Personal so eingesetzt wird, dass es eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung ohne eigene Überlastung ermöglicht. Bezogen auf die Versorgung bedeutet dies vor allem, dass alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden sollten, nicht notwendige Kontakte zwischen Ärzt_innen und Patient_innen zu reduzieren⁹ und stationäre Aufenthalte zu vermeiden und mithin über bedarfsnotwendige Strukturen hinausgehende Kapazitäten abzubauen. Deutschland weist im internationalen Vergleich trotz der hohen einwohnerbezogenen Fachkräftequote eine der schlechtesten Relationen von Personal zu stationären Fällen auf und leistet sich eine unnötig hohe Zahl von ambulanten Kontakten zwischen Ärzt_innen und Patient_innen.

Erstaunlicherweise wird das Thema des bedarfs- und versorgungsgerechten Einsatzes des verfügbaren Personals zu wenig bei den laufenden Reformdiskussionen mitbedacht. Stattdessen wird losgelöst von Reformen primär die Gewinnung von zusätzlichem Personal fokussiert. Die notwendigen Fachkräfte werden aber weder im gewünschten Maße aus anderen Ländern abzuwerben¹⁰ noch aus dem bestehenden Fachkräftepotenzial in Deutschland zu gewinnen sein, solange die Rahmenbedingungen sich nicht grundlegend ändern (Auffenberg et al. 2022). Eine Diskussion über die Absenkung von Strukturqualitätsvorgaben in der Pflege, wie sie kürzlich geführt wurde,¹¹ ist kontraproduktiv, weil dadurch die Facharbeitsplätze wieder höheren Belastungen ausgesetzt und unattraktiv werden. In den durch die Reformen anstehenden Transformationsprozessen sollte stärker die Verknüpfung von Personalallokation und der damit einhergehenden zu erwartenden Verbesserung von Versorgungsqualität sowie Arbeitsplatzattraktivität thematisiert und auch geplant werden. In anderen OECD-Staaten, z. B. England, Frankreich oder auch Dänemark, wurde ein effizienter Einsatz des verfügbaren Personals zuletzt sogar als (Haupt-)Motivation für Reformen genannt.

Wenn es uns also gelingt, durch eine Neuordnung der Notfallversorgung, durch eine zunehmende Ambulantisierung und/oder durch eine erhöhte Durchlässigkeit der Sektorengrenzen die international hohen Fallzahlen auf ein normales europäisches Maß zu senken, würde nach ersten Berechnungen (Schreyögg 2023: 197ff.) der Fachkräftemangel zu kompensieren sein.

3. OPTIMIERTE NAVIGATION DER PATIENT_INNEN AN DEN EINTRITTS-PUNKTEN IN DAS GESUNDHEITS- UND PFLEGEWESEN

Die Selbstnavigation der Patient_innen in unserem komplexen Gesundheits- und Pflegewesen führt zu ressourcenbelastenden Fehlsteuerungen. Ein verbindliches und klar strukturierte Navigationsangebot hilft, fachlich begründete bedarfsabhängige Allokationsentscheidungen zu treffen. Dies spart wertvolle (Personal-)Ressourcen. Auf die positiven Erfahrungen der HZV in Baden-Württemberg aufbauend sollen primärärztliche Strukturen ausgebaut werden, der Zugang zur Notfallversorgung fachlich begründet erfolgen und ein obligatorisches Beratungsangebot in Pflegestützpunkten vor einem Zugang zur Langzeitpflege eingeholt werden.

In der bisherigen Rollenverteilung zwischen den akut hilfesuchenden Patient_innen und dem hochkomplexen, für Lai_innen wenig transparenten Gesundheits- und Pflegesystem, wird die Allokationsentscheidung zu oft nicht bedarfsgerecht getroffen. Fehlallokationen mit einer Überlastung der höchsten Versorgungsstufe sind die Folge, wertvolle Ressourcen werden unnötig gebunden.

Von daher sind bedarfsangemessene Allokationsentscheidungen vor Eintritt in das Versorgungssystem erforderlich, um die optimale Versorgungsform und -ebene fallgerecht zu definieren. In der ambulanten Versorgung (zu Sprechstundenzeiten) übernehmen grundsätzlich die hausärztlichen Praxen¹² bzw. die Teams der MVZs oder PVZ diese Koordinierungsfunktion (siehe dazu auch den folgenden Punkt 4). Außerhalb der Sprechstundenzeiten (für nicht vitale Notfälle) stehen integrierte Leitstellen für die vertragsärztliche und rettungsmedizinische Versorgung zur Verfügung. Diese sind zu ermächtigen, stärker steuernd tätig zu werden und Termine in den jeweils fallangemessenen Versorgungsbereichen (z. B. bei der hausärztlichen Versorgung, Notfallpraxen und INZ/Notaufnahmen) zu vergeben. Über diesen Weg, aber auch mittels Vor-Ort-Besuch in der Häuslichkeit durch den Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. Rettungsdienste können weitere ambulante Versorgungsoptionen (wie Notfallpflege, SAPV, psychiatrische Krisenintervention) ausgelöst werden, wenn damit eine Krankenhauseinweisung vermieden werden kann (Sachverständigenrat zur Begutachtung

⁹ Siehe S.19, Z. 9 ff. zur Reduzierung abrechnungstechnisch bedingter, nicht bedarfsorientierter Leistungserbringung.

¹⁰ RWI, Pressemitteilung vom 15.6.2023 zur Veröffentlichung des Krankenhaus Rating Reports 2023: „Der daraus resultierenden Knappheit von Fachkräften kann mit qualifizierter Zuwanderung nur bedingt entgegengewirkt werden“ (Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung 2023).

¹¹ Observer Report zur Pressekonferenz zur Vorstellung des Krankenhaus Rating Reports 2023 (KRR) beim Hauptstadtkongress Berlin 15.6.2023, Zitat Prof. Dr. Boris Augurzyk: Man müsse (beim vorherrschenden Personalmangel) auch vor zu hohen Mindestanforderungen an die Strukturqualität warnen. Das würde die Zahl der „erbringbaren“ Leistungen gefährlich einschränken (Augurzyk et al. 2023).

¹² An der hausärztlichen Versorgung nehmen nach § 73 Abs. 1a neben der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen inneren Medizin auch Kinder- und Jugendärzt_innen teil. Diese Definition wird auch für die hiesigen Ausführungen zugrunde gelegt.

der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018: 582ff.; Bertelsmann Stiftung 2022b: 10f.; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2023a: 13). Diese Ertüchtigung des Notdienstes um ambulante Hilfsmöglichkeiten soll insbesondere die häufige Einweisung von immobilen und kognitiv eingeschränkten Pflegebedürftigen in die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser reduzieren.

Die direkten Zugangswege in die Notaufnahme beziehungsweise zu spezialisierten Fachärzt_innen sind künftig zu beschränken¹³ (Laschet 2020). In einem ersten Schritt sind die vorgeschalteten Zugangswege deutlich attraktiver und aufwandsärmer auszugestalten als der ungesteuerte Zugang in die Notfallambulanzen der Krankenhäuser.

Gleiches gilt für den Eintritt in die pflegerische Versorgung nach SGB XI. Die Navigationsunterstützung wird generell an die Pflegestützpunkte übertragen, denen die notwendigen Informationen über Ressourcen und Kompetenzen vorliegen. Dazu muss das System der Pflegestützpunkte jedoch flächendeckend ausgebaut und mit Pflegefachpersonen besetzt werden.¹⁴

Insofern wird der Zugang zum Gesundheits- und Pflegewesen ausschließlich durch definierte, professionelle und interessensunabhängige Prozesse gebahnt. Diese werden durch digitale Algorithmen und durch einen digital geleiteten Zugang zu den notwendigen Versorgungsmöglichkeiten unterstützt. In komplexen Fällen sind koordinierende Funktionen (BMC 2023, Robert Bosch Stiftung et al. 2019) durch qualifizierte Gesundheitsfachkräfte in die akute und kontinuierliche Betreuung der jeweiligen Personen einzubeziehen.

Eine solche Bahnung ist international bereits erprobt und schützt vor unnötigen Fehlallokationen. Es ist ein simpler Weg zur Effizienz, aber auch zur Personalentlastung. Die vermeintliche Freiheit, sich als Patient_in ohne fachkundige Beratung über alle fachlichen Stufen der Versorgung direkt in die höchste Versorgungsstufe – die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser – zu begeben, basiert oft nicht auf einer begründeten Willensentscheidung, sondern auf der fehlenden Kenntnis der Möglichkeiten für eine adäquate Versorgung oder der fehlenden niedrighschwelligeren Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten. Eine solche Selbstnavigation der Patient_innen muss der Vergangenheit angehören.

Zusammenfassend wären für eine professionelle bedarfsabhängige Patientennavigation und Ressourcenallokation folgende Ansatzpunkte relevant:

- In der ambulanten Versorgung wird das alleinige Überweisungsrecht in die sonstige spezialärztliche Versorgung durch an der hausärztlichen Versorgung (inkl. der pädiatrischen Versorgung) teilnehmende Praxen oder MVZ/PVZ ausgeübt (Ausnahmen für die grundversorgenden Disziplinen sind denkbar). Begründung: positive Evaluation der HZV in Baden-Württemberg.

- Ausschließlicher Zugang in die Notfallversorgung über regionale Leitstellen: Sie sind technisch und personell zu ertüchtigen und können auf alle Versorgungsangebote zurückgreifen.
- Die Leitstellenangebote von 112 und 116/117 sind durch digitale Angebote zu erweitern.
- Der direkte Zugang zu den Notfallambulanzen der Krankenhäuser wird, abgesehen von der Nothilfe, durch eine vorherige Beratung und Lenkung in die korrekte Versorgungsebene ersetzt.
- Primäre Beratungspflicht durch kompetente Pflegefachpersonen in Pflegestützpunkten vor einem institutionellen Zugang zur Langzeitpflege: Im Sinne einer One-Stop-Beratung übernehmen die Pflegestützpunkte (als gemeinsame Einrichtung der Kommunen und Kassen) auch die durch die Pflegekassen angebotene vertragliche Beratung. Ein flächendeckender Ausbau und eine unabhängige Aufstellung der Pflegestützpunkte sind für die bahnbildende Funktion zwingend und erfordern ausgewiesene pflegefachliche Kompetenz.

4. VERANTWORTLICHKEIT AN PATIENTENPFADEN AUSRICHTEN

Der Zugang in das Gesundheits- und Pflegewesen ist in Deutschland stark durch den Zufall geprägt, aber auch die koordinierende Verantwortlichkeit für den Behandlungsprozess muss neu ganzheitlich ausgestaltet werden. Die für den jeweiligen Erkrankungsverlauf prädestinierten fachlichen Personen und Institutionen sollen die Steuerung und Lotsenfunktion gesamtverantwortlich übernehmen. Dies ist auch in der Vergütung abzubilden.

Unser Gesundheits- und Pflegewesen ist äußerst komplex. Es gelingt den wenigsten Patient_innen, die institutionellen, fachlichen und organisatorischen Notwendigkeiten bei der Behandlung entlang der gebotenen Patientenpfade fachlich korrekt einzuschätzen. Je schwerwiegender die Erkrankung, umso höher ist der Koordinierungsaufwand, da unterschiedliche ärztliche, gesundheitstherapeutische, psychologische, pflegerische und unterstützende Fachkräfte in die Behandlung und Betreuung einbezogen werden müssen.

Es ist als Endpunkt eines Reformprozesses denkbar, dass die Neuorganisation aller grundlegenden Strukturen in einer Bündelung der aktuell fragmentierten Verantwortlichkeiten und gar einer rechtlichen, planerischen und organisatorischen Zusammenführung des Gesundheitswe-

¹³ In den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser gilt diese Beschränkung selbstverständlich nicht für Patient_innen mit vital bedrohlichen Erkrankungen.

¹⁴ Mehr zum Thema Pflegestützpunkte: Friedrich-Ebert-Stiftung (2016).

sens mit dem Pflegewesen münden kann. Dieser Prozess benötigt erfahrungsgemäß mehrere Legislaturperioden, wenn er überhaupt angegangen wird. Deshalb soll zeitnah eine neue und umfassende Reorganisation der patientenbezogenen Verantwortlichkeiten innerhalb der bestehenden Strukturen und ein darauf fußendes geändertes Finanzierungssystem eingeführt werden, um die Defizite der heutigen Strukturdisparität deutlich abzumildern.

Die vorrangige Koordinationsaufgabe liegt in der Primärversorgung. Die Vorteile eines umfassenden und ganzheitlichen Managements, insbesondere bei der Behandlung chronischer Erkrankungen, sind jüngst über eine Auswertung der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg eindrücklich belegt worden (AOK Baden-Württemberg et al. 2023).

Dies spricht für eine Umkehrung der bisherigen hausärztlichen Anbindung, bei der eine primärmedizinische Bindung meist nur zusätzlich über Add-on-Verträge nach § 73b SGB V angeboten wird. Stattdessen sollte eine regelhafte primärmedizinische Bindung die Norm sein, mit der sich Patient_innen für eine bestimmte Zeit zum gegenseitigen Nutzen für eine verbindliche hausärztliche Steuerung durch eine Einschreibung entscheiden (Bayrischer Rundfunk 2023). Ausnahmen sollten, in Anlehnung an das dänische Beispiel, möglich, aber weniger attraktiv gestaltet werden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018: 436). Die Primärversorgung in hausärztlichen Praxen oder primärversorgenden MVZ, PVZ oder anderen kooperativ aufgestellten grundversorgenden Einrichtungen sind und bleiben, insbesondere bei einer längerfristig angelegten Vertrauensbasis, die vorrangige Bezugsebene für die Patient_innen. Neben der primärmedizinischen Bindung in Praxen oder MVZ/PVZ ist allein schon aufgrund der zunehmenden hausärztlichen Unterversorgung eine Beteiligung anderer Gesundheitsberufe an der Primärmedizin notwendig. Ferner wird, wie zahlreiche ausländische Beispiele erfolgreich zeigen, Primärmedizin in Teilen ohne ärztliche Beteiligung möglich sein.

In diesen besonderen Fällen wird die gesamte Koordinierungsfunktion für die unterschiedlich gestuften krankheitsspezifischen Patientenpfade auf die fachlich geeignete Versorgungsebene übertragen.

Folgende Einteilung von Behandlungsanlässen wird vorgeschlagen (Friedrich-Ebert-Stiftung 2017: 18ff.):

Stufe 1: allgemeine hausärztliche/pflegerische Grundversorgung;

Stufe 2: planbare Interventionen;

Stufe 3: schwere akute oder langfristige Erkrankungen (z. B. onkologische Erkrankungen);

Stufe 4: lebenslange chronische Erkrankungen (z. B. Mukoviszidose).

Zu Stufe 2: Bei planbaren Interventionen übernimmt die Koordination diejenige Stelle, die auch das für diese Leistung gewährte Entgelt erhält. Dies können Krankenhäuser oder auch ambulante Einrichtungen sein, die eine solche planbare Intervention mit vor- und nachfolgender Versorgung anbieten. Unabhängig davon, ob die planbare Intervention wie eine Hüft-TEP oder eine Katarakt-Operation durch eine ambulante oder stationäre Einheit erbracht wird, erfolgt eine Honorierung in gleicher Höhe, die die Vorbereitung, Durchführung und Nachbehandlung umfasst. Bei besonderen pflegerischen Bedarfen sind diese zusätzlich zu berücksichtigen. Eine alleinige fachspezifische Diagnostik, die (haus-)ärztlich zur Abklärung veranlasst wurde, wird dagegen nicht als planbare Intervention angesehen.

Stufen 3 und 4: Bei schweren akuten, langfristigen Erkrankungen bis hin zu ausgewählten chronischen Erkrankungen erfolgt die Koordination in spezialisierten ambulanten und/oder stationären Kompetenzzentren. Über diese erfolgen auch die Begleitung der Patient_innen in der Nachsorge und die Koordination der gesamten weiteren Versorgung. Zur Honorierung bieten sich sektorenübergreifend einheitliche erweiterte Fallpauschalen oder Leistungskomplexpauschalen an, die die beschriebene Gesamtverantwortung für den Behandlungsanlass umfassend berücksichtigen. Die Pauschalen sollten zeitraumbezogen abgestuft differenziert werden.

Die jeweiligen Primärversorgenden sind regelmäßig zu informieren.

Die jeweiligen fachlich prädestinierten medizinischen Leistungserbringer oder Institutionen übernehmen die Verantwortung für die Koordination über das gesamte Behandlungsspektrum inklusive der Planung und Umsetzung notwendiger rehabilitativer und pflegerischer Maßnahmen. Damit obliegt es diesen, die Navigation der Patient_innen durch die komplexe Gesundheits- und Pflegeversorgung zu unterstützen und sie ganzheitlich und umfassend auf dem „patient pathway“ zu begleiten. Durch eine solche klare Verantwortlichkeit wird der/die Patient_in entlastet, die Qualität gemäß der Behandlungsnotwendigkeit abgesichert und Kosten durch Fehlallokationen, Doppeluntersuchungen und Informationsverlust vermindert, ohne dabei eine Reorganisation fixierter Grundstrukturen vorauszusetzen. Die Vergütung für die jeweilige Krankheitsepisode beinhaltet nicht nur die medizinische Leistung, sondern deckt auch den Navigations- und Koordinierungsbedarf ab.

Da es bislang nicht gelungen ist, die komplexe Struktur des Gesundheits- und Pflegewesens zugunsten einer ganzheitlichen und prozessorientierten Gesundheitsversorgung umzugestalten, kann man die Patient_innen bei pfadrelevanten Entscheidungen nicht allein lassen. Vielmehr sollen die für den jeweiligen Behandlungsanlass prädestinierten Personen und Institutionen die Steuerung und Lotsenfunktion gesamtverantwortlich übernehmen. Die jeweiligen Koordinationsleistungen sind über eine Koordinationspauschale in allen Stufen angemessen zu vergüten.

In diesem Koordinierungskontext und als Teil des jeweiligen Teams sind Fachkräfte für das Care- und Case-Ma-

nagement (zum Beispiel Community Health Nurses oder Gesundheitslots_innen) prädestiniert und unverzichtbar.

5. SYNERGIEEFFEKTE AN DEN SEKTORENGRENZEN NUTZEN

Die reformresistente Struktur der Sektorengrenzen im Gesundheits- und Pflegewesen war Motivation für die Etablierung des Innovationsfonds. Mithilfe innovativer Prozesse und Strukturen sollten punktuell Sektorengrenzen überwunden und Schnittstellen optimiert werden. Trotz vielfältiger nachweislich positiver Projektergebnisse ist es nur in den seltensten Fällen gelungen, Impulse in die Regelversorgung einzuführen. Die Systematik der Innovationsfonds ist nicht umsetzungsfreundlich. Es sind von daher verbindliche Transformationspfade in die Regelversorgung festzulegen.

Die heutigen Sektorengrenzen entsprechen nicht den Versorgungsnotwendigkeiten. Sie sind teuer, ineffektiv und benötigen unnötige personelle Doppelvorhaltungen. Unterschiedlich spezialisierte Fachkräfte in den jeweiligen Sektoren sind gerechtfertigt, da sie der nur in diesem Umfeld zu erbringenden Versorgungsleistung entsprechen. Dies trifft aber an den Grenzflächen der Sektoren nicht zu: Minderschwere Beobachtungs- und Überwachungsfälle können vorrangig pflegerisch in stationären Einrichtungen betreut werden. Komplexe, seltene oder aufwändige Krankheitsbilder oder -episoden sind ambulant häufig besser durch krankenhausgebundene Spezialambulanzen versorgt. Solche Schnittstellenangebote entlasten beide Sektoren. So wird geschätzt, dass durch primärmedizinisch betreute Akutpflegebetten bis zu 20 Prozent der Krankenhauseinweisungen vermieden werden können (Gruhl 2023a: 32). Gleiches gilt für die Schnittstelle zwischen der stationären und der rehabilitativen Versorgung, zwischen der ambulanten und stationären Langzeitpflege u. v. m. Die historisch gewachsene Systemlogik wird zwar rechtlich gestützt, ist aber fachlich nicht sinnvoll. Eine Behandlung mit Übernachtung muss nicht, wie im SGB V vorgegeben, nur in einem Krankenhaus erfolgen, und eine sinnvolle spezialisierte Behandlung darf nicht der Hürde einer Ermächtigung durch die Kassenärztliche Vereinigung bedürfen. Solche „alten Zöpfe“ gehören nicht mehr in die Systematik einer sektorübergreifenden Versorgung.

Durch ein Zusammenspiel bisher getrennter Behandlungskompetenzen ergeben sich Optionen für eine stärker ganzheitlich orientierte Versorgung, Hebung von Synergieeffekten und eine neue sektorübergreifende Struktur.

Einzelne Transformationsschritte in diese Richtung sind in der Planung, Erprobung oder als Projekte des Innovationsfonds zeitlich begrenzt.¹⁵ Es ist bei den anstehenden Transformationsprozessen darauf zu achten, dass nicht erneut nur Ausnahmetatbestände, sondern durchgehend Versorgungsübergänge in der Regelversorgung geschaffen werden.

Dazu sind beispielsweise in Innovationsfondsprojekten verbindliche Transformationspfade mit der Bewilligung festzulegen, die einen Fortbestand des Projekts sichern, falls eine Übernahme in die Regelversorgung später vom GBA empfohlen wird.

Neue Versorgungsformen sind so auszugestalten, dass sie bisherige Formen verbindlich ablösen.

Diese neuen Schnittstellenfelder eignen sich im Übrigen auch für die Einübung einer sektorenübergreifenden Planung. Überlegungen zur Implementierung einer institutionsübergreifenden Planungs- und Sicherstellungsstruktur liegen vor (Gruhl 2023b: 31, 39).

6. REDUZIERUNG ABRECHNUNGS- TECHNISCH BEDINGTER, NICHT BEDARFS- ORIENTIERTER LEISTUNGSERBRINGUNG

Fehl- und Überversorgung wird auch durch falsche finanzielle Anreize ausgelöst. Im Rettungsdienst, aber besonders in der ambulanten Versorgung werden Leistungen erbracht, die hauptsächlich finanziell begründet werden können. Eine systematische Analyse der Abrechnungssysteme ist geboten, um leistungsinduzierende Vergütungen zu verhindern. Vorrangig betrifft dies die antiquierte Quartalsabrechnung in der ambulanten Versorgung.

Deutschland weist im internationalen Vergleich mit die höchste Kontakthäufigkeit zwischen Ärzt_innen und Patient_innen in der ambulanten Versorgung auf (OECD 2023). Gleiches gilt für die Häufigkeit von Krankenhausaufnahmen in der stationären Versorgung. Diese Unterschiede lassen sich nicht durch die spezifisch deutschen Bevölkerungs- oder Morbiditätsstrukturen abschließend erklären. Ein Grund für diese Verhaltensform liegt auch in den falschen Anreizstrukturen der Abrechnungssystematiken. Die hohe stationäre Aufnahmequote basiert bisher auf der zu stark fallabhängig ausgerichteten Vergütung: Je mehr Krankenhausaufnahmen, umso mehr Fälle, umso mehr Einnahmen für die Krankenhäuser. Außerdem ist diese auf Fehlanreize in der Notfallversorgung und der da-

¹⁵ Konzepte der Regierungskommission zu Level I (siehe Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2022: 13ff.), kurzstationäre Grund- und Übergangsvorsorgung der Bertelsmann Stiftung (siehe Gruhl 2022, Gruhl 2023a, Gruhl 2023b), Hybrid-DRGs (Bindoc 2022), regionale Gesundheitsversorgung (siehe Koalitionsvertrag 2021–2025: 66), PORT-Gesundheitszentren der Robert-Bosch-Stiftung (siehe Robert-Bosch-Stiftung 2021), Modellprojekte wie StaAMed (siehe G-BA 2022), Hand-in-Hand (siehe G-BA 2019a) oder FAMOUS (siehe G-BA 2019b).

mit einhergehenden hohen stationären Aufnahmequote aus den Notaufnahmen zurückzuführen. Hier sind Änderungen durch die Notfall- und die Krankenhausreform über die Vorhaltefinanzierung geplant. Aufgabe ist es, Kontakt- oder Behandlungshäufigkeit bedarfs- und kompetenzgerecht auszugestalten. Anhaltszahlen können aus vergleichbaren Gesundheitssystemen herangezogen werden.

Die hohe Kontakthäufigkeit in der ambulanten Versorgung wird u. a. angereizt durch die Quartalsystematik des EBM (KOMV 2019: 105ff., 149). Diese stammt noch aus der Zeit der quartalsbezogenen „Krankenscheinhefte“, die vor 30 Jahren endgültig abgeschafft wurden. Die Quartalsystematik wird entgegen medizinischer Notwendigkeiten bis heute weitergeführt. So müssen chronisch kranke Patient_innen aus abrechnungstechnischen Gründen vierteljährlich den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin aufsuchen, um bei diesem/dieser eine relevante Leistungsvergütung auszulösen („Chroniker-Pauschale“), oder Rezepte werden so ausgestellt, dass ein Kontaktpunkt im Quartal erforderlich und damit abrechenbar wird, auch wenn es fachlich nicht notwendig ist.

Durch eine Reform der ökonomisch angereizten Versorgungsrituale kann eine relevante Fallzahlreduzierung und damit Entlastung erzielt werden. Ökonomische Fehlanreize in den Abrechnungsmodi sind zu streichen. Stattdessen ist die Finanzierung an der Komplexität und Dauer der jeweiligen Erkrankung auszurichten. Die Vergütung orientiert sich somit an den „patient pathways“.

In einem ersten Schritt ist die Quartalsabrechnung in der ambulanten Versorgung zugunsten jährlicher Abrechnungsfristen (mit unterjährigen Abschlagszahlungen) abzuschaffen.

Für die Einführung von sektorenübergreifenden Abrechnungssystemen als Ersatz für die bisherige sektorenbezogene Einzelleistungsvergütung stehen gebündelte krankheitsepisodenbezogene Vergütungsmodelle (Bundled Payment) (Friedrich-Ebert-Stiftung 2017) oder Regionalbudgets (Capitation) mit integrierten Koordinierungsleistungen der jeweils für die Allokation verantwortlichen Leistungserbringer entlang der jeweiligen Patientenpfade zur Diskussion. Ansätze dieser Art tragen zur Stärkung des Value-Based-Care-Ansatzes¹⁶ bei und könnten beispielsweise bei der Umsetzung einer beabsichtigten regionalen Ausrichtung der Gesundheitsversorgung zum Tragen kommen.

Parallel ist aber die steuerungsrelevante Klärung notwendig, ob diese neuen Finanzierungsformen kollektiv oder selektiv, generell oder regionsabhängig angewandt werden können.

Aber auch in anderen Bereichen neben der stationären und ambulanten Versorgung sind ökonomisch bedingte Fehlanreize seit Längerem bekannt. Erinnert sei an die Nichtvergütung des Rettungsdienstes für „Leerfahrten“. In der Reform der Notfallversorgung ist eine damit ver-

bundene Neuordnung der Vergütungs- und Anreizsystematik zwingend.

Solche leistungsinduzierenden abrechnungstechnischen Fehlanreize sind mit geringem gesetzgeberischem Aufwand, idealerweise durch eine gutachterliche Vorarbeit, auflösbar.

7. ÖFFNUNG DES ÄRZTLICHEN BEHANDLUNGSMONOPOLS

Die primärmedizinische Versorgung ist allein durch (haus-)ärztliche Einrichtungen nicht mehr zu gewährleisten. Wir brauchen zusätzlich neue fachliche Kompetenzen, die für definierte Behandlungsanlässe gesundheitliche Angebote selbstständig in der Versorgung anbieten können. Heilkundeausübung ist insofern für die akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen zu eröffnen, die neben einer medizinisch/pflegerischen Kompetenz auch weitere gesundheitlich relevante Expertise einbringen können.

Trotz konstant steigender Arztlizen in Deutschland ist in bestimmten Bereichen der ärztlichen Versorgung die bedarfsnotwendige Versorgung im ambulanten und stationären Sektor nicht mehr zu erfüllen. Dies betrifft vor allem und beispielhaft die hausärztliche Versorgung (inklusive der kinderärztlichen Versorgung). Besonders gravierend manifestiert sich das Defizit im ländlichen Raum. Im Gegensatz zum vergleichbaren Ausland hat es Deutschland versäumt, eine Öffnung des ärztlichen Behandlungsmonopols für qualifizierte sonstige Gesundheitsfachberufe einzuleiten. Diese ideologische „Burgmentalität“ der ärztlichen Institutionen ist in der Praxis längst überholt, wo Gesundheitsfachkräfte in einem rechtlichen Graubereich vielfach bereits eigenständige Versorgungsaufgaben übernehmen. Die Trennungslinie zwischen ärztlicher und pflegerischer Kompetenz/Expertise ist fließend. Professionelle Pflege oder Praxisassistenten nehmen insbesondere in der Akutversorgung eine Vielzahl sogenannter ärztlicher Tätigkeiten wahr und sind in der Ersteinschätzung kritischer, medizinrelevanter Symptome und Situationen in allen Versorgungsbereichen einschließlich der häuslichen Pflege unentbehrlich.

Was inhaltlich in der Versorgungspraxis bewährt funktioniert (und vielerorts unverzichtbar ist), wird formaljuristisch über Delegation gesichert. In der Praxis, vor allem in der ambulanten Versorgung, ist damit oft hoher Abstimmungsbedarf verbunden, der zusätzlich zum Effizienzverlust eine Quelle für Berufsunzufriedenheit bedeuten kann.

¹⁶ Der Value-Based-Care-Ansatz, der eine gerechtere, nachhaltigere und transparentere Verteilung der zu Verfügung stehenden Ressourcen im Gesundheitswesen, um bessere Ergebnisse im Sinne der Patient_innen fördert, hat allerdings im NHS (hier stellvertretend für alle vier NHS-Systeme NHS England, NHS Scotland und NHS Wales; NHS Nordirland steht außen vor mit einem eigenen Modell der integrierten Versorgung und finanzieller Absicherung) zu einer verstärkten Ökonomisierung und Einsparungen geführt. Die Folgen dieser Austeritätspolitik haben zu einer Verlängerung der Wartezeiten und einem absoluten Verlust an Lebensjahren im letzten Jahrzehnt in der Bevölkerung geführt.

In der stationären Langzeitpflege führen diese rechtlichen Einschränkungen nachweislich häufig zu unnötigen Krankenhausweisungen.

Mit der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe, der Ausbildung eigenständiger Berufsbilder im Gesundheitswesen und entsprechenden Weiterbildungen stehen zunehmend Fachkräfte zur Verfügung, denen im Ausland nicht nur eine ausschnittsweise Diagnostik übertragen wird, sondern auch Behandlungsmöglichkeiten in einem definierten Rahmen. Damit einhergehend ist eine Freisetzung ärztlicher Arbeitskraft für spezialisierte Tätigkeiten verbunden. Obwohl Heilberuf, wird die eigenständige Ausübung der Heilkunde der professionellen Pflege bislang weitgehend verwehrt.

Durch eine fachliche Diversifizierung des professionellen Behandlungsspektrums kann ein relevanter Teil der anfallenden medizinischen Versorgung gesichert werden. Eine erweiterte Aufgabenteilung ermöglicht eine neue kooperative Form der Zusammenarbeit mit einer deutlichen Entlastung der (haus)ärztlichen Beanspruchung.

Ein weiteres Ziel ist es, die Versorgungsqualität in der Langzeitpflege zu verbessern, etwa im Hinblick auf die Vermeidung unnötiger Krankenhausweisungen, sowie die fachgerechte Pflege und sachgerechte Arzneimitteltherapie sicherzustellen. Dazu braucht es sozialgesetzbuchübergreifende Konzepte und eine sektorenunabhängige Ausrichtung der Pflege an fachlichen Standards. Eine höhere Akademisierungsquote in der Langzeitpflege kann die Versorgungsqualität um insgesamt bis zu 35 Prozent heben (Valk-Dread et al. 2023).

Eine effiziente und bedarfsabhängige Versorgung ist je nach Schwere der Erkrankung durch unterschiedliche Qualifikationen zu differenzieren.

Ziel ist es, eine Identifikation von Tätigkeitsfeldern für eine neue Aufteilung professioneller Zuständigkeiten und Kooperation in der Gesundheitsversorgung zu erstellen und so die rückwärtsgewandte Diskussion über Delegation und/oder Substitution zu überwinden.

Um eine engagierte Debatte über den ärztlichen Stand und Therapiehoheiten zu vermeiden, kann durch Festlegung spezifischer berufsübergreifender wissenschaftlicher Leitlinien der Fachgesellschaften der Pflege und betroffenen ärztlichen Disziplinen eine Normsetzung unter Berücksichtigung der international bewährten Praxis als „Stand der Wissenschaft und Technik“ erfolgen. Damit können die Möglichkeiten und Grenzen der eigenständigen Beteiligung weiterer Berufsgruppen und der berufsübergreifenden Kooperation verbindlich und rechtlich abgesichert und festgelegt werden (Katzenmeier et al. 2021: 394).

Ein weiterer Weg, eine neue Aufteilung professioneller Zuständigkeiten zu sichern und die interprofessionelle Kooperation im Gesundheitswesen aus überkommenen hierarchischen Mustern herauszuführen, ist die Etablierung und Regulierung von einschlägigen Studiengängen, wie z. B. der Masterstudiengang der Community Health Nurse,

einschließlich Überprüfung der Befähigung über ein Staatsexamen. Nach der Identifizierung und Definition eines „scope of practice“ für die eigenverantwortliche Tätigkeit, ist das Ziel die Öffnung der Heilkundeausübung für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen.¹⁷

Für die Vergütung ist an die Zuerkennung eines Leistungserbringerstatus bzw. an die Erweiterung der Befugnisse der in ambulanten Pflege Tätigen zu denken. Alternativ kann den angestellten Beschäftigten in den stationären Einrichtungen oder Einrichtungen der Primärversorgung wie MVZ/PVZ ein angemessenes Gehalt gezahlt werden, gegebenenfalls im Rahmen von regionalen Budgets oder anderen innovativen Finanzierungsmodellen.

8. BÜNDELUNG DER PFLEGERISCHEN VERANTWORTUNG UND ÖFFNUNG NEUER ORGANISATIONSMODELLE IN DER PFLEGEPRAXIS

In einer alternden Gesellschaft sind alle gesundheitlichen und pflegerischen Fachkräfte mit ihrer jeweiligen Kompetenz gefragt. Historische Alleinvertretungsansprüche und Abgrenzung zwischen den Berufsgruppen sind nicht mehr zeitgemäß. Besonders bei pflegerischen Sachverhalten ist es geboten, den Arztvorbehalt zurückzustellen und stärker auf die Professionalität der Pflege zurückzugreifen. Auch in der ambulanten Langzeitpflege sind neue Spielräume über erweiterte Organisations- und Strukturmodelle zu ermöglichen.

Die Pflegetätigkeit ist in hohem Maße fremdbestimmt; ein eigenständiges Handeln nach den fachlichen Standards des Berufs ist in weiten Teilen nicht möglich. Anders als im medizinischen Bereich werden fachlich pflegerische Entscheidungen nicht von der jeweiligen Expertise im direkten Patientenkontakt, sondern von außen mit hohem Aufwand amtlicher Regulierung und oft ohne detaillierte Sachkenntnis getroffen. Dieses fehlende Zutrauen in die pflegerische Fachlichkeit untergräbt die Wertigkeit der Pflege und schadet der Berufszufriedenheit.

Einerseits erfolgt die Fremdbestimmung durch die tradierten Strukturen des Arztvorbehaltes und schlägt sich insbesondere nieder in der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege (HKP-Richtlinie): Der Arzt oder die Ärztin und nicht die Pflege ist berechtigt zur Verordnung häuslicher Krankenpflege – allzu oft ohne Kenntnis der individuellen Gegebenheiten und der gebotenen Sachkenntnis. Für die zur Pflege erforderlichen Hilfsmittel ist die Pflege lediglich empfehlungs-, nicht jedoch verordnungsberechtigt. Diese Entscheidung liegt wiederum bei der Pflegekasse. Viele sogenannte

¹⁷ Hier setzen die Modellvorhaben nach § 64d SGB V zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte mit einer Zusatzqualifikation in definierten Indikationsbereichen (derzeit Demenz, Wundversorgung, Diabetes mellitus) an. Solche Ansätze müssen systematisch ausgeweitet werden.

ärztliche Tätigkeiten werden der Pflege per Delegation übertragen und sind damit ärztliche Assistenzleistungen.

Zusätzlich erfolgt die Fremdbestimmung durch den Medizinischen Dienst, der die Pflegebedürftigkeit einschätzt. Dieses Vorgehen verlässt die Patientennähe, treibt Bürokratie, lässt eine große Zahl von fachkundigem Personal aus der Versorgungspraxis an den Schreibtisch wandern und kommt derzeit auch an die Grenzen der Machbarkeit (es gibt aktuell einen großen Stau in den Begutachtungsverfahren). Mit dem Pflegeberufegesetz (PflBG) von 2017, das 2020 in Kraft trat, sind der professionellen Pflege Vorbehaltsaufgaben zuerkannt worden, zu denen laut § 4 PflBG die „Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs“ gehören, die „Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ sowie die „Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“.

In der aktuellen gesetzlichen Sachlage zeigen sich also widersprüchliche Ansätze mit Nebeneffekten, die viel Abstimmung und Zusatzprozesse im Alltag der Versorgungspraxis erzeugen und einer ganzheitlichen Versorgung für die Patient_innen und einer verantwortlichen Berufsausübung der Pflege im Wege stehen.

Die Kleinteiligkeit der Vorgaben in SGB XI führt zu einer verrichtungsorientierten Pflege, die sich nicht flexibel an den Bedarfen der gepflegten Person ausrichten lässt und die die fachliche Dimension von Pflege und ihrer Weiterentwicklung ausblendet. Die soziale Pflegeversicherung in ihrem Ansatz der Unterstützung familiärer Pflege hat die Struktur des ambulanten Pflegedienstes als (Klein-) Unternehmen in der gegebenen Organisationsform hervorgebracht, aber die Einbettung der Pflege in das soziale Umfeld der Patient_innen, dem Quartier, weitgehend ausgeblendet. Wertvolle Unterstützungsmöglichkeiten für die soziale Einbindung und Hilfe werden nicht erschlossen. Auch findet fachlich aktivierende Pflege keinen Raum zur Entfaltung. Es entstehen zudem unnötige Aufwände, wenn in urbanen Gebieten z. B. vier Pflegedienste zu vier Personen in einem Haus oder in einer Straße fahren. Hier sind gesetzgeberische Handlungsspielräume für die ambulante Pflege zu eröffnen, die sinnvolle patientenorientierte Pflege begünstigen (statt Abarbeiten einzelner Aufgaben) und um neue quartiersbezogene Organisationsmodelle zu ermöglichen. Naheliegend ist dieses Modell schon durch den so einzusparenden Aufwand für Fahrtzeiten.

Häusliche Pflege muss die Möglichkeit bekommen, sich nach fachlichen Standards und flexibel nach den Bedarfen der gepflegten Person aufzustellen und die informellen und gegebenen Unterstützungen vor Ort zu nutzen. Beispielgebend ist das niederländische Buurtzorg-Modell (Leichsenring 2015), das sich quartiersweise organisiert, oder der Modellversuch einer Zeitvergütung via Einzelverhandlungen in Baden-Württemberg (Schuhlen 2021). Beides ist in Deutschland aufgrund der starren Pflegevorgaben und den damit verbundenen Finanzierungsmodi in der Regelversorgung nur schwer umsetzbar. Es geht keinesfalls um eine regionale Monopolbildung in der ambulanten Pflege, sondern um eine größere Vielfalt in der Pflegeorganisation.

Vorwiegend im ländlichen Raum (Drossel et al. 2020), aber auch in städtischen Gebieten ist vermehrt eine ambulante pflegerische Unterversorgung zu konstatieren (ZQP 2019). Auch hier könnten andere Pflegemodelle die Folgen des Personalmangels abmildern: Im Buurtzorg-Modell ist die Einbindung von pflegenden Angehörigen und die Unterstützung informeller Netze unter professioneller Anleitung und Begleitung ein wesentliches Charakteristikum eines regional orientierten Pflegekonzepts.

§ 8 SGB XI ist von daher kurzfristig so anzupassen, dass durch Modellversuche in der ambulanten Pflege quartiers- oder regionsbezogene Organisationsmodelle ermöglicht werden. Eine zeitbezogene Vergütung, die bisher aufwändig nach § 36 SGB XI über Einzelverhandlungen erreicht werden kann, soll so erleichtert werden.

Die Bündelung pflegerelevanter Aufgaben – vor allem die leistungsrelevante Einschätzung des Pflegebedarfs – und ihre Übertragung in die Verantwortung von Pflegefachpersonen in der Versorgungspraxis reduziert Redundanzen, erübrigt den Bedarf an informellen Absprachen und bürokratischen Prozessen. Es ermöglicht für die Patient_innen gleichzeitig eine ganzheitlichere Versorgung. Für die Versorgungsqualität sind positive Effekte zu erwarten, außerdem wird die Attraktivität des Pflegeberufs durch klare Zuständigkeit und Eigenverantwortlichkeit gesteigert.

Stärkung der Pflege heißt auch, diesem Beruf mehr Kompetenzen zuzuordnen und Eigenverantwortlichkeit anzuerkennen. Statt Fremdbestimmung kann Verantwortung übertragen werden:

- Bündelung der Tätigkeiten, die eine Einschätzung des Pflegebedarfs und Festlegung geeigneter Pflegemaßnahmen verlangen, und Übertragung in die Verantwortung der betreuenden Pflegefachperson.
- Entflechtung der häuslichen Krankenpflege (HKP) und Trennung der Verordnungen nach Zuständigkeit der Berufsgruppen: Die Verordnung häuslicher Krankenpflege und der dazu erforderlichen Hilfsmittel wird an die Pflege übergeben.
- Integration der Einstufung nach Pflegegraden in die professionelle Vorbehaltsaufgabe „Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs“ und Übertragung der Aufgabe an die betreuende Pflege. Der Medizinische Dienst kontrolliert die Richtigkeit (wie bei der Aufnahme und Behandlung im Krankenhaus) stichprobenartig.
- Verbindlichkeit der Ausübung der Vorbehaltsaufgaben, ihrer Durchführung in der Praxis und der aus dem Assessment abzuleitenden Maßnahmen stärken.
- Enge Kooperation mit den zuständigen Pflegestützpunkten ermöglichen.

9. DIGITALE TRANSFORMATION JETZT!

Die Bundesregierung hat mit ihrer Digitalstrategie und den entsprechenden Gesetzgebungsverfahren einen wichtigen Impuls für die Digitalisierung im Gesundheitswesen eingeleitet. Damit sowohl für die professionellen Nutzer_innen als auch für Bürger_innen und Patient_innen der Mehrwert einer Digitalisierung im Gesundheitswesen erkennbar wird, sind positiv erfahrbare Prozesse und Instrumente der digitalen Transformation schnell und spürbar einzuführen. Dafür eröffnet sich noch Spielraum, der zeitnah genutzt werden kann.

Der mehr als 20 Jahre anhaltende Kampf (und Krampf) um die Einführung und Etablierung von Grundelementen der Digital Health ist in Deutschland im internationalen Vergleich beschämend. Die jetzige Bundesregierung hat es sich zum Ziel gesetzt, in einem geordneten Verfahren – unterteilt in kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen – das Versäumte nachzuholen. Die Digitalstrategie und die anstehenden Digitalgesetze sind nach jahrelangen Debatten wichtige Wegmarken.

Die Einführung digitaler Technologien erfordert oft eine Veränderung der Arbeitsweise und der organisatorischen Strukturen. Es besteht hinhaltender Widerstand, insbesondere aus der Vertragsärzteschaft, gegen solche Veränderungen, sei es aufgrund der etablierten Arbeitsweisen und Prozesse oder aus Befürchtungen vor Kontrollverlusten (Nohl-Deryk et al. 2018). Das Gesundheitswesen ist ein äußerst komplexer Sektor mit vielen verschiedenen Akteur_innen, darunter Ärzt_innen, Pflege- und Therapieberufe, Krankenhäuser, Krankenkassen, Apotheken, Pharmaunternehmen und Regulierungsbehörden. Die Einführung digitaler Technologien erfordert die Koordination und Integration aller dieser Akteur_innen, was eine Herausforderung darstellt. Insbesondere die heterogene und einzelunternehmerisch aufgestellte ambulante Versorgungslandschaft und die Vielzahl der auf dem Markt befindlichen Softwareanbieter erschweren die einheitliche Umsetzung von Digital Health. Diese Widerstände sind latent weiter vorhanden.

Strenge Datenschutzbestimmungen, die den Umgang mit persönlichen Gesundheitsdaten regeln, sind nachvollziehbar, aber in Deutschland organisatorisch vielschichtig institutionalisiert. Die in Deutschland praktizierte Auslegung des europäisch vorgegebenen Schutzniveaus erscheint deutlich strenger als jene in anderen europäischen Ländern.

Hinzu kommt, dass aufgrund der jahrzehntelangen Verzögerungen der technisch mögliche Fortschritt nur sehr mühsam in die etablierte digitale Struktur integriert werden kann und aufwändige Konstrukte (z. B. Konnektoren) für einen Roll-out notwendig sind. Andere Länder, die entweder eine positive digitale Kultur aufweisen oder einen

späteren Start in die digitale Medizin zu ihrem Vorteil nutzen konnten, sind insofern in der Lage, die „Digitalisierungsrendite“ schneller und umfassend zu realisieren.

Die Problemlagen sind in der Digitalisierungsstrategie des BMG richtig adressiert. Es bleibt abzuwarten, wie und in welchem Maße die gesetzlichen Vorgaben sich als umsetzungs- und durchsetzungsfähig erweisen. Die Zeit drängt sehr, will man sich nicht in einen kaum zu kompensierenden Wettbewerbsnachteil zu der kommerziellen Plattformökonomie der Tech-Konzerne begeben.

Unabhängig von der Vielzahl der angekündigten Maßnahmen stehen immer noch vier grundlegende Voraussetzungen aus, ohne die eine digitale Transformation nicht denkbar ist:

- Im deutschen Gesundheitswesen gibt es eine Vielzahl von IT-Systemen, die von verschiedenen Anbietern entwickelt wurden und nicht immer gut miteinander kommunizieren können. Die fehlende Interoperabilität erschwert den nahtlosen Austausch von Informationen zwischen verschiedenen Einrichtungen und führt zu Fragmentierung und Ineffizienz. Eine gesetzliche Definition eines Interoperabilitätsstandards ist überfällig. Ohne eine solche Festlegung ist jegliche elektronische Kommunikation hinfällig. Das Thema wird in dem Entwurf des Digital-Gesetzes adressiert und verfahrenstechnisch geregelt. Die Umsetzung dieser Vorschläge benötigt Zeit. Insofern wäre eine schnelle (Vorab-)Setzung per Rechtsverordnung vorzuziehen. So kann auf international eingeführte Standards Bezug genommen werden. Beispielgebend kann auf den von HL7 (Health Level 7 Standards Organization) entwickelten Interoperabilitätsstandard FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resource) verwiesen werden, der den elektronischen Austausch von Gesundheitsdaten zwischen verschiedenen Systemen im Gesundheitswesen ermöglicht und international eingeführt ist.
- Die Vorteile einer elektronischen Kommunikation müssen in der Praxis erfahrbar sein. Erst wenn gesundheitliche Informationen bequem, intuitiv und zeitsparend übertragbar werden, setzt sich der Einsatz neuer Kommunikationsformen durch. Alle diese Voraussetzungen wurden mit den bisher eingeführten Instrumenten der Telematikinfrastruktur noch nicht erreicht. Mit den von der Nationalen Agentur für Digitale Medizin (gematik) vorbereiteten Messenger-Diensten (TIM) sollen intraprofessionelle Chat-Kommunikation und die Übertragung von Daten bis hin zu bildgebenden Dateien in Echtzeit ermöglicht werden (Kurz/Lau 2023). Die ersten zugelassenen Systeme sind in einigen großen Kliniken zur Probe im Einsatz und werden dort erfolgreich eingesetzt. Dieses neue Kommunikationsverfahren hat das Potenzial eines Gamechangers, weil es den Versorgungsalltag erfahrbar erleichtern wird.
- Einen spürbaren Nutzen wird die elektronische Patientenakte (ePA) erst ermöglichen, wenn alle an der Versorgung Beteiligten Informationen abrufen und einpfle-

gen können, sodass die individuellen Gesundheitsziele und -maßnahmen multiprofessionell bearbeitet werden können. Außerdem müssen die hinterlegten Daten in großer Vollständigkeit einem hohen Prozentsatz von Patient_innen und professionellen Nutzer_innen jederzeit zur Verfügung stehen. Erst dann wird es die Mühe lohnen, die Informationen in der akuten Versorgungssituation abzurufen. Eine solche Abdeckung wird nicht durch gesonderte Eingabe oder gar durch Hochladen früherer Befunde und Informationen erreichbar sein, solange eine solche Dateneingabe auf dem aktiven Handeln der Gesundheits- und Pflegeberufe beruht. Auf eine alleinige Incentivierung für das Einpflegen der Daten in die ePA zu setzen, wird nicht ausreichen, da die immer noch vorhandenen Widerstände in den Gesundheitsprofessionen auf nachhaltigen negativen Einstellungen und Befürchtungen beruhen. Vielmehr müssten, wie in anderen Anwendungsfeldern längst eingeführt, Echtzeitdaten automatisiert aus den Behandlungs- oder Pflegeanlässen in die patientenbezogene Gesundheitsakte der jeweiligen Krankenkasse zusammengeführt und gespeichert werden. Da von den einzelnen Leistungsanbietern nicht erwartet werden kann, diesen Prozess zu verantworten, sind die Anbieter digitaler Dokumentationssysteme im Gesundheits- und Pflegewesen nur zuzulassen, wenn sie einen solchen Transfer mit ihren Systemen ermöglichen.¹⁸ Technisch ist dies umsetzbar und würde zusätzlich einige Softwareanbieter veranlassen, nicht mehr zeitgemäße Dokumentations- und Speichersoftware zu aktualisieren. Ob es darüber hinaus geboten ist, auch zurückliegende Informationen in die patientenzentrierte ePA einzupflegen, ist eine individuelle Abwägung von Aufwand und Nutzen.

- Auch wenn es nicht allein das Gesundheitswesen betrifft, wäre eine eindeutige und umfassende elektronische Identität aller Bürger_innen für die Kommunikation mit Behörden und Trägern öffentlichen Rechts eine wünschenswerte Vereinfachung und dient der Akzeptanzerhöhung. Allerdings ist diese eindeutige digitale Identität selbst im Gesundheits- und Pflegewesen noch nicht gegeben: Außerhalb der GKV ist eine Gesundheitskarte für nicht gesetzlich oder nicht versicherte Personen nicht die Norm. Gleiches gilt neben der Nutzerseite auch für alle Leistungserbringer im Gesundheits- und Pflegewesen – also für deutlich mehr Personengruppen, als sie mit dem aufwändigen Konstrukt des elektronischen Heilberufeausweises bisher vorgesehen sind. Die in der Verantwortung der Länder liegende Ausgabe von elektronischen Gesundheitsberufeausweisen (für nichtapprobierte Gesundheitsberufe) ist immer noch im Probetrieb und dieser nur für einige Berufsgruppen und Länder möglich. Auch ist deren Umsetzung noch nicht an der Realität (z. B. für die Bedarfe der ambulanten Pflegedienste) angepasst und erfordert nicht unerhebliche finanzielle Investitionen der Leis-

tungserbringer. Es bedarf einer neuen Initiative, die Gesundheitsberufeausweise endlich final umzusetzen.

Ziel muss es sein, sich auf weichenstellende Prozesse, Einstellungsänderungen und Verfahren mit allen gebotenen Mitteln vorrangig zu konzentrieren. Nur so gibt es (noch) die Möglichkeit, den Rückstand der digitalen Transformation im solidarischen Gesundheits- und Pflegesystem aufzuholen und das Spielfeld nicht privaten Interessen zu überlassen.

10. PRÄVENTION GESTALTEN

Präventiv vermeidbare Erkrankungen nehmen in Deutschland wieder zu. Gesundheitsförderung, Verhältnis- und Verhaltensprävention sind nicht entsprechend etabliert und werden zu wenig genutzt. Sie sind weiter auszubauen – wenn sich auch die gesundheitsfördernden Effekte erst mittelfristig einstellen werden. Kurzfristig können dagegen gesellschaftliche und ökonomische Fehlansätze für gesundheitsschädliche Lebensweisen reduziert werden. Am Beispiel des gesetzlichen Nichtraucherschutzes konnte für Deutschland belegt werden, dass regulative Maßnahmen eine hohe Wirksamkeit aufweisen: Durch Einschränkungen der Verfügbarkeit und preisliche Gestaltung kann der Konsum gesundheitsschädlicher Produkte und Verhaltensweisen schnell und effektiv reduziert werden.

Der zweite Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK 2023) macht deutlich, dass zwar in den vergangenen Jahren Fortschritte in der Organisation und Struktur der Zusammenarbeit der Präventionsträger erreicht worden sind, eine notwendige qualitative und quantitative Verbesserung der Prävention aber – auch aufgrund der Coronapandemie – noch aussteht. Der Gedanke eines kooperativen „Health in all Policies“-Ansatzes wird in Deutschland bisher nur eingeschränkt angenommen. Eine gesamtgesellschaftlich gestützte Präventionsstrategie, die alle Einflussfaktoren auf Gesundheit in den Blick nimmt, erfordert eine aufgabengerechte und gesicherte Finanzierung durch alle Verantwortlichen auf allen föderalen Ebenen (NPK 2023: 42).

Ein entscheidendes Hindernis auf diesem Weg sind die nicht eindeutig geklärten Verantwortlichkeiten für Prävention zwischen den verschiedenen Trägern. Es ist dringend geboten, dieses ordnungspolitische Defizit anzugehen, auch wenn es mühsam sein wird.

Von daher ist es notwendig, zur Verbesserung der Prävention kurzfristig auf anderweitige Ansätze wie gesetzliche Normierungen, Motivationsunterstützung und durch-

¹⁸ Es ist zu prüfen, ob das jüngst von den IT-Anbietern in der vertragsärztlichen Versorgung angebotene Modell „TI-as-a-Service“ dieser Verpflichtung nahekommt.

aus auf Restriktionen, aber auch auf Hilfen bei der Reduzierung schädlicher Stoffe zu setzen.

Meinungsbildner für präventive Verbesserung in der Bevölkerung sind insbesondere die Gesundheitsberufe.¹⁹ Zur Generierung von präventionsstärkenden Anreizen aufseiten der Leistungserbringer werden bereits heute in Ansätzen Leistungen der Primär-, Sekundär und Tertiärprävention und Gesundheitsförderung (z. B. Lebensstilinterventionen) in die Hausarztverträge, Selektivverträge und Modellvorhaben der Kostenträger eingebettet. Ein solches planmäßiges „nudging“ müsste gleichzeitig auf der Seite der Leistungserbringer als auch der Kostenträger erfolgen.

Gezielte staatliche Verhältnisprävention ist eine der wirksamsten Präventionsmaßnahmen. So konnte durch die Nichtraucherzuschüsse der Länder und des Bundes eine Verringerung der Herzinfarkttraten in der Bevölkerung auf Basis von Krankenhausdaten in der Größenordnung von meist 10–20 Prozent beobachtet werden (Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2023, Bolte et al. 2009). Insofern sind staatliche Restriktionen sehr effektiv zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung einzusetzen. Es gibt verschiedene staatliche Maßnahmen, die nachweislich negative Verhaltensweisen reduzieren. Zwei der wirksamsten Maßnahmen sind, die Verfügbarkeit zu reduzieren und den Preis konstant zu erhöhen (dkfz 2021):

Umgesetzt auf Deutschland soll dies auf die Reduzierung des Konsums von Nikotin und zuckerhaltigen Lebensmitteln (insbesondere bei Kindern und Jugendlichen) kurzfristig umgesetzt werden, um die oben beschriebenen besorgniserregenden negativen Trends zu brechen.²⁰ Beispielhaft wird zur Reduzierung der schädlichen Auswirkungen von Nikotin oder eines übermäßigen Zuckerkonsums vorgeschlagen:

1. Tabaksteuern konstant erhöhen: Eine regelmäßige und deutliche Erhöhung der Tabaksteuern hat sich als eine der effektivsten Maßnahmen erwiesen, um den Tabakkonsum zu reduzieren. Höhere Preise führen dazu, dass weniger, insbesondere junge Menschen Tabakprodukte kaufen und nutzen.

2. Rauchfreie Zonen weiter ausweiten: Soweit andere Personen Tabakrauch ausgesetzt werden, ist an diesen Räumlich- bzw. Örtlichkeiten das Rauchen generell zu untersagen.²¹ Die zahlreichen Lücken in der Bundesgesetzgebung (Arbeitsstättenverordnung) sind zu schließen.

3. Die Zugänglichkeit und Sichtbarkeit von Tabakprodukten reduzieren: Zigaretten- oder e-Zigarettenautomaten dürfen nicht mehr aufgestellt werden, Tabakprodukte sind nicht mehr sichtbar in Verkaufsstellen anzubieten, Verpackungen einheitlich ohne

Logos und Farben zu gestalten (Plain Packaging). Das neuseeländische Beispiel, heutigen Jugendlichen die Wahlmöglichkeit zum Rauchen nicht mehr zu ermöglichen (Ärzteblatt 2022), stellt eine weitere effektive Maßnahme dar.

4. Unterstützung bei der Raucherentwöhnung begleitend verstärken: Regelmäßige staatliche Kampagnen zur Raucherentwöhnung sind ebenso geboten wie eine Erweiterung des § 34 SGB V hin zu einer leitliniengerechten Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums.

Es ist fachlich unumstritten, dass die Gewichtszunahme von Jugendlichen, insbesondere mit einem prekären sozialen Hintergrund, alarmierend ist. Die schädlichen Spätfolgen von Adipositas sind bekannt. Von daher ist es unabhängig von politischen Positionen geboten, den Zuckerkonsum insbesondere, aber nicht nur bei Jugendlichen zu reduzieren. Dazu können drei kurzfristig umsetzbare staatliche Maßnahmen beitragen:

5. Eine Zuckersteuer wird inzwischen in 85 Ländern erhoben (WHO 2022) und führt erkennbar zu einer Reduzierung des zuckerbedingten Kalorienaufnahme (Redondo et al. 2018). Sie ist einzuführen.

6. Reduzierung der „Quengelware“ im Kassenbereich: Waren im Kassenbereich verleiten zu Impulskäufen. Die dort platzierten Artikel sind zu einem hohen Anteil ungesund und meist gesüßt (Ejlervskov et al. 2018). Ein Verzicht auf solche Waren im Kassenbereich führt zu einer Reduzierung des Einkaufs solcher Artikel um 75 Prozent (University of Cambridge 2018). Großbritannien hat ein Verbot der Platzierung ungesunder Lebensmittel im Kassenbereich ausgesprochen.

7. Das Werbeverbot für an Kinder gerichtete Werbung für Lebensmittel mit hohem Zucker-, Fett- und Salzgehalt wird von einer breiten fachlichen und politischen Allianz eingefordert (AOK Bundesverband et al. 2022).

Will man den „Health in all Policies“-Ansatz ernst nehmen, wären solche staatlichen Maßnahmen ein starkes Bekenntnis zur Prävention und Gesundheit unserer Bevölkerung. Es ist wichtig zu betonen, dass ein ganzheitlicher Ansatz, der neben klaren gesetzlichen Einschränkungen auf Prävention, Aufklärung und Unterstützung setzt, entscheidend dazu beitragen wird, den Tabak- und u. a. den Zuckerkonsum in der Bevölkerung zu reduzieren. ←

¹⁹ Dies gilt ebenso für andere Präventionsbereiche wie die Berücksichtigung der Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit. Hier sind neben den notwendigen Veränderungen in Behandlung und Pflege auch verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen zu initiieren.

²⁰ siehe Ausführungen dazu auf Seite 10f.

²¹ Das vom Bundesgesundheitsministerium geplante Verbot des Tabakkonsums im Fahrzeuginnenraum bei Mitfahrt von Kindern und Schwangeren wäre ein richtiger Schritt in diese Richtung gewesen.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BMC	Bundesverband Managed Care e.V.
BMWK	Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz
BSI	Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik
DEBRA	Deutsche Befragung zum Rauchverhalten
DESTATIS	Statistisches Bundesamt
DRG	Diagnosis Related Group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EPA	Elektronische Gesundheitsakte
EU	Europäische Union
FHIR	Fast Healthcare Interoperability Resource
HL7	Health Level 7
HKP	Häusliche Krankenpflege
Hybrid-DRG	Sektorengleiche Vergütungen für Leistungen, die bisher sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können
HZV	Hausarztzentrierte Versorgung
gematik	Nationale Agentur für Digitale Medizin GmbH
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GVSG	Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz
KI	Künstliche Intelligenz
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NPK	Nationale Präventionskonferenz
NHS	National Health Service
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PKV	Private Krankenversicherung
PVZ	Primärversorgungszentrum
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	Soziale Pflegeversicherung
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege
TEP	Totale-Endoprothese
TIM	Telematikinfrastruktur-Messenger
WHO	World Health Organization
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK

LITERATURVERZEICHNIS

AOK Baden-Württemberg, Hausärzterverband Baden-Württemberg, Medi-Verbund Baden-Württemberg 2023: 15 Jahre Hausarztvertrag der AOK Baden-Württemberg – eine gesicherte Erfolgsbilanz: Chronisch Kranke werden besser und wirtschaftlicher versorgt und leben länger, Gemeinsame Pressemitteilung vom 15.5.2023, https://neueversorgung.de/images/2023/DatenKunde/01_Pressemitteilung.pdf (5.9.2023).

AOK Bundesverband, Verbraucherzentrale Bundesverband, Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten 2022: Policy Brief – Kindermarketing für Lebensmittel, Vorschlag zur Ausgestaltung der Werbebeschränkung, https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/verbraucher/220216_aok_vzbv_dank_policy-brief-kindermarketing.pdf (5.9.2023).

Ärzteblatt 2022: Neuseeland verbietet künftigen Generationen das Rauchen, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/139610/Neuseeland-verbietet-kuenftigen-Generationen-das-Rauchen> (5.9.2023).

Auffenberg, Jennie et al. 2022: „Ich pflege wieder, wenn ...“: Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften, https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf (5.9.2023).

Augurzky, Boris et al. 2023: Observer Report zur Pressekonferenz zur Vorstellung des Krankenhaus Rating Reports 2023 (KRR) beim Hauptstadtkongress Berlin, <https://www.observer-mis.de/data/exchange/REPORT/Report%20152%20Krankenhausrating-Report%2015.6.23.pdf> (5.9.2023).

Bayrischer Rundfunk 2023: „Ärztelisting“: Hausärzterverband gegen Sanktionen für Patienten, 15.8.2023, <https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/aerztehopping-hausaerzterverband-gegen-sanktionen-fuer-patienten,TmyJ8oc> (5.9.2023).

Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2023: Evaluation des gesetzlichen Nichtraucher-schutzes, aktualisiert am 22.2.2023, https://www.lgl.bayern.de/gesundheits/umwelt-bezogener_gesundheitsschutz/projekte_a_z/tab_evaluation_nichtraucher-schutz.htm (5.9.2023).

Bertelsmann Stiftung 2012: Themenreport Pflege 2030, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/abgeschlossene-projekte/pflege-vor-ort/projektthemen/pflegereport-2030> (5.9.2023).

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz 2017: Krankenversicherung – Hamburgs Beamte haben die Wahl: Senat eröffnet Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung, <https://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/10107420/2017-12-19-gkv-fuer-beamte/> (5.9.2023).

Bertelsmann Stiftung 2022a: Tech-Giganten im Gesundheitswesen, Spotlight Gesundheit 2, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-tech-giganten-im-gesundheitswesen-all> (5.9.2023).

Bertelsmann Stiftung 2022b: Neuordnung der Notfallversorgung: Ergebnisse eines Panels von Expertinnen und Experten zur Entwicklung einer umsetzbaren Reform, 01 (2022), https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Neuordnung_Notfallversorgung_lang.pdf (5.9.2023).

Bertelsmann Stiftung 2023a: Factsheet Health Transformation Hub, Bevölkerungsbefragung – Grundlegende Reformen im Gesundheitswesen notwendig, 06 (2023), https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/BST-HTH_Befragung_Gesundheit_Factsheet.pdf (5.9.2023).

Bertelsmann Stiftung 2023b: Health Transformation Hub, BALVE: Die Umwandlung einer Landklinik in einen Gesundheitscampus, <https://www.healthtransformationhub.de/versorgungsstrukturen/balve> (5.9.2023).

Bindoc 2022: Hybrid DRGs im Krankenhaus: Ambulante Leistungspotenziale der Zukunft!, <https://www.bindoc.de/blog/hybrid-drgs-im-krankenhaus> (5.9.2023).

Bolte, G. et al. 2009: Rauchverbote in öffentlichen Räumen: Aktuelle epidemiologische Evidenz für kardiovaskuläre Gesundheitseffekte auf Bevölkerungsebene, in: Das Gesundheitswesen 2009 (71), S 140–151.

Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnologie (BSI) 2021: BSI setzt Standard für mehr Sicherheit in der Künstlichen Intelligenz, Pressemitteilung vom 2.2.2021, https://www.bsi.bund.de/DE/Service-Navi/Presse/Pressemitteilungen/Presse2021/210202_AIC4-Katalog.html (5.9.2023).

Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnologie (BSI) 2020: IT-Grundschutz-Kompendium, IT-Grundschutz: Basis für Informationssicherheit, Bonn, https://www.bsi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/BSI/Grundschutz/Kompendium/IT_Grundschutz_Kompendium_Edition2020.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (5.9.2023).

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) 2023: Lebenserwartung: Deutschland in Westeuropa unter den Schlusslichtern, Pressemitteilung vom 10.5.2023, <https://www.bib.bund.de/DE/Presse/Mitteilungen/2023/2023-05-10-Lebenserwartung-Deutschland-in-Westeuropa-unter-den-Schlusslichtern.html> (5.9.2023).

Bundesministerium für Wirtschaft und Klima (BMWK) 2023: Gesundheitswirtschaft – Fakten & Zahlen: Ergebnisse der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, Daten 2022, Berlin.

Bundestagspräsident Steinmeier 2023: Rede anlässlich der Eröffnung des Kongresses Armut und Gesundheit am 21. März 2023, Berlin.

Bundesverband Managed Care e.V. (BMC) 2023: Gesundheitslotsen: Wegbegleiter für eine bessere Versorgung, Positionspapier, <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2023-01-12-BMC-Positionspapier-Gesundheitslotsen.pdf> (5.9.2023).

Cammett, Melani; Lynch, Julia; Bilev, Gavril 2015: The Influence of Private Health Care Financing on Citizen Trust in Government, in: Perspectives on Politics 13 (4), S. 938–957.

Campbell, Dennis 2023: Record Rise in People Using Private Health-care Amid NHS Frustration, in: The Guardian, 24.5.2023, <https://www.theguardian.com/society/2023/may/24/record-rise-in-people-using-private-healthcare-amid-nhs-frustration> (5.9.2023).

Dahmen, Janosch et al. 2023: Lufttrettung maßgeblicher Faktor, in: Deutsches Ärzteblatt 120 (18), S. 810.

Der Standard 2023: Lassen Wahlärzte die Gesundheitsversorgung ausbluten?, in: Der Standard, 30.6.2023, <https://www.derstandard.de/story/3000000176903/ausgeblutetes-gesundheitssystem-was-hinter-dem-str> (5.9.2023).

Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) 2022: Konsum von Tabak und E-Zigaretten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen über den Zeitraum Juni 2016 bis November 2022, Factsheet 09 (December 2022), <https://www.debra-study.info/wp-content/uploads/2022/12/Factsheet-09-v3.pdf> (5.9.2023).

Deutscher Bundestag, Wissenschaftlicher Dienst 2015: Die Herausnahme von Krankenhäusern aus dem Krankenhausplan eines Landes, <https://www.bundestag.de/resource/blob/410440/f7d97b857164b19a69bb1b93c5a8336a/WD-9-039-14-pdf-data.pdf> (5.9.2023).

Deutsches Ärzteblatt 2021: Hohe Teilzeitquote in der Kranken- und Altenpflege vom 31.8.2021, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/126763/Hohe-Teilzeitquote-in-der-Kranken-und-Altenpflege> (5.9.2023).

Deutsches Krebsforschungszentrum (dkfz) 2021: Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040, https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/2021_Strategie-fuer-ein-tabakfreies-Deutschland-2040_dp.pdf (5.9.2023).

Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg (dkfz) 2004: Rauchen und soziale Ungleichheit: Konsequenzen für die Tabakkontrollpolitik, Heidelberg, <https://www.abnr.de/media/factdkfz04.pdf> (5.9.2023).

Drossel, M.; Pallauf, M.; Seeberger, B. 2020: Die Stärkung informeller Pflege – aufgezeigt an einer ländlichen Region in Deutschland, in: *Pflegewissenschaft* 2 (2) 22. Jg., S 132–139.

Ejlerskov et al. 2018: The Nature of UK Supermarkets' Policies on Checkout Food and Associations with Healthfulness and Type of Food Displayed – Cross-Sectional Study, in: *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 1 (52).

Europäische Kommission (EU) 2023: Künstliche Intelligenz: Exzellenz und Vertrauen, https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/europe-fit-digital-age/excellence-and-trust-artificial-intelligence_de (5.9.2023).

Faltermann, Pascal 2023: Geno diskutiert Zukunft des LDW: Beschäftigte protestieren, in: *radio buten un binnen*, 7.7.2023, <https://www.butenunbinnen.de/nachrichten/geno-ldw-entscheidung-linksder-weser-klinik-100.html> (5.9.2023).

Friedrich-Ebert-Stiftung 2016: Pflegestützpunkte in Deutschland, *WISO diskurs* 07 (16), <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/12538.pdf> (5.9.2023).

Friedrich-Ebert-Stiftung 2017: Patient first! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, *WISO diskurs* 03 (17), <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf> (5.9.2023).

Friedrich-Ebert-Stiftung 2023: Mehr Umverteilung wagen: Politische Einstellungen zu Finanzpolitik, Steuern und Gerechtigkeit, <https://library.fes.de/pdf-files/a-p-b/20478.pdf> (5.9.2023).

Fuchs, Michaela; Weyh, Antje 2023: Die Arbeitsmarktsituation in Krankenhäusern, in: Klauber, J.; Wasem, J.; Beivers, A.; Mostert, C. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2023*, Berlin; Heidelberg, S.33–47, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-66881-8_3 (5.9.2023).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2019a: HandinHand – Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand – ANP Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region, <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/handinhand-hausarzt-und-pflegeexperte-hand-in-hand-anp-center-zur-zukunftssicherung-der-medizinischen-basisversorgung-in-der-region.192> (5.9.2023).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2019b: FAMOUS: Fallbezogene Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses (APN), <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/famous-fallbezogene-versorgung-multimorbider-patientinnen-und-patienten-in-der-hausarztpraxis-durch-advanced-practice-nurses-apn.361> (5.9.2023).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2022: StatAMed – Transformation des Patientenpfades durch ein sektorenübergreifendes kurzstationäres allgemeinmedizinisch-orientiertes Versorgungsmodell, <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/statamed-transformation-des-patientenpfades-durch-ein-sektorenebergreifendes-kurzstationaeres-allgemeinmedizinisch-orientiertes-versorgungsmodell.563> (5.9.2023).

Gruhl, Matthias 2022: Kurzstationäre Grund- und Übergangsvorsorgung in Deutschland – Teil 1, in: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/kurzstationaere-grund-und-uebergangsvorsorgung-in-deutschland> (5.9.2023).

Gruhl, Matthias 2023a: Kurzstationäre Grund- und Übergangsvorsorgung (kGÜv) in Deutschland – Teil 2: Fachlicher Bedarf, Struktur und systemische Einordnung, 01 (2023), in: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/ST-G_kurzstationaere_Grund-_und_Uebergangsvorsorgung_Teil2.pdf (5.9.2023).

Gruhl, Matthias 2023b: Kurzstationäre Grund- und Übergangsvorsorgung (kGÜv) in Deutschland – Teil 3: Rechtliche Implementierung, in: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/ST-G_kurzstationaere_Grund-_und_Uebergangsvorsorgung_Teil3.pdf (5.9.2023).

Habeck, Robert BM 2022: Auftakt für den RoundTable Gesundheitswirtschaft, <https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Pressemitteilungen/2022/11/20221123-auftakt-fur-den-round-table-gesundheitswirtschaft.html> (5.9.2023).

Heidemann, Christin et al. 2019: Soziale Ungleichheit und Diabetes mellitus: Zeitliche Entwicklung bei Erwachsenen in Deutschland, in: *Journal of Health Monitoring* 2019 4 (2), Robert Koch-Institut, Berlin.

Hoebel, Jens 2022: Sozioökonomischer Status, Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, in: *Deutsches Ärzteblatt* 119 (49).

Hummel, Markus et al. 2021: Qualifikations- und Berufsprojektion bis 2040 nach Bundesländern: Demografie und Strukturwandel prägen weiterhin die regionale Entwicklung der Arbeitsmärkte, IAB-Kurzbericht 01 (2021), Nürnberg.

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung 2022: Abschätzung des mittelfristigen Finanzbedarfs in der GKV bis 2025, https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/finanzbedarf-der-gkv/index_ger.html (5.9.2023).

Isfort, Michael; Gessenich, Helga; Tucman, Daniel 2022: Berufseinstiegs- und Berufsverbleib in der Pflege in NRW: Eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege einschließlich der Ermittlung relevanter Gehaltsstrukturen und -daten, Kurzbericht, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), Köln, https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/berufseinmuendung_kurzbericht.pdf (5.9.2023).

Jansen, Lina et al. 2023: Trends in Cancer Incidence by Socioeconomic Deprivation in Germany in 2007 to 2018: An Ecological Registry-based Study, in: *International Journal of Cancer*.

Johannes Siegrist, Ursula M. Staudinger (Hrsg.) 2019: Gesundheitliche Ungleichheit im Lebensverlauf: Neue Forschungsergebnisse und ihre Bedeutung für die Prävention, Leopoldina-Forum Nr. 2, Halle (Saale).

Joossens Luk et al. 2021: The Tobacco Control Scale 2021 in Europe, Brüssel, <https://www.tobaccocontrolscale.org/wp-content/uploads/2022/12/TCS-Report-2021-Interactive-V4.pdf> (5.9.2023).

Kaku, Michio 2012: Die Physik der Zukunft: Unser Leben in 100 Jahren, Hamburg.

Karagiannidis, Christian; Busse, Reinhard; Augurzky, Boris 2023: Sicherung der stationären Gesundheitsversorgung 2030, in: *Deutsches Ärzteblatt* 120 (15).

Katzenmeier; Laufs; Lipp 2021: *Arztrecht*, 8. Aufl., München.

Kavanagh, Nolan; Menon, Anil; Heinze, Justin 2021: Does Health Vulnerability Predict Voting for Right-Wing Populist Parties in Europe?, in: *American Political Science Review* 115 (3), S. 1.104–1.109.

Klapper, Bernadette; Cichon, Irina 2021: Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens, Robert-Bosch-Stiftung, <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/neustart-fuer-die-zukunft-unseres-gesundheitswesens> (5.9.2023).

Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschland (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP) 2021: Mehr Fortschritt wagen, https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf (5.9.2023).

Kurz, Charlotte; Lau, Tobias 2023: Messenger im Gesundheitswesen: Der direkte Draht, in: Deutsches Ärzteblatt (DÄB) 120 (24), <https://www.aerzteblatt.de/archiv/232142/Messenger-im-Gesundheitswesen-Der-direkte-Draht> (5.9.2023).

Lampert, Thomas 2019: Gesundheitliche Ungleichheit im Lebensverlauf, in: Gesundheitliche Ungleichheit im Lebensverlauf – neue Forschungsergebnisse und ihre Bedeutung für die Prävention, Leopoldina Forum Nr. 2, https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2019_Leo_Forum_02_Gesundheitliche_Ungleichheit_01.pdf (5.9.2023).

Laschet, Helmut 2020: Überlastete Notfallambulanzen: Was wir von Dänemark lernen können, in: Ärztezeitung, 10.11.2020. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Ueberlastete-Notfallambulanzen-Was-wir-von-Daenemark-lernen-koennen-414526.html> (5.9.2023).

Lau, Dirk 2023: Hafenkrankenhaus Hamburg: Polizeikrankenhaus Unfallchirurgie Gesundheitszentrum 1900 bis 1997, St. Pauli-Archiv e.V., Hamburg.

Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung 2023: Krankenhaus Rating Report 2023: Wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich 2021 wegen anhaltend niedriger Auslastung verschlechtert, Pressemitteilung vom 15.6.2023, <https://www.rwi-essen.de/presse/wissenschaftskommunikation/pressemitteilungen/detail/krankenhaus-rating-report-2023> (5.9.2023).

Leichsenring, Kai 2015: Buurtzorg Nederland: Ein innovatives Modell der Langzeitpflege revolutioniert die Hauskrankenpflege, in: ProCare 2015 20 (08), S. 20–24.

Mazurowski Maciej A. 2019: Artificial Intelligence May Cause a Significant Disruption to the Radiology Workforce, in: Journal of the American College of Radiology 2019 16 (8), S. 1.077–1.082.

Michaelis, Nils 2022: Wenckebach-Klinikum: Der Umzug geht weiter, in: Berliner Abendblatt, 14.9.2022, <https://berliner-abendblatt.de/kiez-news/tempelhof-schoeneberg/wenckebach-klinikum-der-umzug-geht-weiter-id177205> (5.9.2023).

Mühlichen, Michael et al. 2023: Different Health Systems: Different Mortality Outcomes? Regional Disparities in Avoidable Mortality Across German-Speaking Europe, 1992–2019, in: Social Science and Medicine 329.

Nationale Präventionskonferenz (NPK) 2023: Zweiter Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V vom 29.6.2023, https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/zweiter_npk_praeventionsbericht_kurzfassung_barrierefrei.pdf (5.9.2023).

Nohl-Deryk, Pascal et al. 2018: Hürden bei der Digitalisierung der Medizin in Deutschland – eine Expertenbefragung, in: Das Gesundheitswesen 80 (11), S. 939–945.

Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD Health Statistik 2023, zitiert nach [de.statista.com](https://de.statista.com/infografik/22308/anzahl-von-arztbesuchen-pro-person-und-jahr/), <https://de.statista.com/infografik/22308/anzahl-von-arztbesuchen-pro-person-und-jahr/> (5.9.2023).

Radio Bremen 2023: Im Bremer Stadtteil Woltmershausen droht der Hausärztemangel, 26.1.2023, <https://www.butenunbinnen.de/videos/hausarzt-praxis-nachfolger-patienten-100.html> (5.9.2023).

Redondo, Maite; Hernández-Aguado, Ildefonso; Lumbreras, Blanca 2018: The Impact of the Tax on Sweetened Beverages: A Systematic Review, in: The American Journal of Clinical Nutrition 108 (3), S. 548–563.

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2022: Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Vergue-tung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf (5.9.2023).

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2023a:

Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland – Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf (5.9.2023).

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2023b: Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung: Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/5_Stellungnahme_Potenzialanalyse_bf_Version_1.1.pdf (5.9.2023).

Robert Bosch Stiftung, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) 2019: Community Health Nursing in Deutschland: Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen, https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/chn_kurzbrochuere_2019-07.pdf (5.9.2023)

Robert Bosch Stiftung 2021: Gesundheitszentren für Deutschland: Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann, <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/gesundheitszentren-fuer-deutschland> (5.9.2023).

Ross, Alec 2016: The Industries of the Future, New York.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2023: Resilienz im Gesundheitswesen: Wege zur Bewältigung künftiger Krisen, Gutachten 2023, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf (5.9.2023).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf (5.9.2023).

Schreyögg, Jonas 2023: Verbesserung der Personalallokation durch Strukturwandel, in: Klauber, J. et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2023.

Schuhlen, Axel 2021: Mehr Pflegezeit, in: Häusliche Pflege 11 (2021), S. 19–26.

Sell, Stefan 2018: Die Altenpflegekräfte bleiben viel länger im Beruf als bislang immer behauptet: Aber Vorsicht ist bekanntlich die Mutter der statistischen Porzellankiste, in: Aktuelle Sozialpolitik: Aus den Tiefen und Untiefen der Sozialpolitik (Blog), <https://aktuelle-sozialpolitik.de/2018/02/17/verweildauer-altenpflege/> (5.9.2023).

Statistisches Bundesamt (Destatis) 2023a: Altenquotient: Bevölkerung im Erwerbstätigen Alter und Senioren, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-altenquotient.html> (5.9.2023).

Statistisches Bundesamt (Destatis) 2023b: Pflegevorausberechnungen: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html (5.9.2023).

Statistisches Bundesamt (Destatis) 2023c: Weniger neue Ausbildungsverträge in der Pflege im Jahr 2022, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/04/PD23_134_212.html (5.9.2023).

Thiel, Rainer et al. 2018: #SmartHealthSystems: Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich, Bertelsmann Stiftung, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/smarthealthsystems> (5.9.2023).

University of Cambridge 2018: Removing Sweets and Crisps from Supermarket Checkouts Linked to Dramatic Fall in Unhealthy Snack Purchases, News 18.12.2018, <https://www.cam.ac.uk/research/news/removing-sweets-and-crisps-from-supermarket-checkouts-linked-to-dramatic-fall-in-unhealthy-snack> (5.9.2023).

Uro-Forum 2023: SVR bescheinigt Gesundheitssystem mangelnde Krisenfestigkeit, <https://uroforum.de/svr-bescheinigt-gesundheitssystem-mangelnde-krisenfestigkeit/> (5.9.2023).

Valk-Draad, Maria Paula; Bohnet-Joschko, Sabine; PSK-Studien-gruppe 2023: Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle und Ansätze zur Verringerung der Hospitalisierung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern, in: Bundesgesundheitsblatt 2023 (66), S.199–211.

WidOmonitor 2023: Solidarität steht hoch im Kurs: Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter gesetzlich und privat Krankenversicherten, Berlin.

Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) 2019: Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission__KOMV_-_Dezember_2019.pdf (5.9.2023).

World Health Organization (WHO) 2022: Manual on Sugar-Sweetened Beverage Taxation Policies to Promote Healthy Diets, in: WHO Manual, 13.12.2022, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240056299> (5.9.2023).

Zdf heute 2023: Gegen Gesichtserkennung: EU-Parlament beschließt Regelwerke zu KI, <https://www.zdf.de/nachrichten/digitales/eu-ki-gesichtserkennung-100.html> (5.9.2023).

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) 2019: Fachpersonalmangel in der ambulanten Pflege: Ergebnisse einer ZQP-Befragung, Kurzbericht, <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Kurzbericht-Personalmangel-Ambulant.pdf> (5.9.2023).

Dieses Positionspapier wurde auf Grundlage der Beratungen einer Expert_innengruppe erstellt. Die Inhalte des Papiers stellen nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung jedes Mitglieds der Expert_innengruppe dar. Die Teilnehmenden haben als Privatpersonen an diesem Projekt mitgewirkt.

Die FES dankt den Teilnehmenden sehr herzlich für ihr Engagement.

MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE

Prof. Dr. Sibel Altin

Inhaberin der Professur für „Gesundheits- und Pflegemanagement“ an der FRA-UAS Frankfurt University

Dr. Stefan Etgeton

Kulturwissenschaftler und Experte für Gesundheitspolitik, bis März 2023 tätig für die Bertelsmann Stiftung

Dr. Matthias Gruhl

Staatsrat a. D. der Freien und Hansestadt Hamburg, ehem. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Moderation und Texterstellung)

Prof. Dr. Josef Hilbert

Direktor emeritus des Instituts Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen, Honorarprofessor an den Fakultäten Medizin und Sozialwissenschaft der Ruhr-Universität Bochum, Vorstand der MedEcon Ruhr, der Gesundheitswirtschaftsinitiative der Metropole Ruhr sowie Sprecher des Netzwerks Deutsche Gesundheitsregionen (NDGR e.V.)

Prof. Dr. Klaus Jacobs

Ehemaliger Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), Honorarprofessor an der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen

Dr. Bernadette Klapper

Bundesgeschäftsführerin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) e.V.

Dr. Carola Reimann

Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes

Prof. Dr. Jonas Schreyögg

Inhaber der Professur „Management im Gesundheitswesen“ an der Universität Hamburg, wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics (HCHE)

Dr. Alexia Zurkuhlen

Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Gesundheitsregion KölnBonn e.V., Geschäftsführerin der HRCB Projekt GmbH, Institutsleiterin des gewi-Institut für Gesundheitswirtschaft e.V.

WEITERE VERÖFFENTLICHUNGEN DIESER REIHE

Ungleiches Deutschland – Sozioökonomischer Disparitätenbericht 2023

→ FES diskurs, Berlin September / 2023

Sozial, gerecht, mobil – Impulse zu einer nachhaltigen Mobilität

→ FES impuls, Bonn Juli / 2023

Mehr Umverteilung wagen: Politische Einstellungen zu Finanzpolitik, Steuern und Gerechtigkeit

→ FES diskurs, Bonn Juni / 2023

Seiteneinstieg in den Schuldienst Eine Übersicht im Vergleich der Bundesländer

→ FES diskurs, Berlin Juni / 2023

Krisenerwachsen: Wie blicken junge Wähler:innen auf Politik, Parteien und Gesellschaft?

→ FES diskurs, Berlin Mai / 2023

Mit Innovation aus der Krise: Vorschläge zum lösungsorientierten Umgang mit dem Lehrkräftemangel

→ FES impuls, Bonn Mai / 2023

Aus Hilfskräften Fachkräfte machen: Eine quantitative Analyse der Entwicklungs- und Strukturdaten von Helfertätigkeiten

→ FES diskurs, Berlin, 2023 April / 2023

Beschäftigungssicherung und Beschäftigtertransfer in der wirtschaftlichen Transformation

→ FES diskurs, Berlin April / 2023

Anwerbung von Pflegekräften aus Drittstaaten

→ FES impuls, Bonn März / 2023

Übertragung der Insolvenzberatung auf die Kommunen

→ FES diskurs, Bonn Januar / 2023

Volltexte und weitere Publikationen der Friedrich-Ebert-Stiftung unter
www.fes.de/publikationen



Impressum

© 2023

Friedrich-Ebert-Stiftung

Herausgeberin: Abteilung Analyse, Planung und Beratung

Godesberger Allee 149, 53175 Bonn

Fax 0228 883 9205

www.fes.de/apb

apb-publikation@fes.de

ISBN: 978-3-98628-337-7

Titelfoto: picture alliance / Britta Pedersen/dpa-Zentralbild/ZB | Britta Pedersen

Gestaltungskonzept: www.leitwerk.com

Umsetzung/Satz: Bergsee, blau

Druck: www.bub-bonn.de

→ Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung. Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet. Publikationen der Friedrich-Ebert-Stiftung dürfen nicht für Wahlkampfzwecke verwendet werden.

Aktuelle und kommende gesamtgesellschaftliche Herausforderungen setzen unser Gesundheits- und Pflegewesen zunehmend unter Druck. Dies hat nicht nur gravierende Folgen für die gesundheitliche Daseinsvorsorge, sondern auch für den gesellschaftlichen Zusammenhalt. Nur wenn sich Einzelne bei gesundheitlicher Bedürftigkeit auf Hilfe verlassen können, wirkt ein Gesundheitssystem demokratiestabilisierend. Allen Notwendigkeiten zum Trotz ist unser aktuelles System strukturell reformresistent, der Reformstau gewaltig.

Die vorliegende Reformagenda formuliert vor dem Hintergrund der drängenden Herausforderungen Fixpunkte für ein zukunftsreiches Gesundheits- und Pflegewesen und skizziert den kurzfristigeren politischen Handlungsspielraum. Konkret werden zehn Reformvorschläge aufgezeigt, die mit vergleichsweise geringem Aufwand innerhalb der nächsten Jahre umsetzbar sind. Sie sind dabei als erste Schritte in Richtung umfassender Strukturanpassungen zu verstehen, die unser Gesundheits- und Pflegewesen langfristig erhalten und die Versorgung sicherstellen – solidarisch, gerecht und zukunftsfähig.

ISBN 978-3-98628-337-7

**FRIEDRICH
EBERT 
STIFTUNG**