

„Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“, eine Initiative der Robert Bosch Stiftung

Stimmen von Patientenvertretungen und Akteuren der Zivilgesellschaft zur Gesundheitsversorgung in Deutschland

Stellungnahme

**Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V.
(KDA)**

Helmut Knepp

Vorbemerkung:

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) beteiligt sich seit rund 60 Jahren an der stetigen Weiterentwicklung eines teilhabeorientierten Systems der Hilfe für ältere Menschen in Deutschland. Das KDA steht unter der Schirmherrschaft des Bundespräsidenten und ist unabhängig und überparteilich. Die Kuratoren werden vom Bundespräsidenten berufen. Als zivilgesellschaftliche Organisation verfolgen die Kuratorinnen und Kuratoren sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des KDA die Situation und sich wandelnden Bedarfe des hiesigen Gesundheitssystems. Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik ist aus Sicht des KDA ein zentraler Baustein, der ältere Menschen bei einem selbstbestimmten Leben mit zunehmendem Alter unterstützt. Impulse, die aus dem KDA in die Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ der Robert Bosch Stiftung eingebracht werden können, orientieren sich daher unter anderem an folgenden Fragestellungen:

Wie kann das Gesundheitssystem in Deutschland den zukünftigen Gegebenheiten gerecht werden und auf zunehmende Altersarmut, mehr Einsamkeit, steigende Lebenserwartung bei sich verlängerndem Pflegebedürftigkeitszeitraum sowie steigendem Anteil von Menschen mit persönlicher Migrationserfahrung (auch der autochthonen Bevölkerung) angemessen reagieren?

Ein nationales Gesundheitssystem muss solide angelegt sein und gleichzeitig gesellschaftlichen Veränderungen adäquat angepasst werden. Auch „die Älteren“ wandeln sich kontinuierlich und haben regelmäßig neue Bedarfe und Ansprüche, die sie in einem alle Altersjahre umfassenden Gesundheitssystem abgebildet sehen möchten.

Nachfolgend kommen die wichtigsten der Themen in unserem Gesundheitssystem zur Sprache, die aus Sicht des KDA dringend einer Reform bedürfen:

Zugänglichkeit, Lebenslagen / *Capabilities* und Personenzentrierung:

Sozialraumorientierung und Prävention

Der globale (gesundheitswissenschaftlich befürwortete) Trend hin zu mehr sozialraumorientierten Settings der Gesundheitsversorgung ist auch für Deutschland zu begrüßen. Wir sehen hier insbesondere für die jetzt ältere Bevölkerung als auch für die kommenden älteren Bevölkerungsgruppen einen vielversprechenden Ansatz, der gegenwärtige Missstände überwindet.

Durchlässigkeit (sektorenübergreifend)

Die Versäulung von Sozialversicherungsleistungen ist bekanntermaßen eine erhebliche Barriere bei der Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland. Bekannt ist dies im Hilfesystem für Ältere vor allem in der Langzeitpflege (SGB XI) – aktuell als medizinisch-pflegerische Leistung neu aufgestellt (Stichworte: ambulant, stationär, teil-stationär, Eigenbeteiligung et cetera). Doch auch weitere Leistungsangebote anderer Sozialgesetzbücher sowie über den freien Markt verfügbare Leistungen erschließen sich Bürgerinnen und Bürgern nicht automatisch.

Ein zukunfts- und altersgerechtes Gesundheitssystem muss lebenslagenbezogen die Bedarfe und Herausforderungen älterer Menschen berücksichtigen und sozialraumorientiert entsprechende Möglichkeitsräume entwickeln und vorhalten. Hierfür ist im Sinne sorgender Gemeinschaften insbesondere eine vernetzte

Sorgeinfrastruktur notwendig, die im Rahmen kommunaler Daseinsvorsorge bislang bestehende und gelebte Sektorengrenzen überwindet. Die sowohl politisch, aber auch im Rahmen der Leistungserbringung gelebte Trennung zwischen *Care* und *Cure* muss hierfür überwunden und ein mit den entsprechenden Kompetenzen versehener Handlungsspielraum für entwickelnde, steuernde sowie leistungserbringende Akteure geschaffen werden. Zahlreiche Forschungsprojekte der vergangenen Jahrzehnte haben nicht nur die unterschiedlichen „Sollbruchstellen“ einer personenzentrierten und sektorenübergreifenden Versorgung herausgestellt, sondern auch zahlreiche Lösungsansätze beispielsweise durch die Entwicklung sozialraumorientierter Primärversorgung mit entsprechenden *Case-* und *Care-Management*strukturen erfolgreich evaluiert. Es besteht daher gegenwärtig kein Erkenntnis- sondern vielmehr ein Umsetzungsproblem.

Finanzierung / Strukturreform

Die zuvor angeführten Problemfelder bedürfen nicht eines weiteren Leistungskatalogs mit einer zusätzlichen Finanzierung. Vielmehr bedarf es einer Strukturreform, die eine Finanzierungsreform mit sich bringt. Der KDA-Dialog „Pflegerreform als Gesellschaftsreform?!“ fordert u. a. mit Publikationen aus dem Kreis seiner Kuratorinnen und Kuratoren dazu auf, Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu zu denken.

Effektivität

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist eines der zugänglichsten und eines der teuersten auf der Welt. Dennoch sehen wir, dass das System zunehmend Personengruppen über- und unterversorgt.

Konkreter Änderungsbedarf

Mit Blick auf ein Gesundheitssystem, das Menschen nach dem Erwerbsaustritt gerecht werden muss, bei denen mit einer hohen Wahrscheinlichkeiten körperliche Einschränkungen auftreten, begrüßt das KDA folgende Ansätze:

Einführung einer Bürgerversicherung und Zusammenführung der SGB V und XI als steuer- oder mischfinanziertes Volleistungssystem:

- Eine Bürgerversicherung ist eine angemessene Antwort auf den Aspekt der im Vergleich zu dem bisherigen System zunehmenden sozialen Ungleichheit (erodierende Mittelschicht). Sie ist vermutlich, was Zugänglichkeit, Durchlässigkeit und die Bereitschaft zur Inanspruchnahme angeht, besser zu steuern.

Case-Management-Ansatz:

- sektorenübergreifendes und verpflichtendes Casemanagement / Fallkonferenzen / Audits
- Digitalisierung von Behandlungs- und Versorgungsplänen
- Weiterentwicklung von Versorgungspfaden zu leistungsrechtlich übergreifenden Versorgungsnetzen
- Ausbau des Leistungs- und Casemanagement-Angebots zur Entlastung pflegender Angehöriger

Sozialraumansatz:

- Ausbau der Primärversorgung und Integration medizinischer, therapeutischer und pflegerischer Leistungen (im Sinne von *care*) in vernetzte, kleinräumige Versorgungsstrukturen (im Sinne einer *Caring Community*).
- Weiterentwicklung von Wohn- und Versorgungssettings für langzeitpflegebedürftige Menschen (Wohnen 6.0) als Fortführung der KDA-Modelle zum Wohnen im Alter: Dabei geht es nicht nur darum, dass Wohn- und Versorgungssettings langzeitpflegebedürftiger Menschen in eine *Caring Community* im Sozialraum integriert werden, sondern die Versorgungssettings selbst die Denkweise des *Caring Community*-Ansatzes aufgreifen und sich demokratisieren. Wenn Teilhabesicherung Ausdruck für „gelingendes Alter“ auch bei hohem Langzeitpflegebedarf ist, dann erfordert dies auch die Sicherung von Mitwirkungs- und Mitentscheidungsmöglichkeiten der Betroffenen. Es braucht eine geteilte Versorgungsverantwortung, in der die Profis die Fachlichkeit sichern, aber die Betroffenen – mit unterstützt durch zivilgesellschaftliche Akteure aus dem Sozialraum – die Ausgestaltung und den Lebensalltag ihrer Wohn- und Versorgungssettings

bestimmen.

- Regelfinanziertes und personalisiertes Schnittstellenmanagement auf Seiten der Leistungserbringer als Teil eines kommunalen *Care-Management*s.
- Ausweitung kommunaler Gesundheits- und Pflegeplanung sowie eines *Care-Management*s mit entsprechender Budgetierung.
- Ausbau vorpflegerischer, präventiver und nachsorgender Beratungs-, Entlastungs- und Rehabilitationsangebote.
- Ausbau verhältnis- und verhaltenspräventiver Maßnahmen und Aufklärungsarbeit.

Neutrale Beratung gewährleisten = keine Beratung durch Kostenträger, Gesundheits- und Pflegefachberufe = **Stärken!**

Die wichtigsten Elemente einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung

Aus Sicht des KDA muss eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung die gesundheitlichen Bedarfe und sozio-ökonomischen Realitäten der Gegenwart und antizipierten Zukunft auffangen können. Es kann also nicht um Bestandsschutz bisheriger Strukturen und Verteilungen aus Prinzip gehen – sondern muss die Ansprüche von morgen im Blick haben. Veränderte Gesundheitsverständnisse, veränderte Erwartungen an Gesundheitsversorgung und veränderte Ressourcen, die Menschen zur Verfügung haben, müssen in Reformen des Gesundheitswesens abgebildet sein.

Maßnahmen mit größter Wirkkraft

- Einführung einer Bürgerversicherung
- Stärkung von *Case-Management*-Ansätzen zum Beispiel durch quartiersbezogene, multiprofessionelle Gesundheitszentren als Nukleus auch im ländlichen Raum und durch mobile Versorgungsformen