



Stellungnahme zum Antrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN: „Gesundheitsregionen – Aufbruch für mehr Verlässlichkeit, Kooperation und regionale Verankerung in unserer Gesundheitsversorgung“ (Drs.-Nr. 19/21881)

Eva Welskop-Deffaa
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerin
Dr. Elisabeth Fix
Telefon-Durchwahl 030 284 447-46
Telefax 030 284 44788-88
elisabeth.fix@caritas.de

Datum 17. März 2021

Zusammenfassung

Der Deutsche Caritasverband teilt den in diesem Antrag vertretenen Ansatz einer modernen Gesundheitspolitik, die dem „health-in-all-policies“-Grundsatz verpflichtet ist. Das deutsche Gesundheitssystem bedarf auch aus unserer Sicht eines Paradigmenwechsels weg vom krankheits- und defizitbezogenen, auf Kuration ausgerichteten Fokus hin zu einem public-health orientierten Ansatz, der Gesundheitsförderung, Prävention sowie Resilienz-, Ressourcen und Gesundheitskompetenzstärkung in den Vordergrund stellt. Ein solcher Ansatz, der nicht allein auf Verhaltensänderungen, sondern auf die Änderung der Verhältnisse abzielt, geht weit über die Grenzen des Gesundheitswesens hinaus und umfasst im Sinne von „health-in-all-policies“ den Blick auf gesundheitsschädliche Faktoren, wie z.B. Lärmbelastung, Luftverschmutzung oder Hitzebelastung.

Aus Sicht der Caritas muss eine moderne Gesundheitspolitik vor allem die Gesundheitssituation von Menschen mit geringem Einkommen und geringer Bildung, die häufig auch chronisch krank sind, zielgruppengerecht adressieren und nachhaltig stärken. Gute Beispiele einer präventiv ausgerichteten regional verankerten gesundheitlichen Daseinsvorsorge, sind z.B. Babylotsendienste in den Geburtskliniken. Sie öffnen die Tür in das kommunale System Früher Hilfen für junge Mütter (insbesondere in Belastungssituationen). Die Bedeutung dieser Angebote ist in der Corona-Krise besonders deutlich sichtbar geworden. Eine gesetzliche Verpflichtung zum Angebot von Babylotsendiensten würde dem Anspruch verlässlicher, kooperativer Gesundheitsversorgung, wie sie im Antrag der GRÜNEN formuliert wird, besonders gut entsprechen.

Zu einem populationsorientierten Ansatz, wie er im vorliegenden Antrag postuliert wird, gehört auch, Menschen in unserem Land, die hohe Zugangshürden oder gar keinen Zugang zu unserem Gesundheitswesen haben, in den Blick zu nehmen. Die Zahl der Nichtversicherten, darunter viele wohnungslose Menschen oder Beitragsschuldner_innen, ist in Deutschland immer noch zu hoch. Asylsuchende sind in Deutschland weder gesetzlich kranken- noch pflegeversichert.

Deutscher Caritasverband e.V.

Problematisch ist z.B. der durch Abmeldung durch die Krankenkasse erfolgende de-facto-Ausschluss von EU-Bürger_innen von der obligatorischen Anschlussversicherung, wenn sie ihr Freizügigkeitsrecht allein aus der Arbeitsuche ableiten, über längere Zeit keine Arbeit finden und sich nur noch auf das Freizügigkeitsrecht der wirtschaftlich nicht-Aktiven berufen können.

Der Nichtversichertenstatus der genannten Gruppen hat zur Folge, dass all diese Menschen nur bei akuter Erkrankung oder Schmerzzuständen eine ärztliche Behandlung einschließlich Versorgung mit Arznei- oder Verbandsmitteln erhalten können. Damit steigt das Risiko, (zu) spät eine Behandlung in Anspruch zu nehmen und damit auch das Risiko einer Chronifizierung der Krankheit.

Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität müssen bei akuten Erkrankungszuständen befürchten, dass ihre Daten den Ausländerbehörden übermittelt werden (müssen) - mit der Folge der Abschiebung. Aus Sicht der Caritas muss jeder in Deutschland lebende Mensch vollen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung nach den Grundsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung haben.

Unser Gesundheitswesen ist baulich, räumlich, technisch sowie personell und kommunikativ noch längst nicht barrierefrei, was Menschen mit Behinderungen den Zugang zur Versorgung erheblich erschwert. Barrierefreiheit in Arztpraxen und Krankenhäusern bedeutet nicht nur den ungehinderten Zugang zu diesen Gesundheitseinrichtungen mit Blick auf die räumlichen Voraussetzungen, wie z.B. das Vorhandensein eines Fahrstuhls, sondern vor allem hinsichtlich der kommunikativen Anforderungen im Umgang mit Menschen mit Behinderung. So muss die Information und Aufklärung in leichter Sprache erfolgen und die Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen muss stärker auf die Belange von Menschen mit Behinderung ausgerichtet werden. Es bedarf zudem dringend eines Rechtsanspruchs auf Krankenhausassistenz. Menschen mit Behinderung profitieren zu wenig von Primärprävention, wie z.B. Menschen mit einer geistigen oder schweren Mehrfachbehinderung, die häufig auch Probleme mit Übergewicht oder gar Adipositas haben. Auch bei der Versorgung mit Hilfsmitteln kommt es zu vielen Problemen: In der Rechtspraxis wird zwischen Hilfsmitteln, die fehlende Körperteile oder Körperfunktionen unmittelbar ersetzen und solchen, die sie nur mittelbar ersetzen, unterschieden. Erstere werden der Sphäre der Krankenkassen zugeordnet, wie z. B. Prothesen. Wenn ein Hilfsmittel jedoch nur mittelbar dem Behinderungsausgleich dient, wie z.B. ein Rollstuhl für einen mobilitätseingeschränkten Menschen, der noch beide Beine besitzt, hat der Betroffene nur insoweit Anspruch auf Hilfsmittelversorgung, als das Hilfsmittel dazu beiträgt, die notwendigen Aktivitäten für die Deckung seines physischen Existenzminimums zu gewährleisten. Sozialrechtlich muss der Anspruch auf Hilfsmitteln zum mittelbaren Behinderungsausgleich aus Sicht der Caritas und ihres Fachverbands CBP auf den Zweck der vollen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtet sein.

Die GRÜNEN setzen sich in ihrem Antrag für ein breites Verständnis von Gesundheit ein, das auch das soziale Umfeld umfasst, Patient_innen eine aktivere Rolle ermöglicht, eine teamorientierte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe stärkt, sektorenübergreifende Versorgung sicherstellt, psycho-soziale Aspekte umfasst und strukturierte und kooperative Behandlungspfade gerade für Menschen mit komplexeren Behandlungs- und Unterstützungsbedarfe vorsieht. Ein solches Modell soll im Rahmen des Aufbaus von kooperativen und integrierten Gesundheitsregionen mit Anreizen für sektorenübergreifende Vergütungsstrukturen umgesetzt werden. Gesundheitsregionen sollen im Rahmen von Selektivverträgen nach § 140a SGB V zum Zwecke der

Überführung in die Regelversorgung erprobt werden. Die Kommunen sollen mehr Aufgaben der Netzwerkbildung übernehmen, z.B. im Rahmen regionaler Gesundheitskonferenzen, sowie durch Verkehrs- oder Stadtplanung zu gesundheitsförderlichem Umfeld beitragen. Des Weiteren fordern die GRÜNEN die stärkere Mitsprache der Patient_innen und die Nutzung der Potenziale der Digitalisierung für Vernetzung und Kooperation im Gesundheitswesen.

Der Deutsche Caritasverband unterstützt den Ansatz, digitale Möglichkeiten in der Gesundheitsversorgung umfassend zu nutzen. Es ist dabei allerdings eine konsequente Nutzerorientierung bereits in der Entwicklung der Tools erforderlich, die die Belange der Pflege denen der medizinischen Versorgung (mindestens) gleichstellt. Das Projekt BeBeRobot, das die Universität Osnabrück zusammen mit dem Deutschen Caritasverband und anderen Partnern durchführt, zielt auf die Entwicklung von Beurteilungs- und Bewertungskriterien für eine Robotik, die den Menschen dient.

Zu den Forderungen des Antrags im Einzelnen nimmt die Caritas wie folgt Stellung:

Ad. 1: Erprobung von Gesundheitsregionen in „Gesundheitsregionenverträgen“ nach § 140a mit dem Ziel der Überführung in die Regelversorgung

Die Caritas unterstützt die Position der GRÜNEN nach einer populationsbezogenen, indikationsübergreifenden Versorgung in Gesundheitsregionen und die selektivvertragliche Erprobung dieses Ansatzes über § 140a. Selektivvertragliche Erprobungen müssen aus Sicht der Caritas grundsätzlich in die Regelversorgung einmünden. Die Caritas hat in diesem Zusammenhang auch die Weiterentwicklung des § 140a SGB V im Rahmen des zum 1.1.2021 in Kraft getretenen GPVG unterstützt. Der neue § 140a hat die Weichen für die Umsetzung von „Gesundheitsregionen“ bereits gestellt. Sehr positiv zu bewerten ist die nun vorgesehene Einbeziehung weiterer Gesundheitsfachberufe neben den vertragsärztlichen Leistungserbringern in Abweichung der für sie geltenden Bestimmungen in der Regelversorgung der Krankenkassen ermöglicht werden. Diese Regelung befördert die Erprobung neuer interprofessioneller Versorgungsformen zur Behebung von Versorgungsdefiziten und Lücken in den Versorgungsketten der Patient_innen und kann so einen wertvollen Beitrag zur dringend gebotenen neuen Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsfachberufen leisten. Zudem sieht § 140a i.d.F. des GPVG vor, dass die Selektivverträge regionale Versorgungsinnovationen abbilden können. Ein weiterer Meilenstein ist die Möglichkeit, künftig auch Sozialleistungsträger außerhalb des SGB V in die Selektivverträge einbinden zu können. Dadurch können Versorgungsbrüche, die unserem fragmentierten Sozialsystem inhärent sind, besser vermieden werden. Große Potenziale sozialträgerübergreifender Verträge sehen wir im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vulnerabler und sozial benachteiligter Patient_innengruppen wie Kindern und Jugendlichen, die z.B. SGB VIII-Leistungen beziehen, Menschen mit Migrationshintergrund, Geflüchteten oder Menschen mit illegalem Aufenthaltsstatus, arbeitslosen Menschen im SGB II-Leistungsbezug sowie Sozialhilfeempfänger_innen im Bereich des SGB XII. Deren gesundheitliche Ressourcen und soziale Fähigkeiten gilt es zu stärken, was nur durch einen sozialleistungsübergreifenden Ansatz gelingen kann, wie oben ausgeführt.

Aus Sicht der Caritas bedarf es neben des Instruments der Gesundheitsregionenverträge auch weiterer Modelle zur Verbesserung der Versorgung. Um der Unterversorgung insbesondere im ländlichen Raum entgegen zu wirken, sollten auch aus Sicht der Caritas solche Verträge gerade im ländlichen Raum abgeschlossen werden. Gerade in diesen Regionen sollte auch das Potential dort verorteter Krankenhäuser genutzt werden. In Regionen, bei denen der Fachärztemangel die Nachbesetzung von Arztsitzen erschwert, ist es angezeigt, den jeweils in der Region agierenden Krankenhäusern den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung zu übertragen. Mit ihren interdisziplinären Teams können sie eine Diagnostik und Versorgung der kurzen Wege unterstützen. Ein wesentliches Ziel muss es sein, die vielfältigen Versorgungsbrüche, zu denen unser fragmentiertes und sektorenbezogenes Gesundheitssystem führt, etwa beim Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung und in die Pflege, zu vermeiden. Dazu bedarf es einer besseren Vernetzung und auch der Unterstützung digitaler Tools zur Informationsübermittlung und Sicherstellung der Anschlussversorgung. Wesentlich ist es, Versorgungsnetzwerke vor Ort zu etablieren, in denen die Menschen in Behandlungspfaden mit allem, was sie benötigen, wie z.B. pflegerische Versorgung oder Anschlussversorgung mit Heil- und Hilfsmitteln lückenlos versorgt werden können. In Deutschland gibt es hierfür wenig Übung und auch wenig Anreize bislang. So existiert zwar die Möglichkeit, integrierte Verträge der ärztlichen und pflegerischen Versorgung nach § 140a SGB V i.V. mit § 92b SGB XI zu schließen, faktisch scheitert dies an fehlenden Anreizen der Pflegekassen, die im Unterschied zu den Krankenkassen nicht im Kassenwettbewerb stehen. Ein weiteres Problem ist, dass § 92b SGB XI ausdrücklich nur Leistungen berücksichtigt, die der Finanzierungszuständigkeit der Pflegeversicherung unterliegen, also z.B. nicht die für die pflegerische Versorgung chronisch kranker und multimorbider pflegebedürftiger Menschen so zentrale häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V.

Integrierte Versorgung setzt nicht nur Netzwerkbildung voraus, sondern benötigt vor allem auch Strukturen für die berufsübergreifende und koordinierte Versorgung. Voraussetzung dazu ist der Aufbau und die Finanzierung von Koordinationsfunktionen, die durch einen der jeweils beteiligten Akteure übernommen werden können. Gefördert werden muss auch der Aufbau von integrierten Gesundheitszentren. Ähnlich wie in den skandinavischen Ländern oder Kanada käme dabei besonders qualifizierten Pflegefachkräften (APN) nach dem Ansatz von community health nursing eine zentrale Rolle für die Steuerung der Patient_innen in die richtige Versorgung zu.

Integrierte Versorgung benötigt auch integrierte Vergütungssysteme und eine Finanzierung der Netzwerkstrukturen. Letztlich kann das Gesundheitssystem durch eine gezielte, optimierte, chronischen Erkrankungen vorbeugende Versorgung in berufsübergreifenden, koordinierten und strukturierte Versorgungspfaden Einsparungen erzielen. Die Mehraufwendungen führen also mittel- und langfristig zu Effizienzsteigerungen, sodass die im Antrag der GRÜNEN vorgesehenen erhöhten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sich rechnen. Wichtig ist, dass die Versicherten in einer Region immer ein Wahlrecht haben, ob sie dem Vertrag ihrer Krankenkasse beitreten wollen oder nicht. Dies gilt auch für die Leistungserbringer in der Region.

Begrüßt wird auch das von den GRÜNEN geforderte Initiativrecht von Kommunen, den für die intersektorale Versorgung zuständigen Landesgremien nach § 90a und den regionalen Gesundheitskonferenzen sowie der Versichertenvertreter_innen der Krankenkassen, auf den Abschluss von Regionenverträgen hinzuwirken. Auf diese Weise kann bewirkt werden, dass Krankenkassen von ihren Möglichkeiten des Beitritts zu Gesundheitsregionenverträgen stärker Gebrauch machen.

Ad 2. Unterstützung der Bundesregierung zum Aufbau der Managementstrukturen von Gesundheitsregionen

Die Verantwortung zur Etablierung von Netzwerken sieht die Caritas auf kommunaler und Landesebene und nicht in der Pflicht der Bundesebene, wie im Antrag der GRÜNEN ausgeführt. Da gesundheitsförderliche und präventive Ansätze wesentlich von der Vernetzung von Gesundheitsakteuren mit anderen Sozialleistungsträgern und sozialen Einrichtungen – und hier insbesondere auch mit den Einrichtungen der Wohlfahrtspflege – leben, sind entsprechend des Grundsatzes der Subsidiarität zunächst die Gesundheitsakteure, Dienste und Einrichtungen zur Vernetzung zu ermächtigen. Erst in zweiter Linie sollten die Kommunen gefragt sein, diese Vernetzung herzustellen und z.B. regionale Gesundheitskonferenzen zu etablieren, wo sie noch nicht bestehen.

Da Selektivverträge, die sich bewährt haben, grundsätzlich in die Regelversorgung zu überführen sind, damit nicht nur die Versicherten der jeweiligen Krankenkasse von der besseren Versorgung profitieren, bedarf es einer Evaluation der Gesundheitsregionenverträge mittels Qualitätsindikatoren unter dem Gesichtspunkt der Stärkung der Versorgungsqualität. Das IQTIG könnte diese Aufgabe übernehmen.

Ad 3. Neuordnung der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen und Stärkung der Kompetenzen von Pflegekräften

Die Caritas setzt sich seit Jahren für die Stärkung und vor allem Erweiterung der Kompetenzen von Pflegefachkräften und für die Übertragung von Heilkunde in eigenverantwortlicher Tätigkeit ein. Pflegefachkräfte verfügen schon heute über hervorragende, spezifische Kompetenzen in den Bereichen Edukation, Beratung, Prävention und Gesundheitsförderung, aber auch z.B. bei der Versorgung chronischer Wunden, bei Diabetes mellitus Typ II oder bei der Versorgung mit Verbandsmitteln. Dabei teilt die Caritas nicht die Auffassung der GRÜNEN, dass die Heilkundeübertragung auf hochschulisch qualifizierte Pflegefachkräfte beschränkt werden sollte. Vielmehr sollte alle Pflegefachkräfte mit Berufserfahrung die Möglichkeit zu einer entsprechenden Weiterqualifizierung und Ausübung von Heilkunde haben.

Die zeitnahe Durchführung von Modellvorhaben zur Kompetenzübertragung z.B. im Bereich der Wundversorgung oder der Inkontinenzversorgung ist dringend geboten. Der Rahmen von § 63 Absatz 3c SGB V hat sich dabei als ungeeignete Grundlage für ein solches Modellvorhaben erwiesen und ist aus Sicht der Caritas ein Pfad, der nicht weiterverfolgt werden sollte.

Wir schlagen daher ein neues Modellvorhaben vor, das nicht nur auf die eigenverantwortliche Heilkundeausübung von Pflegekräften abstellen sollte, sondern Versorgungspfade zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger und chronisch kranker Menschen in den Mittelpunkt stellen sollte. Anders als § 63 3c sollte der Rahmen dieses Modellprojektes um die Entwicklung von Standards zur interprofessionellen Zusammenarbeit, des interprofessionellen Lernens, die Erprobung entsprechender interprofessioneller Versorgungsstrukturen sowie um die Entwicklung berufsübergreifender, koordinierter und strukturierter Leistungen unter Nutzung von Digitalisierungspotenzialen erweitert werden, z.B. als neuer § 64d SGB V. Ein so konzipiertes

Modellvorhaben würde mit dem Ansatz der Gesundheitsregionen korrespondieren und könnte ein entsprechender Baustein dafür sein.

Der Antrag der GRÜNEN stellt zu Recht fest, dass die gegenwärtige Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsfachberufen überholt ist und dringend reformiert werden muss. Dies fordert auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen schon seit mehr als 10 Jahren. Die Definition von Heilkunde entstammt bis heute dem in der Nazizeit entstandenen Heilpraktikergesetz. Sie passt nicht mehr zur Landschaft der Gesundheitsberufe, die sich inzwischen entwickelt hat. Daher unterstützt die Caritas die Forderung der GRÜNEN nach der Entwicklung eines eigenständigen, berufsübergreifenden Heilkundengesetzes. Dieser Schritt sollte zügig in der nächsten Legislaturperiode angegangen werden.

Berlin/ Freiburg, 17. März 2021

Deutscher Caritasverband
Eva Welskop-Deffaa
Vorstand Fach- und Sozialpolitik

Kontakt

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Gesundheitspolitik, Pflege und Behindertenpolitik, Deutscher Caritasverband/ Berliner Büro, Tel. 030 284447 46 oder 0151-16759875, Elisabeth.Fx@caritas.de