

Vorstand der ASG Berlin

Eckpunkte für eine qualitativ hochwertige und solidarische Gesundheits- und Pflegepolitik

Die Sicherstellung der pflegerischen und medizinischen Versorgung im Zeichen des demografischen Wandels ist eine der großen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte. Viele Ärztinnen und Ärzte, viele Pflegerinnen und Pfleger sowie Angehörige weiterer Gesundheitsfachberufe werden in naher Zukunft nicht mehr für die Versorgung zur Verfügung stehen.

Zu den großen Aufgaben der Gesundheitspolitik gehören deshalb die (Wieder)-gewinnung von Fachkräften, die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden medizinisch-pflegerischen Versorgung, insbesondere auch in ländlichen bzw. unterversorgten Regionen sowie die Schaffung eines nachhaltigen Finanzierungssystems.

Ebenso wichtig ist aber auch, das Gesundheitssystem effizienter als bisher zu organisieren und Doppel- oder Dreifachstrukturen zu beseitigen. Nötig sind dafür vor allem die Vernetzung bestehender Angebote, eine strukturierte Evaluierung regionaler Versorgungsbedarfe sowie das strategische Vortreiben der digitalen Transformation.

Dies ist besonders deshalb nötig, da sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch der solidarischen Pflegeversicherung die strukturellen Finanzlücken gewaltig sind und jedes Jahr größer werden. Zur Sicherung der Finanzierung ist nach Auffassung der ASG Berlin z. B. ein dynamisierter Bundeszuschuss notwendig, der jährlich in Höhe der Ausgabenzuwächse angepasst wird sowie eine kostendeckende Pauschale des Bundes für die gesundheitliche Versorgung von Bezieher*innen von ALG-II.

Mit Blick auf den Bundesparteitag 2023 formuliert der Vorstand der ASG Berlin folgende Vorschläge zur Diskussion in der Partei:

Sicherung der Daseinsvorsorge – keine gesundheitspolitische Klein-Staaterei

Die gesetzliche Krankenversicherung und die solidarische Pflegeversicherung spielen eine wesentliche Rolle für die Sicherung der Daseinsvorsorge. Wo der „Staat“ Verantwortung trägt, wird dieses Versprechen an die Bürgerinnen und Bürger jedoch oft nicht eingelöst oder auf die Finanztöpfe der gesetzlichen Krankenversicherung und der solidarischen Pflegeversicherung abgewälzt. Ein Beispiel ist eine seit Jahren steigende Querfinanzierung von Aufgaben und versicherungsfremden Leistungen durch die GKV. Die Länder kommen seit Jahrzehnten ihrer Pflicht zur Finanzierung von Investitionen im Krankenhausbereich nur ungenügend nach. Ein Beispiel für Doppelstrukturen sind Terminservicestellen, die seit Einführung mehrere Milliarden Euro gekostet, aber die gesundheitliche Versorgung nicht wirklich verbessert haben. Kommunale Aufgaben (wie bspw. Sucht- und Sozialberatung) sollten nicht durch sogenannte Gesundheitskioske mit GKV-Mitteln querfinanziert werden. Der wichtige öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist in vielen Bundesländern seit Jahren unterfinanziert, was die Einstellung von Ärztinnen und Ärzten in diesem Bereich stark behindert. In diesem Zusammenhang spielen auch die Arbeitsbedingungen bzw. das Lohnniveau eine wichtige Rolle.

In Deutschland darf es in Zukunft keine gesundheitspolitische Klein-Staaterei geben. Versorgungslösungen müssen vielmehr allen Versicherten möglichst flächendeckend zur Verfügung stehen. Gesetzliche Krankenkassen sollten auch dies künftig in ihrer Organisation und den qualitativen Versorgungsangeboten berücksichtigen.

- Eine bundesweite Öffnung aller Krankenkassen und mehr Wettbewerb um Service, Qualität und Transparenz sind daher wichtig. Damit verbunden muss auch eine einheitliche Bundesaufsicht für alle gesetzlichen Krankenkassen sein, damit künftig gleiche Regeln gelten und bei wettbewerbsrelevanten Themen von Bundes- und Landesaufsichten nicht mit zweierlei Maß entschieden wird.
- Neue Entscheidungsebenen, bei denen die Länder ein Letztentscheidungsrecht für die Versorgung erhalten, sind hingegen kontraproduktiv. Sie wären der Einstieg in eine von den Landesregierungen gesteuerte Versorgung auf Ebene der Bundesländer und widersprechen dem Anspruch an bundesweit einheitliche Qualitätskriterien in der Versorgung.
- Wichtig sind vielmehr der Erhalt und die Stärkung der gemeinsamen Selbstverwaltung. Bestrebungen, bspw. den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu entmachten, und fachlich komplexe Entscheidungen in die Parlamente zu verlagern, lehnen wir ab. Im Gegenteil: Der sehr wichtige Einbezug der Pflege im Rahmen der Entscheidungsprozesse des G-BA soll laut Koalitionsvertrag umgesetzt werden und somit für die Stärkung der pflegerischen Interessenvertretung sorgen. Wir wollen nicht wie im englischen NHS-System gezwungen sein, darüber zu entscheiden, wer welche Behandlung in welchem Alter noch erhält (Stichwort „Quality-Adjusted Life Years – QALYs“).
- Die Zerteilung der Kranken- und Pflegeversicherung in Deutschland in eine private und gesetzliche Versicherung muss endlich zugunsten einer Bürger*innenversicherung abgeschafft werden. Als Schritt in diese Richtung muss die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV auf das Niveau der Rentenversicherung angehoben werden. Die Versicherungspflichtgrenze ist ebenfalls entsprechend anzupassen.
- Der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) und die Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) sind zusammenzuführen zu einem gemeinsamen Vergütungsinstrument der ambulanten Ärzteschaft. Bundesbeamt*innen ist analog zu Regelungen in Hamburg, Berlin und anderen Bundesländern Wahlfreiheit für die Krankenversicherung zu gewährleisten. Die private Kranken- und Pflegeversicherung soll schlussendlich nur noch als Zusatzversicherung, aber nicht als Vollversicherung angeboten werden.

Großer Reformbedarf im Krankenhausbereich

Die Corona-Pandemie hat mit der Etablierung des DIVI-Intensivregisters und der erfolgreichen länderübergreifenden Abstimmung der Krankenhauskapazitäten („Kleeblatt-Prinzip“) gezeigt, wie der stationäre Versorgungsbereich verbessert werden kann. Weil eine wirksame Krankenhausstrukturplanung weiterhin kaum stattfindet, führen Krankenhäuser häufig mehr Behandlungen durch als medizinisch notwendig. Die ungenügende Investitionskostenfinanzierung der Bundesländer stellt die Krankenhäuser vor umfassende Finanzierungsprobleme.

Die Anzahl der Pflegekräfte pro Einwohner ist im OECD-Vergleich in Deutschland größer als in den meisten anderen europäischen Ländern. Sie sind jedoch auf bundesweit knapp 2000 Standorte verteilt – mit umfassenden Konsequenzen bspw. für die Sicherung der Dienstpläne, Personaluntergrenzen, Qualitätsindikatoren. Ein Resultat sind die Streiks in der Berliner Charité in den vergangenen Jahren und die Einführung von Entlastungstarifverträgen bspw. in Berlin und Nordrhein-Westfalen.

- Ein grundsätzliches Problem sind Ökonomisierung und Gewinnmaximierung bei der Patient*innenversorgung, so wie sie u.a. im Krankenhausbereich verstärkt zu Tage treten. Diese Prinzipien führen zu oft zur Ausbeutung des ärztlichen, pflegerischen und sonstigen Krankenhauspersonals sowie potenziell zur Gefährdung der Patient*innen durch Fehlversorgung. Wir erkennen an, dass die Abrechnung der Krankenhausleistungen über Fallpauschalen (DRGs) zum Teil zu unerwünschten Anreizen führt. Wir streben deshalb eine Alternative zur Ausgestaltung des DRG-Systems in der jetzigen Form an, welche eine hohe Behandlungsqualität und die Sicherstellung von Personalgrenzen honoriert und den effizienten Einsatz der Mittel gewährleistet. Der Anteil der Fallpauschalen an der Gesamtvergütung sollte zugunsten von gestuften Vorhaltekosten gesenkt werden. Ein Selbstkostendeckungsprinzip wie in den 1980er Jahren des vergangenen Jahrhunderts dient hingegen nicht der Steigerung der Behandlungsqualität, der Transparenz und des effizienten Einsatzes des knappen Personals. Die Zeiten, in denen Patient*innen für planbare Operationen am Freitag in die Klinik bestellt wurden, um am Montag zum ersten Mal eine Ärztin/einen Arzt zu sehen, sind vorbei.
- Nötig ist stattdessen der Fokus auf die Steigerung der Behandlungsqualität und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen des pflegerischen und medizinischen Personals. Schlaganfallbehandlungen dürfen nicht mehr in Häusern ohne Stroke-Unit zugelassen sein, die Behandlung von Herzinfarktpatient*innen in Krankenhäusern ohne Linksherzkatheter-Messplatz ist nicht mehr hinnehmbar und die Einhaltung von Mindestmengen in Krankenhäusern muss für bestimmte Interventionen selbstverständlich werden. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), deren Nutzen und innovativer Charakter noch nicht belegt sind, sollen vor dem Einsatz in der Regelversorgung künftig nur noch in spezialisierten Zentren in klinischen Studien geprüft und evaluiert werden.
- Nötig ist eine gestufte Krankenhausversorgung mit Grund-, Regel- und Maximalversorgern. Der Bund sollte gestufte Vorhaltekosten für Krankenhäuser nur dann finanzieren, wenn die Qualitätsstandards und Qualitätsvorgaben des G-BA in diesem gestuften Versorgungssystem erfüllt werden. Hierzu bedarf es auch einer bundesweiten Bedarfsplanung. Kleinere Krankenhäuser sollten möglichst nicht geschlossen, sondern in Regionale Gesundheitszentren umgewandelt werden können. In Verbindung bspw. mit Angeboten der Tages- oder Kurzzeitpflege kann auf diese Weise die regionale Versorgung ergänzt und die Vernetzung der Sektoren beschleunigt werden.
- Das duale Finanzierungsmodell der Krankenhäuser ist durch die seit Jahren viel zu geringe Investitionsquote aller 16 Bundesländer faktisch ausgehebelt. Sollten sich die Länder aufgrund haushälterischer Zwänge nicht auf eine deutliche Steigerung ihrer Investitionen in Krankenhäuser verständigen können, ist der Weg zu einem geänderten Finanzierungsmodell durch Krankenkassen und Bund zwingend notwendig.

Digitalisierung – als Gewinn für die Versorgung nutzen

Eine strategische und nutzenstiftende Digitalisierung eröffnet neue Möglichkeiten für die flächendeckende Verfügbarkeit und eine hohe Qualität der Versorgung. Richtig genutzt kann sie helfen, die Herausforderungen des Fachkräftemangels und der demografischen Entwicklung zu meistern.

- So ist mit den Möglichkeiten der Digitalisierung auch in unterversorgten Regionen eine wirksame Ergänzung der rein analogen Versorgung möglich. Die kontinuierliche Überwachung von Herzpatient*innen durch Überprüfung der Vitalfunktionen ist bspw. seit 2021 Bestandteil des gesetzlichen Leistungskatalogs der GKV. Die Versorgung in strukturschwachen Regionen kann also z.B. durch Telemedizin ergänzt und die Hausärzt*innen unterstützt und entlastet werden.
- Mit einem Datennutzungsgesetz muss die Nutzung von Gesundheitsdaten im Sinne der Versorgung und des Gemeinwohls signifikant vorangebracht werden. Dies ist nötig, um einerseits Vorteile im Versorgungsalltag zu erzielen (Primärnutzung) und andererseits fundierte gesundheitspolitische Entscheidungen (z. B. zur Ermittlung des Impfstatus, der Überwachung der Corona-Impfstoffe oder des Antikörperstatus der Bevölkerung) sowie datenbasierte Forschung und Entwicklung von Innovationen (Sekundärnutzung) zu ermöglichen.
- Wichtig ist das angekündigte Opt-Out-Verfahren der elektronischen Patientenakte (ePA). Die ePA dient der Verbesserung der Versorgungsqualität, der Vermeidung von Doppeluntersuchungen und auch dazu, die sektorenübergreifende Versorgung endlich im Sinne der Patient*innen voranzutreiben.
- Des Weiteren müssen Angebote zur Förderung digitaler Kompetenzen bei Leistungserbringern und der breiten Bevölkerung konsequent ausgebaut werden. Dies ist ein wichtiger Beitrag für mehr Akzeptanz hinsichtlich der Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Pflege braucht grundlegende Weiterentwicklung

Weil die Länder auch in der Pflege ihrer Pflicht zur Investitionskostenfinanzierung nicht in ausreichendem Maße nachkommen, müssen diese Kosten heute in der Regel von den Pflegebedürftigen getragen werden – die Eigenanteile steigen auch deshalb weiter und stellen für immer mehr Betroffene ein Armutsrisiko dar.

Die Pflegeinfrastrukturausstattung (Kurz- und Verhinderungspflege) liegt ebenfalls in der Verantwortung der Länder – der Bedarf wird oft nicht erfüllt. Auch die Verantwortung für die Qualität in Pflegeeinrichtungen wird ungenügend wahrgenommen – nur wenige Bundesländer stellen die Berichte der Heimaufsichten in der Pflege für ihre Bürger*innen öffentlich zur Verfügung.

- Die Länder müssen die Investitionsfinanzierung in der Pflege vollständig übernehmen, wie dies bei Einführung der sozialen Pflegeversicherung politischer Konsens war. Dies würde bereits zu einer umfassenden Entlastung vieler Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen führen.

- Nötig ist ein solidarischer Finanzausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung, der die unterschiedlichen Risiken ausgleicht, solange beide Versicherungssysteme bestehen.
- Die Arbeit der Pflegestützpunkte muss verpflichtend regelmäßig evaluiert werden.
- Innerhalb der neuen Pflegeausbildung muss in allen Bundesländern sichergestellt werden, dass insbesondere die Auszubildenden mit dem Schwerpunkt Kinderkrankenpflege ausreichend theoretischen und praktischen Unterricht in diesem Bereich erhalten, um für den Einstieg in den Beruf adäquat qualifiziert zu sein. Die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung des Ausbildungskonzepts ist regelmäßig zu evaluieren.
- Der Beruf des Altenpflegers/der Altenpflegerin ist laut der Bundesagentur für Arbeit der Top-1 Engpassberuf in Deutschland. Aufgrund der steigenden Zahl von Pflegebedürftigen ist es dringend geboten, diesen Bereich der Pflege attraktiver zu machen. Hierfür muss in einem ersten Schritt die Entlohnung an die in die Krankenpflege angeglichen werden.
- Die Pflegeassistentenausbildung ist derzeit in jedem Bundesland unterschiedlich geregelt. Wir brauchen eine attraktive und bundeseinheitlich geregelte Ausbildung mit barrierearmen Weiterbildungsmöglichkeiten zur Pflegefachkraft.

Vorstand der ASG Berlin

Kai Gudra-Mangold Bettina Schulze Fabian Fischer Nicole Stelzner

Dr. Sinan Akdeniz Clarissa Schiffel Thomas Möller