

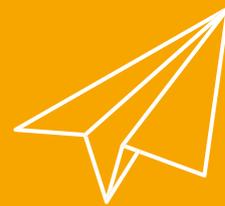


Reformwerkstatt für
unser Gesundheitswesen



Neustart! für unsere Interessen

Stimmen aus Patientenvertretung und Zivilgesellschaft



Neustart! für unsere Interessen

Stimmen aus Patientenvertretung und Zivilgesellschaft

Vorwort

Die Robert Bosch Stiftung GmbH hat 2018 die Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ gestartet mit der Motivation, einen Beitrag zur Zukunftsfähigkeit der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu leisten. Allen Menschen in Deutschland auch in Zukunft eine gute Gesundheitsversorgung zu bieten, ist keine Selbstverständlichkeit. Unser Gesundheitssystem steht vor immensen Herausforderungen, von denen einige durch die Corona-Pandemie besondere Schärfe erfahren, andere durch die aktuell veränderte Prioritätensetzung aus dem Blick geraten, aber dennoch nicht gelöst sind.

Für den Fachkräftemangel, den voraussichtlich sprunghaften Anstieg von chronisch kranken und alten Menschen und die Sicherung der Gesundheitsversorgung in strukturschwachen Räumen haben wir noch keine tragfähigen Lösungen. Unser Umgang mit der Digitalisierung und neuen, ins Erbgut eingreifenden Technologien und den sich dazu eröffnenden ethischen Fragestellungen erfolgt ausweichend, umständlich und zögerlich. Fragen der langfristigen Finanzierbarkeit und der Qualitätsverbesserung fallen hinter der aktuellen Krisenbewältigung zurück. Die Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte in der Steuerung unseres Gesundheitswesens zeigen, dass sich Reformbemühungen selten in großen Schritten zukunftsgerichteter Veränderungen niederschlagen, sondern angesichts der Beharrungskräfte üblicherweise nur kleine Anpassungen erfolgen, die den Herausforderungen, vor denen wir stehen kaum noch gerecht werden. Seit 2018 diente die „Neustart!-Initiative“ als Plattform, um im Dialog mit Bürgerinnen und Bürgern und in der Zusammenarbeit mit Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis eine Verortung vorzunehmen und Impulse für eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu setzen. Nahezu 700 Bürgerinnen und Bürger aus ganz Deutschland beteiligten sich an zwei großen Dialogveranstaltungen, die im Rahmen von Neustart! 2019 in fünf Städten und 2020 virtuell durchgeführt wurden. Die Bürgerinnen und Bürger formulierten ihre Vorstellungen von guter Gesundheitsversorgung. Kernanliegen waren dabei mehr Investitionen in Prävention und Bildung, eine auf Gemeinnützigkeit und Solidarität fußende Finanzierung, die Verbesserung der Versorgungsqualität und des Einsatzes von Digitalisierung sowie insgesamt eine Stärkung der Organisation als Solidargemeinschaft und der Gemeinwohlorientierung.

Für die Zielsetzung der „Neustart! Initiative“ und im Sinne der Erweiterung der Dialoge war es uns als Robert Bosch Stiftung wichtig, auch die Stimmen aus Patientenvertretung und Zivilgesellschaft zu hören und damit ergänzend die Perspektiven von organisierten Akteuren – Vereinen und Verbänden – einzubinden, die in unserer Gesellschaft die Interessen vieler Bürger und Patienten vertreten. Auf Einladung der Robert Bosch Stiftung fassten neun Organisationen und eine Einzelperson ihre Positionen zusammen, wo sie den größten Reformbedarf für unser Gesundheitssystem sehen, welche die wichtigsten Bausteine einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung sind und welche Maßnahmen die meiste Wirkung entfalten könnten.

Die vorliegende Broschüre „Neustart! für unsere Interessen – Stimmen aus Patientenvertretung und Zivilgesellschaft“ versammelt die eingereichten Positionen. Sie verstärken in bemerkenswerter Weise die Anliegen der Bürgerinnen und Bürger für ein Gesundheitssystem, das für alle Zugang bietet und den Menschen in den Mittelpunkt stellt, das solidarisch geprägt und auf Gesundheit ausgerichtet ist. Darüber hinaus geben sie eine Fülle von Einzelanregungen für die Verbesserung unserer Gesundheitsversorgung.

Wir hoffen und wünschen uns, dass diese Stimmen gehört und gewogen werden, dass sie ermutigen, auch größere Veränderungen einzuleiten für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem und damit im besten Sinne zu einem Neustart unseres Gesundheitssystems beitragen.

Wir bedanken uns herzlich bei allen Beteiligten für ihren Beitrag!

Robert Bosch Stiftung GmbH

Stuttgart, Juni 2021

Inhalt

- 08 Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW)** – Gerhard Timm
- 14 Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (BAGSO)** – Anna Brückner/Rudolf Herweck
- 21 Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE e.V.)** – Siiri Doka
- 24 Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE)** – Jurand Daszkowski
- 28 Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (DALzG)** – Sabine Jansen
- 32 Einzelstellungnahme von Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock**
- 35 Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V. (KDA)** – Helmut Kneppe
- 39 Mukoviszidose e.V.** – Stephan Kruij
- 42 Sozialhelden e.V.** – Raul Krauthausen/Constantin Grosch
- 44 Sozialverband VdK Deutschland e.V.** – Verena Bentele
- 49 Mitwirkende Autorinnen und Autoren/Kontakt**
- 50 Impressum**

Stellungnahme

Bundesarbeits- gemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW)

Gerhard Timm



Das deutsche Gesundheitswesen ist geprägt von einer Versäulung der Versorgungsbereiche, der dualen Finanzierung, Arztzentrierung und einem Privatisierungstrend. Diese Charakteristika stehen einer solidarischen und gemeinwohlorientierten Gesundheitsversorgung entgegen. Die Corona-Pandemie hat zusätzlich auf strukturelle Probleme und Herausforderungen unserer Gesellschaft und ihres Gesundheitswesens aufmerksam gemacht. Wie antwortet eine hochkomplexe Gesellschaft auch in Zukunft auf die Risiken, die mit einer Pandemie verbunden sind, welche Rolle kommt dem Staat und welche Rolle der Freien Wohlfahrtspflege zu, wie werden unterschiedliche Akteure aus verschiedenen sozialen Systemen einbezogen, wie stehen staatliches und individuelles Risikomanagement zueinander und wie müssen die Antworten angesichts erheblicher sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit ausfallen?

Wir möchten in die „Reformwerkstatt“ vier Themenbereiche einbringen und zur Diskussion stellen:

1 Gesundheitssicherung: eine öffentliche und gemeinschaftliche Aufgabe

In der Pandemiekrise wird deutlich, dass die Gesundheitssicherung eine öffentliche Aufgabe ist, in der der Staat auf allen Ebenen gefordert ist. Zugleich hat sich das Subsidiaritätsprinzip bewährt, denn es setzt auf die Kooperation unterschiedlicher Akteure.

Sehr schnell wurde in der Pandemie deutlich, dass dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in der Prävention und Bewältigung der Pandemie eine Schlüsselaufgabe zukommt. Die BAGFW hat es deshalb begrüßt, dass Maßnahmen ergriffen wurden, um den ÖGD zu stärken. Diese Schritte waren und sind richtig, nicht nur um die Pandemie zu bewältigen, sondern auch, damit der ÖGD nach der Pandemie weiterhin als Säule der Gesundheitssicherung wichtige Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung, der Prävention, gesundheitlichen Aufklärung und Beratung, des gesundheitlichen Umweltschutzes, der Lebensmittelüberwachung, der Gesundheitshilfe in Schule, Sozialpsychiatrie und in der sektorenübergreifenden und sozialräumlichen Koordination der gesundheitsbezogenen Angebote leisten kann.

Zugleich werden Grenzen der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens sehr deutlich. Die Versorgung darf nicht von der Rendite angetrieben werden. Die BAGFW regt eine breite öffentliche Diskussion dazu an, wie hinsichtlich seiner Steuerung, der Finanzierung und der Rolle unterschiedlicher Eigentumsformen der soziale Charakter des Gesundheitswesens gestärkt werden kann. Das Zusammenwirken von Bund und Land mit der Sozialversicherung, den Kommunen und den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege ist wesentlich. Die Diskussion um das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) hat die Bedeutung der Freien Wohlfahrtspflege für die soziale Daseinsvorsorge verdeutlicht.

2 Prävention: Verhältnis- und Verhaltensprävention. An Lebenslagen orientiert

Schnell wurde zu Beginn der Pandemie deutlich, dass nur durch eine Verbindung von verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen das Infektionsrisiko gesenkt werden kann. Die Verhaltensprävention (Maske, Abstandsregeln, Husten-Nies-Etikette) stützt sich auf und ergänzt die Maßnahmen der Verhältnisprävention (Kontaktbeschränkungen, Anzahl der Personen in Geschäften etc.). Aus der Public-Health-Forschung ist bekannt, dass individuelle Handlungsänderungen Einsicht, Anerkennung und Routine brauchen, die in der alltäglichen Lebenspraxis eingeübt werden. Sie ist nur erfolgreich, wenn sie die Personen nicht überfordert, das heißt ihnen nicht die Bewältigung von Risiken aufgetragen wird, die sie kaum beeinflussen können. Aus diesem Grunde müssen präventive Maßnahmen auf die Lebenslage der Bürgerinnen und Bürger zugeschnitten sein.

Die Chancen, gesund alt zu werden, sind bekanntlich sehr ungleich verteilt. Auch in der Pandemie wurde und wird deutlich, dass in Abhängigkeit von der sozialen Lage das Risiko, infiziert zu werden, sehr ungleich auf die Bevölkerung verteilt ist: Zu denken ist an die vielen Beschäftigten, die – in der Regel in einer niedrigen Einkommensposition – in Dienstleistungsberufen arbeiten, die mit viel Kundenkontakt verbunden sind und nicht die Möglichkeit des Homeoffice haben. Auch die finanziellen Belastungen (durch Kurzarbeitergeld und Arbeitslosigkeit) sind ungleich verteilt; sofern Paare Kinder haben, wirkt dies sogar als Armutsbeschleuniger. Die Liste ließe sich leicht weiterführen. Eine an Lebenslagen orientierte Präventionspolitik tut deshalb gut daran, weit über das Gesundheitswesen hinaus auszugreifen und Lebenslagenpolitik zu sein, indem sie Armut bekämpft, soziale Sicherheit schafft und die öffentliche Daseinsvorsorge sichert.

Aus der Aids-Prävention kann ein weiterer Aspekt für die Weiterentwicklung der Präventionspolitik gelernt werden: die Rolle der Partizipation. Das bedeutet, dass mit den betroffenen Personen zusammen überlegt werden muss, wie Prävention zu gestalten ist, nicht ohne sie und gegen sie. Raus aus dem Elfenbeinturm: Die gebildeten und gut situierten Mittelschichten sind nicht der Maßstab.

In präventionspolitischer und -rechtlicher Hinsicht kommt es aus der Sicht der Freien Wohlfahrtspflege darauf an, dass sich die Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene auf konkrete Maßnahmen der lebenslagenbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung verständigen und sie, wenn sie erfolgreich sind, verstetigen. Bislang sind in einigen Ländern und auf Bundesebene die Empfehlungen beziehungsweise Vereinbarungen eher postulatorischer Natur. Ohne auf den komplexen institutionellen Reformbedarf weiter einzugehen – Präventionsbericht, Rolle der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Präventionsforum – ist festzuhalten, dass das Prinzip der Partizipation verlangt, die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege in die Bundesrahmenempfehlungen beziehungsweise Landesrahmenvereinbarungen als Vereinbarungspartner einzubinden, denn sie repräsentieren einen großen Teil der Handlungsfelder, in denen Prävention und Gesundheitsförderung stattfindet.

Prävention und Gesundheitsförderung sind nicht ausschließlich Domänen der Krankenkassen als Leistungsträger, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe (*health in all policies*). Seit Jahren setzt sich die BAGFW für die gesetzliche Verankerung des präventiven Hausbesuchs ein, der der Sicherung von Gesundheit und Teilhabe von älteren Menschen dient, die in der eigenen Wohnung leben. Der präventive Hausbesuch ist mit seinen Leistungselementen (unter anderem Information, Beratung, Leistungerschließung) keinem Sozialversicherungszweig ausschließlich zuzuordnen und sollte als Baustein der öffentlichen Daseinsvorsorge in den Landesgesundheitsgesetzen rechtlich verankert und steuerfinanziert werden.

Um die gesundheitlichen und sozialen Folgen der Pandemie abzufedern und die Resilienz der Bevölkerung auch mit Blick auf zukünftige Pandemien zu verbessern, benötigt Deutschland eine *Public-Health*-Strategie, die nachhaltig und

sektorenübergreifend das Ziel verfolgt, ein Leben in bestmöglicher Gesundheit für alle Menschen zu ermöglichen. Ein entsprechendes Konzept¹, das auf den zehn *Essential Public Health Operations* der Weltgesundheitsorganisation aufbaut und umfassende Handlungsoptionen für den Ausbau des deutschen *Public-Health-Systems* umfasst, wurde jüngst seitens des Zukunftsforums *Public Health* vorgestellt.

3 Medizinische Rehabilitation stärken

Neben der lebenslagenbezogenen Prävention ist die medizinische Rehabilitation einschließlich der Nachsorge nach wie vor eine gesundheitspolitische Baustelle. Mit dem demographischen Wandel und dem Bedeutungsgewinn chronischer Krankheiten wird die Frage der Teilhabe – auch bei eingeschränkter Selbstständigkeit – zu einem politischen Schlüsselthema. Das Thema der Teilhabe lässt sich in einer ersten Annäherung aufteilen in Fragen des Zugangs, der Angebotsformen, der konzeptionellen Ausrichtung und der Systemsteuerung im gegliederten System der Zuständigkeiten. Auf drei Aspekte soll im Folgenden eingegangen werden:

- Auf der Ebene der Systemsteuerung sehen wir die Gefahr, dass das trägerübergreifende Rehabilitationsrecht des Sozialgesetzbuchs Neuntes Buch (SGB IX) zerrieben wird und die mit dem SGB IX verbundenen Ansprüche der Konvergenz und der Einheitlichkeit des Reha-Rechts beschädigt werden. Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) einerseits und dem Gesetz zur digitalen Rentenübersicht andererseits haben sich sehr unterschiedliche Regelungen in den Sozialgesetzbüchern Sechstes und Fünftes Buch (SGB VI und SGB V) verfestigt. Wir plädieren für eine Harmonisierung im Sinne der Stärkung einer gemeinsamen Vertragspartnerschaft in einer gemeinsamen Selbstverwaltung, wie sie in der medizinischen Rehabilitation des SGB V schon gelebt wird.
- Konzeptionelle Aspekte und Fragen des Zugangs für kranke und in ihrer Teilhabe eingeschränkte Menschen werden im Feld der Sozialpsychiatrie deutlich: Schwer psychisch erkrankte Menschen haben bislang nur wenige Chancen, Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu erhalten, denn sie werden oftmals – ohne dass der Rehabilitationsbedarf erhoben wird – nur kurativ behandelt oder nehmen Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch. Um diesem Missstand abzuwenden, sozialen Ausschluss und Chronifizierung zu verhindern und gleichzeitig dem Postulat des § 2a SGB V („Den besonderen Belangen behinderter und psychisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen“) wie auch dem Inklusionsgebot des SGB IX gerecht zu werden, müssen medizinisch-rehabilitative Leistungen (vorwiegend in ambulanter und mobiler Form) als Elemente der Gemeinde – beziehungsweise sozialpsychiatrischen Verbände entwickelt und mit einem Leistungsanspruch der Versicherten verbunden werden.

- Viele Hinsichten bündelt das Thema Mobile Rehabilitation: Ob in der geriatrischen oder einer indikationsspezifischen Rehabilitation – es gilt, dass die medizinische Rehabilitation die Praxis der Teilhabe verändert, Hilfsmittel angepasst und die Familie und das soziale Umfeld in den Rehabilitationsprozess mit einbezogen werden. Obwohl gesetzlich verankert (§ 40 SGB V), wissenschaftlich evaluiert und in der Praxis bewährt, gibt es nur wenige mobile Rehabilitationsdienste. Vor allem um dem Rehabilitationsbedarf pflegebedürftiger Menschen (auch in der Kurzzeitpflege) zu begegnen und rehabilitative Leistungen zu erschließen, müssen neue Wege gegangen werden. Dazu wird vorgeschlagen, in den pflegerischen Settings ein systematisches Screening des Rehabilitationsbedarfs durchzuführen. Ergänzend dazu soll ein Förderprogramm zur mobilen Rehabilitation aufgelegt werden, das die Neubildung ambulanter Teams, auch zur wohnortnahen geriatrischen Versorgung unterstützt.

4 Den Zugang zum Gesundheitswesen für alle Menschen in Deutschland sichern

Das sozial- und gesundheitspolitische Problem der gesundheitlichen Ungleichheit wurde oben schon thematisiert. Wir erwarten eine klare und nachhaltige sozial- und gesundheitspolitische Gesamtstrategie, die über die Stärkung der Gesundheitskompetenz hinaus mit allen in Deutschland lebenden Menschen, unabhängig von Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommensniveau oder Staatsbürgerschaft die Lebensbedingungen gesundheitsförderlich gestaltet. Die Schaffung von gleichwertigen Lebensverhältnissen sowie die Bereitstellung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung mit gleichen Zugangschancen ist fundamental, um vulnerablen Personengruppen gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen: Zugangshürden und Versorgungslücken von Menschen, die am Rande unserer Gesellschaft stehen, wie Wohnungslose, Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität, Asylsuchende und Geflüchtete aber auch für Menschen mit Behinderungen und komplexen Bedarfen, sind abzubauen.

Im Folgenden soll das Thema der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne oder ohne klaren aufenthaltsrechtlichen Status herausgegriffen werden. Dazu sind im Aufenthaltsgesetz dann, wenn es um medizinische beziehungsweise gesundheitsbezogene Leistungen geht, die Mitteilungspflichten an die Ausländerbehörden abzuschaffen. Erst dadurch können sie einen Leistungsanspruch angstfrei geltend machen. Asylbewerbenden muss der Leistungskatalog der GKV sowie eine elektronische Gesundheitskarte zur Verfügung stehen. Eingeschränkte medizinische Leistungen für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz können im späteren Verlauf einen erhöhten Leistungsaufwand bedeuten, wenn Krankheiten und Schmerzen nicht adäquat behandelt werden. Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet auch barrierefreien Zugang zu Sozialleistungen. Für viele in Deutschland lebende Eingewanderte stellen jedoch Sprachbarrieren eine Hürde bei der Wahrnehmung dieser Leistungen dar. Im Rahmen der Gesundheitsversorgung des SGB V ist kein Anspruch auf Übernahme

der Sprachmittlungskosten vorgesehen, die als Teil der Leistungserbringung zum Beispiel im Rahmen eines Arztbesuches entstehen.

Eine weitere zentrale Herausforderung liegt in der adäquaten Versorgung von Menschen in ländlichen Regionen. Der ländliche Raum ist in besonderer Form zunehmend von unzureichenden gesundheitlichen Versorgungsstrukturen betroffen. Es bedarf auch hier einer innovativen und leistungsfähigen Gesundheitsversorgung im Sinne einer Daseinsvorsorge, die Gesundheitsförderung und Prävention, Rehabilitation sowie Palliation umfasst und die eine reibungslose Kooperation der Medizin mit weiteren Fachkräften wie Pflegekräften, Ergo-, Physio-, Logo- und Psychotherapeut:innen sowie Hebammen benötigt. Lebensweltbezogene Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention beziehen darüber hinaus weitere wichtige Professionen wie beispielsweise Erzieher:innen und Sozialpädagog:innen mit ein. Für ein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem ist es notwendig, all diese Berufsgruppen stärker wahrzunehmen und die interdisziplinäre sowie multiprofessionelle Zusammenarbeit gegenüber arztzentrierten Ansätzen deutlich zu stärken. Hierfür müssen Finanzierung und Strukturen der Gesundheitsversorgung entsprechend umgestaltet werden. Neben der Verteilung von Aufgaben und Kompetenzen in der Gesundheitsversorgung gewinnt, insbesondere vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie, das Thema der Gewinnung von Gesundheitsfachkräften bedeutend an Dringlichkeit.

Die Weiterentwicklung digitaler Gesundheitsanwendungen, der Ausbau der Telemedizin, zusätzliche Einsatzmöglichkeiten in der Telematikinfrastruktur und eine Förderung der digitalen Vernetzung sind mit dem Ziel einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung voranzutreiben. Hierbei sollte unbedingt beachtet werden, dass nicht alle Menschen über die zur Nutzung der digitalen Neuerungen benötigte Ausstattung und technischen Voraussetzungen (Breitbandausbau etc.) verfügen. Damit das verstärkte Zurückgreifen auf telemedizinische und -pflege-rische Anwendungen nicht zu einer Vergrößerung gesundheitlicher Ungleichheit führt, müssen unter anderem niedrigschwellige und barrierefreie Zugangswege von Anfang an für alle offenstehen. Dabei muss gelten, dass die Digitalisierung des Gesundheitswesens weder zeitlich noch qualitativ auf Kosten des persönlichen Kontaktes zwischen Patient:innen und Gesundheitspersonal gehen darf. Unter der Prämisse eines ausreichenden Datenschutzes ist an die Entwicklung solcher Systeme zusätzlich die Anforderung einer leichten Handhabung insbesondere für ältere Menschen und Menschen mit Einschränkungen zu stellen.

Bei der Ausgestaltung und Weiterentwicklung digitaler Anwendungen im Gesundheitswesen müssen Nutzenaspekte sowie Nutzer:innenperspektiven im Zentrum stehen. Des Weiteren müssen digitale Kompetenzen in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe integriert werden. Für Nutzer:innen sind Schulungen, Informationen und – sofern erforderlich – Unterstützung bei der Anwendung sicherzustellen. Schließlich soll auf Probleme der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung hingewiesen werden. Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) verlangt die Verwirklichung eines inklusiven Gesundheitswesens. Dazu muss Barrierefreiheit umfassend umgesetzt werden und dazu gehört der Abbau von Barrieren bei der Prävention und Rehabilitation mit Menschen mit Behinderungen.

Stellungnahme

Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (BAGSO)

Anna Brückner / Rudolf Herweck



Im Folgenden weisen wir auf die nach unserer Einschätzung dringlichsten Reformbedarfe im Gesundheitssystem hin. Als Interessensvertretung der älteren Generationen in Deutschland beschränken wir uns dabei auf die Punkte, die vor allem – aber nicht nur – für ältere und alte Menschen von hoher Relevanz sind.

1 Älter werdende Gesellschaft

Veränderungen im Krankheitsgeschehen

Die deutsche Gesellschaft altert. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, (chronisch) krank zu werden sowie von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit betroffen zu sein. Es dominieren nicht-übertragbare Krankheiten, die maßgeblich durch den Lebensstil und die vorherrschenden Arbeits-, Lebens- und Umweltbedingungen beeinflusst werden. Psychische Erkrankungen wie Demenz spielen im Krankheitsgeschehen eine zunehmende Rolle.

Besonderer Behandlungs- und Versorgungsbedarf

Die höhere Vulnerabilität sowie die Veränderungen im Krankheitsgeschehen bringen einen besonderen Behandlungs- und Versorgungsbedarf im Alter mit sich und erfordern *spezifische Behandlungs- und Versorgungskonzepte*. Deutlich wird der umfassende Behandlungsbedarf hochbetagter Menschen insbesondere, wenn weitere Belastungen (zum Beispiel Inkontinenz, Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates oder Schmerzen) hinzukommen. Funktionseinschränkungen können die Bewältigung des Alltags erschweren, die selbstständige Lebensführung beeinträchtigen und damit die Lebensqualität einschränken.

Deswegen muss eine *Neuausrichtung der Behandlungsziele* erfolgen: Chronizität von Krankheiten und Multimorbidität erfordern ein Vorgehen, das über die akutmedizinische Versorgung hinausgeht, hin zu einer ganzheitlichen Versorgung und einer Begleitung, die den Menschen in seiner spezifischen Lebenssituation im Blick hat. Die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen und ihrer Angehörigen müssen stärker als bislang berücksichtigt werden. Dabei ist zu beachten, dass sich die Lebensformen und Bedarfslagen der Älteren immer weiter ausdifferenzieren. Zu versorgen sind Menschen mit höchst unterschiedlichen Biografien und gesundheitlichen Voraussetzungen.

Wenn Heilung nicht mehr möglich ist, stehen die Stabilisierung des Krankheitsgeschehens, die Linderung von Beschwerden und die Erhaltung der Selbstständigkeit im Vordergrund. Das gilt auch für die Sicherung und Förderung der Lebensqualität und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Multimorbid erkrankte Menschen brauchen sehr oft über eine spezifische medizinische Versorgung hinaus Zugang zu einer Reihe weiterer Leistungen (zum Beispiel unterstützende Entlastungsangebote, Mobilitätshilfen, Wohnraumanpassungen, ergänzende technische Hilfen wie Hausnotrufsysteme). Deren Beantragung und Koordination ist aufwändig und überfordert viele Betroffene und ihre Familien. Sie sollten durch *kommunale Hilfestrukturen* unterstützt werden, die dann auch einen bedarfsgerechten Hilfeplan erstellen und dessen Umsetzung begleiten.

Bedeutung der Geriatrie für die Versorgung

Spezialdisziplin für die Behandlung der alterstypischen Erkrankungen älterer und insbesondere hochaltriger Menschen ist die Geriatrie. Geriatriische Kompetenzen sind in allen Institutionen des Gesundheitswesens (ambulant und stationär) notwendig, die ältere und hochaltrige Patienten betreuen, begleiten und behandeln. Nur durch einen interprofessionellen und team-orientierten Ansatz, wie er in der Geriatrie üblich ist, können die bestmöglichen Ergebnisse erzielt werden. Die geriatriischen Behandlungs- und Versorgungskonzepte beziehen neben dem medizinischen und funktionellen Status der Patientinnen und Patienten auch das familiäre und soziale Umfeld sowie persönliche und externe Kontextfaktoren mit ein. Sie richten den Blick auch auf Lebensqualität, Teilhabe und Selbstständigkeit und somit auf den Verbleib im eigenen Haushalt und auf die Bewältigung des täglichen Lebens. Dies entspricht in der Regel auch den Wünschen der Betroffenen. Mittels geeigneter Screening- und Assessment-Instrumente werden der (fachspezifische) Behandlungs- und Versorgungsbedarf durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam festgestellt und darauf aufbauend Behandlung und Versorgung geplant und durchgeführt. Im Fokus der geriatriischen Versorgung stehen somit weniger die einzelne Erkrankung oder das spezifische Akutereignis als vielmehr die komplexen Zusammenhänge und die Wechselwirkungen der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Aus diesen ergeben sich meist gleichzeitig sowohl akutmedizinische als auch rehabilitative Behandlungsbedarfe. Präventive Möglichkeiten sollten hierbei unbedingt berücksichtigt werden.

Notwendige Veränderungen

Die Alterung der Gesellschaft mit ihrem erhöhten geriatrischen Behandlungsbedarf erfordert zielgerichtete Veränderungen der bisherigen Strukturen im deutschen Gesundheitswesen, das auf den wachsenden Bedarf an altersmedizinischer Versorgung nicht hinreichend vorbereitet ist. Diese Veränderungen müssen *die Geriatrie stärken* und dabei die Kompetenzen und das Handeln der Gesundheitsberufe ebenso einschließen wie die Strukturen des Gesundheitswesens.

2 Versorgungsanforderungen in einer älter werdenden Gesellschaft

Akutstationäre und rehabilitative geriatrische Versorgung

Geriatrische Patientinnen und Patienten benötigen typischerweise sowohl akute als auch rehabilitativ-geriatrische Behandlung. Die Rehabilitation ergänzt die Akutmedizin (mit ihren immer kürzeren Verweildauern). Rehabilitation ist da notwendig, wo es mehr als rein medizinischer Maßnahmen bedarf, um die Rückkehr in das eigene Zuhause und die Bewältigung des eigenen Haushalts zu gewährleisten und um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern. Gerade wegen dieses Bezugs ist eine *stärkere Verzahnung von Akutgeriatrie und geriatrischer Rehabilitation* notwendig. Sie darf durch budgetrechtliche Regelungen keinesfalls behindert werden. Im Gegenteil: Es muss Mechanismen geben, die Erfolge geriatrischer Behandlung sektoren-übergreifend belohnen. Insgesamt müssen die stationären akutgeriatrischen und rehabilitativ-geriatrischen Strukturen flächendeckend und wohnortnah auf- und ausgebaut werden, auch, um der wachsenden Anzahl geriatrischer Patientinnen und ihren Angehörigen gerecht zu werden. Erforderlich ist ein ganzheitlicher Behandlungsansatz, der physische, psychische und soziale Aspekte umfasst. Mit dem hierfür notwendigen interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlungsteam ist ein im Vergleich zu anderen Fachabteilungen und Rehabilitationseinrichtungen erhöhter Personalbedarf gegeben, *dem auch der Personalschlüssel entsprechen muss*.

Der besondere geriatrische Behandlungsbedarf muss durch ein Assessment bei Aufnahme erkannt und auch in anderen als geriatrischen Fachabteilungen und Rehabilitationseinrichtungen sichergestellt werden. Hinzugezogene Fachärzte für Geriatrie (Konsildienste) leisten hier einen wichtigen, aber nicht ausreichenden Beitrag. Zur fachabteilungs- und einrichtungsübergreifenden Behandlung geriatrischer Patienten bestehen bereits heute enge Kooperationen. Diese Zusammenarbeit gilt es zwischen anderen medizinischen Disziplinen und der Geriatrie auszubauen und zu vertiefen. Die *geriatrische Frührehabilitation im Krankenhaus* spielt hier für die Betroffenen eine sehr bedeutende Rolle. Sie ist die enge Verzahnung von medizinischer Akutbehandlung und Rehabilitation und ein wichtiger Bestandteil geriatrischer Versorgung, auch als Schnittstelle zwischen der stationären und einer – sofern medizinisch geboten – sich anschließenden geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme.

Ziel muss ein flächendeckendes Angebot stationärer, wohnortnaher, ambulanter, teilstationärer und mobiler geriatrischer Behandlungs- und Rehabilitationsangebote sein, auch für Menschen, die in Pflegeheimen leben. Gerade für Bewohner und Bewohnerinnen in Pflegeheimen werden aktuell rehabilitative Potenziale nicht ausgeschöpft. Der sozialrechtlich verankerte Grundsatz „Reha vor und bei Pflege“ definiert auch für Pflegebedürftige einen Rechtsanspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen. Hier ist insbesondere darauf zu achten, dass rehabilitative Maßnahmen in Mobilisierungs- und Teilhabekonzepte eingebettet sind. Der spezifische Bedarf der Betroffenen muss für die gewählte Form der Rehabilitation ausschlaggebend sein, nicht ein bestehendes, beschränktes Angebot. Auch muss die Kooperation zwischen stationärer und ambulanter Versorgung besser werden und in einer sektorenübergreifenden Struktur weiterentwickelt werden.

Hausärztliche Versorgung

Unverzichtbare Grundlage eines funktionsfähigen Gesundheitswesens ist eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe hausärztliche Versorgung. Gerade auch im Hinblick auf den demografischen Wandel und die damit zusammenhängenden Veränderungen des Krankheitsspektrums bedarf es einer Stärkung der hausärztlichen Versorgungs- und Koordinationsfunktion. Geriatrisch und multimorbid erkrankte Menschen brauchen einen einfachen und niedrigschwelligen Zugang zum Gesundheitssystem, insbesondere zu ambulanten Leistungsangeboten. Neben hausärztlichen, fachärztlichen und pflegerischen Behandlungen zählen hierzu auch Präventions- und zugehende Rehabilitationsangebote sowie die Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln.

Auch bei der Versorgung von Menschen mit Multimorbidität kommt den Hausärztinnen und Hausärzten eine Schlüsselrolle zu. Deswegen sollten diese über die entsprechenden geriatrischen Kenntnisse und Instrumente (zum Beispiel eine funktionsorientierte geriatrische Diagnostik und ein geriatrisches Basisassessment) verfügen. Darüber hinaus ist der Zugang zu konsiliarischen Geriatrie-Diensten (in Fachpraxen, Institutsambulanzen oder Krankenhäusern) zu gewährleisten, sodass Patienten und Patientinnen zusätzlich auch von geriatrischer Spezialexpertise profitieren können. Außerdem müssen Hausärztinnen und Hausärzte diese gegebenenfalls in eine wohnortnahe geriatrische Einrichtung überweisen können. Da in Deutschland sehr selten Ärztinnen und Ärzte direkt an Pflegeheimen angestellt werden, ist von höchster Relevanz, dass die Bewohnerinnen und Bewohner auf eine geriatrisch qualifizierte hausärztliche Versorgung sowie die oben beschriebene geriatrische Spezialexpertise angewiesen sind.

Qualifikationen

Der besondere Behandlungsbedarf geriatrischer Patientinnen und Patienten stellt fachspezifische Qualifikationsanforderungen insbesondere an Ärztinnen und Ärzte, aber auch an alle Mitglieder eines Behandlungsteams und damit an ihre Aus-, Fort- und Weiterbildung. Deren Inhalte sind entsprechend zu gestalten. Die ärztliche Fort- und Weiterbildung obliegt den Ärztekammern und ist nach Form der Weiterbildung, nach Inhalt und Dauer sehr unterschiedlich geregelt. In einigen Kammerbezirken gibt es eine Facharztqualifikation für Geriatrie im Fachgebiet Innere Medizin, in anderen eine Zusatzweiterbildung. Die *Einführung*

einer einheitlichen Facharztqualifikation in der Geriatrie – auf dem Niveau anderer Facharztqualifikationen – wäre wünschenswert.

Um im Rahmen ihrer Hausarztztätigkeit geriatrische Patientinnen und Patienten fachgerecht versorgen zu können, müssen Ärztinnen und Ärzte über die notwendigen medizinischen Kenntnisse verfügen. Diese sollten sie in Studium, Fort- oder Weiterbildung erwerben müssen und vertiefen können. Um mehr Geriaterinnen und Geriater auszubilden und zudem anderen Ärztinnen und Ärzten geriatrische Kenntnisse zu vermitteln oder sie zu vertiefen, muss die Zahl der geriatrischen Lehrstühle erhöht werden. An jeder medizinischen Fakultät sollte ein Lehrstuhl für Geriatrie eingerichtet werden und die Altersmedizin einen deutlich höheren Stellenwert im Lehrplan erhalten.

In der Pflege haben sich erste geriatrische Weiterbildungsangebote etabliert. Nicht nur müssen diese ausgebaut werden, sondern geriatrische Qualifikationen müssen auch Bestandteil der zukünftigen gemeinsamen Pflegeausbildung werden. Neben der medizinischen Versorgung kommt den Hausärztinnen und -ärzten grundsätzlich ein umfassendes Versorgungsmanagement zu. Dazu gehören Koordination, ein gutes Schnittstellenmanagement und eine intensive Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen, insbesondere mit den Leistungserbringern der geriatrischen Versorgung. Sie sollten durch ihre kommunikativen Fähigkeiten in der Lage sein, sich mit den Betroffenen auf prioritäre Therapie- und Behandlungsziele zu verständigen und die Versorgung insgesamt zu koordinieren. Kommunikative Expertise ist auch für die weiteren behandelnden Fachärztinnen und -ärzte sowie Zahnärztinnen und -ärzte von höchster Relevanz. Ärztinnen und Ärzte müssen insbesondere auf das Gespräch mit hochaltrigen Menschen vorbereitet sein, in dem neben der Therapie auch Themen wie gesellschaftliche Teilhabe, Bewegung und Ernährung behandelt werden. Auch die Arzneimittelversorgung in der Altersmedizin sollte zum Gegenstand von Studium, Fort- und Weiterbildung gemacht werden.

Arzneimittelversorgung älterer Menschen

Älteren Menschen werden aufgrund höherer Krankheitslast deutlich häufiger und auch mehr Arzneimittel verordnet als jüngeren Menschen. Damit verbunden ist ein erhöhtes Risiko unerwünschter Wirkungen. Altersspezifische physiologische Veränderungen können Einfluss auf die Pharmakotherapie haben, was Konsequenzen für die Wirksamkeit oder für die Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen haben kann. Aufgrund dieses Zusammenhangs sollten ältere Menschen regelhaft in klinische Studien einbezogen werden, insbesondere bei Arzneimitteln, die vornehmlich bei älteren Menschen angewendet werden.

Insbesondere bei Multimorbidität ist die gleichzeitige Anwendung mehrerer Arzneimittel (Polypharmazie) häufig. Hier besteht die Gefahr, dass sich deren Wirkungen gegenseitig aufheben oder aber verstärken. Polypharmazie erfordert eine enge Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen, insbesondere zwischen Ärztinnen und Ärzten und Apothekerinnen und Apothekern sowie zwischen diesen und den Pflegefachkräften, um die Gefahr unerwünschter Arzneimittelwirkungen und -wechselwirkungen oder sogar stationärer Notfalleinweisungen zu minimieren. Diese Zusammenarbeit muss ausgebaut werden.

Leitlinien

Leitlinien und ähnliche Instrumente können Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Behandlung älterer und hochaltriger Menschen unterstützen. In Anlehnung an die in den USA gestartete *Choosing Wisely*-Initiative gegen Überversorgung hat die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) Empfehlungen für die medizinische Versorgung älterer Patientinnen und Patienten herausgegeben. Unter dem Gesichtspunkt der Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung werden jeweils fünf als besonders wichtig erachtete „Positiv-Empfehlungen“ und „Negativ-Empfehlungen“ gegeben. Leitlinien zu Einzelkrankheiten hingegen nehmen oft keinen Bezug auf ältere Menschen und gehen auch nicht auf mögliche Ko- oder Multimorbidität ein. Es fehlen auch Leitlinien zu häufigen Kombinationen von Krankheiten und Arzneimitteln. Hinweise auf realistische Therapieziele und Prioritäten sollten ebenfalls in solche Leitlinien aufgenommen werden.

Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention sind speziell für ältere Menschen in ihren unterschiedlichen Lebenswelten zu fördern. Ein großer Teil der Gesundheitsprobleme kann durch Gesundheitsförderung sowie primär-, sekundär- oder tertiärpräventive Maßnahmen günstig beeinflusst werden, auch wenn bereits eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. So kann zum Beispiel die tägliche Bewegung ein aktives Altern fördern und fortschreitende Funktionseinschränkungen lindern. Bewegungsprogramme für ältere Menschen fördern gleichzeitig auch die soziale Integration sowie die gesellschaftliche Teilhabe. In präventiven Hausbesuchen durch die Kommune können gezielte Hinweise auf diese Programme und weitere präventive Möglichkeiten gegeben werden. Dieses aufsuchende Angebot für Seniorinnen und Senioren sollte flächendeckend umgesetzt werden.

Aktuell bleibt erhebliches Potenzial, das die Lebenssituation vieler älterer Menschen stabilisieren und verbessern könnte, ungenutzt. Prävention und Gesundheitsförderung müssen in das gesundheitliche Versorgungssystem, und zwar sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung, verstärkt Einzug halten. Der Auf- und Ausbau regelhafter ärztlicher Vorsorgeuntersuchungen für die Bevölkerung der über-70-Jährigen kann ebenfalls hilfreich sein, um Behandlungs-, Therapie- und Rehabilitationsbedarfe frühzeitig zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. So kann die individuelle Versorgung verbessert und der Kostenanstieg im Gesundheitssystem beziehungsweise in der Pflegeversicherung abgeschwächt werden.

Gesundheitsförderung und Prävention dürfen jedoch nicht nur innerhalb der Grenzen des Gesundheitssystems verankert werden. Die Mehrzahl der (beeinflussbaren) Determinanten für Gesundheit und Krankheit sind außerhalb des Gesundheitswesens, in anderen Sektoren zu finden. Im Sinne des WHO-Ansatzes *health in all policies* (HiAP) gilt es, auch in anderen Politikbereichen Gesundheit mitzudenken und zu fördern, zum Beispiel bei der Verkehrs- und Umweltplanung und dem Wohnungsbau.

Die Bundesregierung hat im Zuge der Corona-Pandemie einen „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ beschlossen, der die Gesundheitsämter künftig stärken soll. Diese Gelegenheit sollte genutzt werden, um ein modernes öffentliches Gesundheitswesen aufzubauen, in dem neben dem Gesundheitsschutz auch die Gesundheitsförderung eine wesentliche Rolle spielt.

3 Versorgung älterer Menschen in strukturschwachen (ländlichen) Räumen

Was die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen anbelangt, ist ein besonderes Augenmerk auf das Thema Unterversorgung zu richten. Das gilt insbesondere für strukturschwache ländliche (und städtische) Räume. Es ist festzustellen, dass sich ländliche Räume zunehmend entleeren und vor allem ältere und sehr alte Menschen zurückbleiben. Strukturschwache ländliche Räume sind oder scheinen oft unattraktiv für Ärztinnen und Ärzte und andere Gesundheitsberufe, aber auch für Krankenträger. Die Folge ist, dass die Versorgungsstrukturen ausdünnen oder auszudünnen drohen. Dies erschwert insbesondere älteren Menschen den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Der Bundesgesetzgeber hat, zum Beispiel mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz, eine Reihe von Änderungen der Rahmenbedingungen auf den Weg gebracht. Es ist festzustellen, dass der damit vorgegebene gesetzliche Rahmen – insbesondere in Bezug auf Maßnahmen bei Unterversorgung und auf Abbau von Über- und Fehlversorgung – bislang kaum ausgeschöpft wird. Das Gesundheitssystem ist deshalb gezielt in Richtung innovativer Versorgungskonzepte, die lokale und regionale Bedürfnisse ländlicher Räume berücksichtigen, und dies insbesondere unter geriatrischen Aspekten weiterzuentwickeln. Unterstützende technische Anwendungen zum Beispiel durch die Telemedizin können vor allem in ländlichen Regionen den Zugang erleichtern.

Die Konzepte sollten entsprechend dem konkreten Bedarf und der Situation vor Ort alle Gesundheitsprofessionen etwa in multiprofessionellen Gesundheitszentren zusammenführen und eine Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal als Teil der wohnortnahen Primärversorgung vorsehen. Die Konzepte sollten außerdem abgestufte Strukturen der Primär- und Langzeitversorgung enthalten, Versorgungs- und Unterstützungsangebote als Netzwerk miteinander verbinden und einen wohnortnahen und niedrigschwiligen Zugang sicherstellen.

Diese neuen Versorgungskonzepte können nur funktionieren, wenn alle Akteure zusammenarbeiten. Insbesondere Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen müssen sich für eine Zusammenarbeit mit Gemeinden und Landkreisen offen zeigen.

Stellungnahme

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE e.V.)

Siiri Doka



1 Patientenorientiertes Gesundheitssystem

Noch immer ist das Gesundheitssystem zu wenig auf die Bedürfnisse und Anforderungen von Patient:innen ausgerichtet. Dabei hilft eine solche Fokussierung auf den Nutzen für Patient:innen, einerseits die Versorgung zu verbessern, andererseits aber auch Über- und Fehlversorgungen zu vermeiden und insoweit auch Kosten einzusparen. Entscheidende Voraussetzung für ein patientenorientiertes Gesundheitssystem ist die Beteiligung der Patienten an den Prozessen der Gesundheitspolitik. Denn nur wer die Perspektive der Nutzer einbezieht, findet qualitativ hochwertige und patientengerechte Lösungen und schafft Vertrauen. Insoweit braucht es mehr Beteiligung der Patientenvertretung an Entscheidungsprozessen im Gesundheitssystem; dies gilt insbesondere auch für die Mitarbeit an der elektronischen Patientenakte. Die Patientenvertretung braucht aber vor allem auch eine bessere organisatorische Ausstattung, damit sie die anstehenden Aufgaben bewältigen kann, sowie ein Stimmrecht in Verfahrensfragen, um die oft zähen Beratungsprozesse beschleunigen zu können.

2 Transparenteres Gesundheitssystem

Insgesamt muss das Gesundheitssystem zudem transparenter und leichter durchschaubar werden. Die oft beklagte mangelnde Gesundheitskompetenz der Patient:innen liegt in Deutschland auch daran, dass dieses in seinen Handlungslogiken kaum verständlich ist und zu wenig Hilfestellungen vorhanden sind, die durch das System lotsen. Dies wiederum fördert die Neigung einiger Menschen, Fehlinformationen oder gar Verschwörungstheorien zu folgen. Dabei muss die Transparenz bereits bei der Arzt-Patienten-Kommunikation beginnen. Häufig verstehen Patient:innen nicht, was Ihnen mitgeteilt wird oder vergessen, die für sie wichtigen Fragen zu stellen. Hier können sowohl Kommunikationsstrategien wie Ask-me-3 helfen, aber auch gute und verständliche Informationen von Anfang an, die in die elektronische Patientenakte eingespeist werden. Auch Krankenkassen müssen transparenter werden – insbesondere in der Hinsicht, dass Patient:innen eine wettbewerbliche Auswahl treffen können sollen. In der Praxis haben Patient:innen jedoch kaum Möglichkeiten, sich über die unterschiedliche Qualität der Angebote der Krankenkassen zu informieren: Weder gibt es Informationen über den Anteil abgelehnter Anträge, etwa im Hilfsmittelbereich, noch über die Schnelligkeit der Bewilligung oder auch über die ganz unterschiedlichen Selektivverträge. Hier muss dringend mehr Transparenz geschaffen werden: Krankenkassen müssen verpflichtet werden, entsprechende Informationen in digitaler Form zur Verfügung zu stellen, damit sie den Patient:innen von gemeinnützigen oder staatlichen Organisationen in einer Vergleichsübersicht zur Verfügung gestellt werden können.

3 Solidarische Finanzierung der Krankheitskosten

Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen sind überdurchschnittlich hoch durch Krankheitskosten belastet, die nicht durch die gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden. Sie haben eine Vielzahl von Zu- und Aufzahlungen sowie Mehrkostenregelungen zu tragen, die nur zum Teil durch die sogenannte Chroniker-Regelung auf ein Prozent des Einkommens gedeckelt sind. So fallen etwa Zuzahlungen für Medikamente, die einer Festbetragsgruppe angehören, deren Preis aber vom Hersteller nicht auf die Festbetragshöhe abgesenkt wurde, nicht unter die Chroniker-Regelung; gleiches gilt auch für Medikamente, die auf der Substitutionsausschlussliste stehen, für die also ein Austausch gegen ein Rabattarzneimittel nicht möglich ist. Brillengläser werden nur bei sehr weitgehenden Sehbehinderungen erstattet; die Festbeträge für die Brillengläser sind dabei so gering bemessen, dass man nicht mehr von einer adäquaten Umsetzung des Sachleistungsprinzips sprechen kann.

Auch im Bereich der Hörhilfen leisten Patientinnen und Patienten aufgrund der nach wie vor noch zu niedrigen Festbeträge und der Intransparenz des Marktes hohe Aufzahlungen, um die für sie erforderliche und notwendige Versorgung zu erhalten; auch diese wirtschaftlichen Aufzahlungen fallen nicht unter die

Deckelung der Chroniker-Regelung. Schließlich hat auch die Ambulantisierung der Versorgung zur Folge, dass zwar einerseits für die Krankenkassen Behandlungskosten eingespart werden können, andererseits aber Patient:innen häufiger selbst Fahrtkosten übernehmen, die bei stationärer Versorgung nicht entstanden oder übernommen worden wären. Hier müssen aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE dringend die Fahrtkostenregelungen zur ambulanten Behandlung angepasst werden.

Insgesamt fordert die BAG SELBSTHILFE eine echte Rückkehr zum Sachleistungsprinzip und eine Abschaffung der Zu- und unnötigen Aufzahlungen. Die behauptete Steuerungswirkung, die Zu- und Aufzahlungen leisten sollen, haben diese nie entfaltet. Vielmehr halten sie nicht selten Menschen mit Erkrankungen davon ab, erforderliche Behandlungen wie die Medikamenteneinnahme durchzuführen. Sie können so tatsächlich zu Verschlimmerungen und damit zu höheren Kosten führen.

4 E-Health

Beim Thema E-Health darf es keine Zwei-Klassen-Medizin geben. Dies bedeutet zum einen, dass alle Anwendungen – angefangen bei der elektronischen Patientenakte (ePA) über das Gesundheitsportal bis hin zu den sogenannten digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) – von Anfang an barrierefrei ausgestaltet sein müssen. Andererseits darf es aber auch keinen Unterschied machen, ob jemand ein Smartphone oder ein sonstiges *Frontend* besitzt oder nicht. Patient:innen müssen zudem von Anfang an Herr:in über die eigenen Daten sein; vor diesem Hintergrund sollte ein differenziertes Zugriffsmanagement möglichst umgehend und schnell sichergestellt werden. Schließlich müssen auch Menschen Zugang zu „ihrer“ Akte haben, die unter Umständen (noch) nicht digitalaffin sind. Nicht zuletzt müssen auch Datenschutz und Datensicherheit der sensiblen Gesundheitsdaten gewährleistet sein.

Vor diesem Hintergrund fordert die BAG SELBSTHILFE:

- Eine von Anfang an barrierefreie Ausgestaltung aller digitalen Angebote.
- Eine digitale E-Health-Strategie, die vorsieht, dass Patientenvertreter:innen bei der Entwicklung und Zulassung digitaler Angebote systematisch einbezogen werden. Patientenorganisationen müssen dabei unterstützt werden, für diese Beteiligungsstrukturen kompetente Patientenvertreter zu gewinnen und zu schulen.
- Unabhängige Beratungsstellen für Patient:innen, in denen diese ihre ePA-Daten einsehen und im Umgang mit Chancen und Risiken von digitalen Angeboten fortgebildet werden können.
- Von Anfang an die Möglichkeit eines Zugangs zur ePA außerhalb eines eigenen Smartphones/Computers, etwa über ein Laptop oder Tablet in den Krankenkassen, Arztpraxen oder entsprechend ausgestatteten Selbsthilfeorganisationen.
- Die Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit sowie eine transparente Darstellung von Chancen und Risiken von digitalen Angeboten.

Stellungnahme

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE)

Jurand Daszkowski

Bpø

Bundesverband
Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Wir werden bei unseren Themen, die in fünf Punkten festgelegt sind, neben dem Schwerpunktbereich Psychiatrie auch bereichsübergreifende Themen ansprechen.

1. Umbau der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in Richtung zwangs- und gewaltfreie, menschenrechtskonforme und humane Psychiatrie. Insbesondere Überprüfung der Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder und des Betreuungsrechts auf die Vereinbarkeit mit der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und den allgemeinen Menschenrechten und danach entsprechende Änderungen der Gesetze bundesweit. Änderungen in der stationären Psychiatrie (Kliniken und Heime) in Richtung unterstützende und gewaltfreie Psychiatrie (vgl. Artikel von Martin Zinkler und Sebastian von Peter²). In der Übergangsphase Verpflichtung der Krankenhäuser und anderen Einrichtungen zur lückenlosen Dokumentation der Zwangsmaßnahmen und Versuche der Zwangsvermeidung durch Anwendung der sogenannten milderen Mittel. Stärkung der Besuchskommissionen als Kontrollinstanzen und auch unabhängiger Ombuds- und Beschwerdestellen mit Verpflichtung zur gleichberechtigten Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen-Vertreter.
2. Stärkung der Selbsthilfe und Patientenvertretung. Finanzielle Unterstützung bei der Gründung und dauerhafte Finanzierung der in der Trägerschaft der Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener geführten Krisenanlaufstellen und Begegnungsstätten. Stimmrecht der Patientenvertreter:innen nicht nur im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und anderen Institutionen auf Bundesebene, sondern auch auf Landes- und Kommunalebene. Gründung der Krankenhausbeiräte und anderer Gremien, wie zum Beispiel lokale Ethikkommissionen mit gleichberechtigter Beteiligung und Stimmrecht der Betroffenenvertreter.

2 Zinkler, M., von Peter, S.: Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie, Recht und Psychiatrie, 4/2019

3. Wesentliche Verbesserung des Zugangs zu Leistungen der psychosozialen Versorgung, wie zum Beispiel Psychotherapie, Soziotherapie, und psychiatrische häusliche Krankenpflege. Überprüfung der Bedarfsplanungsrichtlinien und gegebenenfalls Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen.
4. Freie Wahl des Krankenhauses oder anderer alternativer Möglichkeiten, wie zum Beispiel *Open Dialogue* und *Soteria* im Rahmen einer freiwilligen Behandlung. Verpflichtende Erstattung der Transport- und anderer angemessener Kosten durch die Krankenkassen. Absetzen und Reduzieren von Psychopharmaka und anderen abhängig machenden Medikamente als verpflichtende Leistung in der ambulanten und stationären Versorgung.
5. Wesentliche Verbesserung der pflegerischen Versorgung, insbesondere im Bereich der Geriatrie, (Geronto-)Psychiatrie und Altenhilfe. Orientierung an den Lösungen in den skandinavischen Ländern. Unabhängige und engmaschige Kontrolle insbesondere in Pflegeheimen und bei ambulanten Pflegediensten mit dem Schwerpunkt formelle und informelle Gewalt in der Pflege.

Kurze Begründung der einzelnen Punkte:

Zu 1) Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie sind nicht mit der UN-BRK und den Menschenrechten vereinbar. Die Gesetze, die diese Maßnahmen legitimieren, müssten im Sinne einer gewaltfreien Psychiatrie überprüft und geändert werden. Lediglich eine Notfallbehandlung und die Behandlung von Patienten mit entsprechender Vorausverfügung für den Fall einer Krise sollte erlaubt sein. Gleichzeitig müssten psychiatrische Kliniken, Heime der Eingliederungshilfe und Pflegeheime verpflichtet werden, in absehbarer Zeit Alternativen zu Zwangsmaßnahmen in Richtung unterstützende und helfende Psychiatrie zu erarbeiten. Als Orientierung soll dabei das Konzept von Martin Zinkler und Sebastian von Peter dienen (s. Fußnote S. 24). In der Übergangszeit sollen die Zwangsmaßnahmen nur wirklich als ultima ratio stattfinden dürfen, erst wenn alle milderen Mittel ausgeschöpft sind. Darüber soll eine lückenlose Dokumentation erstellt werden.

Die Besuchskommissionen müssen gestärkt und mit Sanktionsmöglichkeiten ausgestattet werden. Auch mangelhafte und unkorrekte Dokumentation sollte entsprechend sanktioniert werden. Besuchskommissionen und unabhängige Ombuds- und Beschwerdestellen müssen flächendeckend ausgebaut werden. Gleichberechtigte Beteiligung und Mitwirkung der Mitglieder mit eigener Psychiatrie-Erfahrung müsste verpflichtend werden.

Zu 2) Die Selbsthilfe wird trotz der Verbesserungen in den letzten Jahren weiterhin nicht ausreichend finanziert. Die Einschränkungen der Corona-Pandemie haben außerdem dazu geführt, dass Präsenztreffen der Selbsthilfegruppen kaum möglich sind.

Wir sehen deshalb die finanzielle und strukturelle Stärkung der Selbsthilfe als notwendig und unumgänglich. Der BPE und seine Landesverbände betreiben aktuell erfolgreich die Krisenanlaufstellen in Köln und Bochum, die eine Alternative zur mangelhaften psychiatrischen Versorgung darstellen. Um diese Stellen

weiterhin erfolgreich betreiben und künftig auch neue gründen zu können, benötigt der BPE eine dauerhafte Finanzierung. Die bessere finanzielle Unterstützung wird auch benötigt, um dauerhaft das Angebot einer Peer-Beratung zu ermöglichen und künftige Selbsthilfevertreter in Gremien auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene durch Schulungen und Fortbildungen auf ihre Aufgaben vorzubereiten. Es muss außerdem in allen Gremien die Rolle der Patienten- und Betroffenen-Vertreter wesentlich gestärkt werden, insbesondere durch ein Stimmrecht ohne jegliche Einschränkungen.

Zu 3) Die Patienten haben zwar formell Rechtsanspruch auf die Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V), wie zum Beispiel Psychotherapie, Soziotherapie und/oder häusliche psychiatrische Krankenpflege, aber der Zugang zu diesen Leistungen ist praktisch sehr erschwert und mit langen Wartezeiten verbunden, oder zum Beispiel bei der Soziotherapie in vielen Regionen gar nicht vorhanden. Es müssen deshalb zügige Schritte unternommen werden, um diese unhaltbaren Zustände wesentlich zu verbessern und in absehbarer Zeit Zugang zu allen therapeutischen und pflegerischen Leistungen zu gewährleisten.

Was Psychotherapie betrifft, so müssten unserer Meinung nach die ersten Schritte darin bestehen, die bestehenden Zulassungsbeschränkungen aufzuheben und insbesondere allen nach dem Kostenerstattungsprinzip arbeitenden Psychotherapeuten:innen und Kinder- und Jugendlichen-Therapeuten:innen die Zulassung zu gewähren. Im Bereich der Soziotherapie wäre es notwendig, die Krankenkassen zu verpflichten, leistungsgerechte Verträge mit den Anbietern abzuschließen und auch sonstige Anreize für neue Leistungsanbieter zu schaffen.

Zu 4) Aktuell gibt es für akut erkrankte psychiatrische Patient:innen keine freie Wahl des Krankenhauses oder einer alternativen Behandlungsmöglichkeit wie beispielsweise stationsäquivalenter Behandlung (StäB), *Open Dialogue* oder *Soteria*. Die Patienten müssen sich möglicherweise im selben Krankenhaus und meistens auf den selben Stationen behandeln lassen, auch wenn sie dort früher, beispielsweise durch Zwangsmaßnahmen, traumatisierende Erfahrungen gemacht haben.

Wir fordern deshalb eine wirklich freie Wahl des Krankenhauses oder einer alternativen Behandlung und Erstattung der angemessenen Zusatzkosten, wie zum Beispiel Fahrtkosten durch die Krankenkassen. Außerdem müssten die alternativen Behandlungsmöglichkeiten weiterentwickelt und flächendeckend eingeführt werden. Zusätzlich fordern wir die Einführung des Absetzens und/oder Reduzierens von Psychopharmaka und anderer Abhängigkeit verursachender Medikamente als stationäre und ambulante Regelversorgung, die durch entsprechend qualifiziertes Personal durchzuführen ist.

Die Einnahme von Psychopharmaka führt zu vielen pathologischen Symptomen, die ernsthafte gesundheitliche Probleme und erhebliche Lebensverkürzung verursachen können. Deshalb ist in vielen Fällen das Absetzen und/oder Reduzieren von Medikamenten unter medizinischer Aufsicht sinnvoll und führt oft zur Verbesserung der Lebensqualität der Patienten.

Zu 5) Die Situation der älteren, pflegebedürftigen psychisch und oft auch körperlich erkrankten Menschen ist besonders schwer. Diese Menschen werden oft, auch im Rahmen der Hilfe zur Selbsthilfe (Rehabilitation vor Pflege), nur unzureichend gepflegt und bei den Aktivitäten des täglichen Lebens unterstützt.

Um diese Zustände wesentlich zu verändern, muss insbesondere das Pflegepersonal im Bereich der ambulanten und stationären Altenhilfe und der Gerontopsychiatrie erheblich aufgestockt und besser vergütet werden. Auch die Qualität der pflegerischen und therapeutischen Versorgung muss besser als bisher gesichert werden.

Mit dem Schwerpunkt formelle und informelle Gewalt in der Pflege müssen flächendeckend unabhängige Kontrollinstanzen für alle stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen und Dienste geschaffen werden. Unabhängige einrichtungsübergreifende Beiräte mit Mitbestimmungsrecht müssen gegründet und finanziert werden.

Stellungnahme

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (DALzG)

Sabine Jansen



Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz vertritt Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen und ist Dachverband von mehr als 130 örtlichen Alzheimer-Gesellschaften und Landesverbänden. In Deutschland gibt es etwa 1,6 Millionen Demenzerkrankte. In der Versorgung von Menschen mit Demenz hat sich in den letzten Jahren viel getan, allerdings gibt es auch noch große Versorgungslücken beziehungsweise Verbesserungsbedarfe, was die Qualität der Versorgung angeht. Nicht umsonst wurde deshalb im Jahr 2020 die Nationale Demenzstrategie verabschiedet. Die DALzG sieht insbesondere in den folgenden drei Bereichen die Notwendigkeit für einen Neustart. Ob dieser gelingen kann, wird aber insbesondere davon abhängen, ob es genügend Menschen gibt, die sich beruflich in der Versorgung von Menschen mit Demenz, zum Beispiel als Pflegekraft oder als Ehrenamtliche engagieren.

1 Maßnahmen zum Erhalt von Kompetenzen bei Demenz

Menschen, die mit einer Demenz diagnostiziert wurden, traut man häufig nicht mehr viel zu. Dabei haben sie trotz einiger Defizite auch noch etliche Ressourcen, die besser gefördert werden sollten, um nicht nur die Lebensqualität zu verbessern und das Selbstbild der Betroffenen zu stärken, sondern auch die Verschlechterung der Erkrankung aufzuhalten. Grundsätzlich gehört dazu, das Lebensumfeld für Menschen mit Demenz so zu gestalten, dass sie in ihrer gewohnten Umgebung möglichst lange ihre Selbstständigkeit aufrechterhalten können. In der S3 Leitlinie „Demenzen“ werden nicht-medikamentöse Therapien, wie zum Beispiel die Ergotherapie, zur Anwendung empfohlen. Auch Musiktherapie oder Selbsterhaltungstherapie können geeignete Interventionen sein. Leider werden sie in den allermeisten Fällen aber nicht verschrieben.

Auch wissen viele Menschen nicht, dass sie zum Beispiel mit der Behandlung von Risikofaktoren (Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Übergewicht, Rauchen, übermäßiger Alkoholgenuss), mit Bewegung, gesunder Ernährung und sozialen Kontakten nicht nur ihr Risiko für eine Demenz verringern, sondern auch den Krankheitsverlauf im günstigsten Fall positiv beeinflussen können. Deshalb müssten wesentlich mehr Anstrengungen unternommen werden, um den Präventionsgedanken auch bei Demenz sowohl bei gesunden Personen als auch bei bereits erkrankten Personen im Bewusstsein zu verankern. Dazu gehört schon die Aufklärung in Schulen, aber auch die allgemeine Aufklärung zu Gesundheitsfragen. So sind die oben genannten Möglichkeiten zur Lebensstiländerung auch bei anderen Volkskrankheiten wichtig.

Nicht nur im stationären Bereich wird der Grundsatz „Reha vor Pflege“ noch zu wenig umgesetzt. Dabei gibt es zum Beispiel mit der MAKs-Therapie (für: Mehrkomponententherapie mit motorischer, alltagspraktischer, kognitiver und sozialer Förderung) auch hier geeignete Ansätze, die flächendeckend zu implementieren wären.

2 Bessere Unterstützung von Angehörigen

Schon jetzt decken Angehörige den größten Unterstützungsbedarf bei der Begleitung und Pflege von Menschen mit Demenz ab. Oft kommen sie selbst an ihre Grenzen. Studien zeigen, dass sie häufiger erkranken, sowohl psychisch als auch somatisch. Auch wenn in den letzten Jahren neue Unterstützungsangebote entstanden sind und auch mehr Möglichkeiten der Finanzierung durch die Pflegeversicherung gegeben sind, so sind diese doch nicht ausreichend und finanziell gedeckelt. Zum Beispiel haben gerade Familien, die auf dem Land wohnen, nicht immer wohnortnahen Zugang zu Beratungs- und Entlastungsangeboten.

Ein „Pflege- oder Demenz-Kopilot“ könnte Pflegenden im häuslichen Umfeld beraten, die gerade die Pflege und Betreuung eines Angehörigen übernommen haben. Sie können Pflegenden und Pflegebedürftige beraten, die gerade eine Demenz-Diagnose erhalten haben oder erstmals in einen Pflegegrad eingestuft wurden oder werden sollen. Neben pflege- und betreuungsrelevanten Fachkenntnissen müssen die Beratenden psychosoziales Wissen mitbringen. Mit diesem ganzheitlichen Ansatz könnten Angehörige aktiv begleitet, unterstützt und nachhaltig entlastet werden. Zudem könnte die Begleitung der Betroffenen oder Angehörigen auch dazu beitragen, ein unangemessenes Verhalten durch Überforderung in der häuslichen Pflege zu verhindern.

In verschiedenen Modellprojekten hat sich eine zeitlich befristete, telefonische psychologische Unterstützung (TeleTandem) sehr bewährt. Diese Intervention wurde leider trotz nachgewiesener positiver Effekte nicht in die Regelversorgung aufgenommen. Auch die bessere Bekanntmachung von Online-Angeboten (zum Beispiel der Ratgeber der DALzG für Angehörige von jung Erkrankten: www.ratgeber-junge-demenz.de) könnte Angehörige,

die noch beruflich stark eingebunden sind oder in ländlichen Regionen wohnen, Unterstützung geben. Diese Orientierungshilfe könnte mit einem telefonischen Beratungsangebot oder einer Chat-Beratung (wie am Alzheimer-Telefon) verbunden werden.

Angehörige, die noch berufstätig sind, haben es schwer, die Pflege mit ihrer Berufstätigkeit zu vereinbaren. Nicht umsonst tagt seit Jahren auf Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ein Beirat zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Wir brauchen deshalb bei der Unterstützung von Angehörigen mehr Flexibilität im Arbeitsleben, konkrete Informationen, die dem jeweiligen Bedarf entsprechen, mehr passgenaue Angebote und, das hat sich gerade in der Pandemie gezeigt, auch die flexible Nutzung von Leistungsansprüchen. Gerade zum letzten Punkt wäre es wichtig, dass das bereits im letzten Koalitionsvertrag angekündigte Entlastungsbudget zur Umsetzung kommt.

3 Verbesserung der Krankenhausversorgung für Menschen mit Demenz

Gerade in der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus ist die Herstellung von Barrierefreiheit eine wichtige Grundvoraussetzung. Dabei geht es nicht nur darum, Infrastruktur, Serviceleistungen und weitere Angebote inklusiv und barrierefrei zu gestalten, sondern auch darum, eine neue Kultur des Helfens, ein neues Miteinander, eine „Barrierefreiheit in den Köpfen“ zu schaffen. Im Mittelpunkt steht hier die Aufhebung der einseitigen Wahrnehmung und Stigmatisierung des Themas und der Betroffenen. Damit geht es darum, einen langfristigen Bewusstseins- und Strukturwandel im Bereich der Versorgung im Krankenhaus anzustoßen, bei dem die folgenden Maßnahmen zur Anwendung kommen sollten:

- Für die genannte Personengruppe muss eine durchgängige Assistenz ermöglicht werden. Betreuungskräfte im Krankenhaus können helfen, Menschen mit Demenz zu begleiten und ihren Tag zu strukturieren.
- Krankenhäuser brauchen einen Pool von qualifizierten Fachkräften, die speziell für die Betreuung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und/oder Mehrfachbehinderungen eingesetzt werden.
- Neben der Qualifizierung von Mitarbeiter:innen müssen Schwerpunkt-/Spezialstationen mit bedürfnisgerechter Umgebungsgestaltung für Menschen mit kognitiven Einschränkungen und erhöhtem Betreuungsbedarf (insbesondere Menschen mit Demenz) geschaffen werden.
- Eine bessere räumliche Orientierung kann nicht nur Menschen mit Demenz helfen, sich besser zurecht zu finden. Dazu können Hinweisschilder und verständliche Symbole sowie ausreichend Licht am Tag beziehungsweise nächtliche Lichtreduzierung gehören.
- Um Nachhaltigkeit zu schaffen, müssen Koordinator:innen/Beauftragte benannt werden, die die Maßnahmen begleiten.

- Das Aufnahmemanagement im Krankenhaus muss entsprechend geändert werden, damit schon im Vorfeld die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und/oder Mehrfachbehinderungen berücksichtigt werden können. Dazu könnte auch ein Demenz-Screening gehören, um kognitive Einschränkungen überhaupt zu erkennen.
- Im Rahmen des Entlassungsmanagements ist eine sektorenübergreifende Netzwerkarbeit von entscheidender Bedeutung. Insbesondere Menschen mit kognitiven Einschränkungen profitieren von der Optimierung dieser Schnittstelle durch die Stärkung der häuslichen Pflegearrangements. Drehtüreffekte und Krisen in der Häuslichkeit, die letztendlich wiederum zu Heimaufenthalt führen, können so vermieden werden.
- Die Wartezeit, beispielsweise bei ambulanten Eingriffen, muss für Menschen mit kognitiven Einschränkungen individuell angepasst werden, weil die Abläufe manchen Betroffenen unverständlich sind, Ängste auslösen können und ihnen ein längerer Aufenthalt im Wartebereich nicht zuzumuten ist.
- Die Krankenhäuser müssen ihr Personal schulen, Bedarfe von Menschen mit Behinderungen und kognitiven Beeinträchtigungen zu erkennen. Dies betrifft auch Mitarbeiter:innen von Rettungsdiensten und Notaufnahmen. Zudem müssen Schulungen und Weiterbildungen im Hinblick auf Barrierefreiheit und zur menschenrechtlichen Sichtweise von Behinderung (Bewusstseinsbildung im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention) sowie Schulungen zur Delirprophylaxe durchgeführt werden.
- Es muss die Regel sein, dass Angehörige, die das beste Wissen über die betroffenen Menschen haben, bei allen Prozessen (Aufnahme, Visiten, Entlassungsmanagement) einbezogen werden.

Das DRG-System (für: Diagnosis Related Groups, diagnose-bezogene Fallgruppen), das jetzt in den Krankenhäusern zur Abrechnung verwandt wird, ist aus unserer Sicht nicht geeignet, eine Orientierung hin zur sprechenden Medizin – und weg von den Ertrag bringenden Operationen – zu befördern, wie sie gerade bei Menschen mit Demenz, aber auch allgemein bei älteren Menschen so wichtig ist.

Einzelstellungnahme von Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock

Die fünf größten gesundheitspolitischen Themen, die einer Reform bedürfen, sind aus meiner Sicht die folgenden:

1. Eine nachhaltige solidarische Finanzierung der Krankenversorgung und Pflege
2. Mehr Qualität in der Krankenversorgung durch Eliminierung kontraproduktiver Anreize sowie Neukomposition von Funktionen und Institutionen
3. Die Stärkung von Funktionen und Institutionen populationsbezogener Gesundheitssicherung
4. Die Stärkung der Rechte und Kompetenzen von Nutzer:innen
5. Eine Orientierung der Politikbereiche Einkommen/Vermögen, Steuern, Sozialleistungen, Arbeitsmarkt, Arbeitsgestaltung, Bildung, Wohnen, Mobilität hin auf das Querschnittsziel „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ (Health in all Policies)

Konkrete Änderungen

Zu 1) Für die Risiken Krankheit und Pflegebedürftigkeit wird eine Bürgerversicherung geschaffen. Ab einem festgesetzten Stichtag werden alle neuen Voll-Versicherungsverhältnisse für den Krankheitsfall ausschließlich in der Bürgerversicherung abgeschlossen. PKV-Vollversicherten wird ein Bestandsschutz gewährt. Als beitragspflichtig gelten alle Einnahmen (sowohl aus abhängiger als auch aus selbständiger Arbeit einschließlich Werkverträgen u. Ä., Einnahmen aus Kapital- und Grundbesitz u. Ä.), die Beiträge aus Arbeitseinkommen werden paritätisch von Arbeitgeber und Beschäftigten geleistet, Beiträge auf andere Einkommen berechnen sich mit einem anderen Beitragssatz. Eine Beitragsbemessungsgrenze wird zunächst auf dem Niveau der Rentenversicherung angesetzt, bei Bedarf ist sie steigend; die Versicherungspflichtgrenze für den Krankheitsfall entfällt in der Bürgerversicherung. Für den Bereich der Pflege werden Sofortmaßnahmen durchgeführt: zunächst findet eine Umwandlung der Pflegeversicherung in eine „echte Teilkasko-Versicherung“ statt (Sockel-Spitze-Tausch), perspektivisch ist dann eine Vollversicherung für alle Pflegekosten als Bürgerversicherung zu konzipieren. In der weiteren Perspektive werden Kranken- und Pflegeversicherung zusammengelegt.

Zu 2) Alle Institutionen der Versicherung und Versorgung werden verbindlich zu interkultureller und innerkultureller Öffnung verpflichtet, das heißt alle sprachlichen Äußerungen, Wegweiser und Prozeduren in und zwischen den Institutionen müssen physisch, sozial und kulturell so gestaltet sein, dass sie unabhängig von gesundheitlichen, kulturellen, sprachlichen und intellektuellen Voraussetzungen genutzt werden können. Diese Verpflichtung ist mit einem Monitoring verbunden. Eine wesentliche Qualitätssteigerung im Gesundheitswesen kann erreicht werden, wenn die Gewinn- und Rendite-Orientierung aus Versicherung, Krankenversorgung, Pflege und Rehabilitation eliminiert wird.

Für die GKV (Bürgerversicherung) darf sich der Wettbewerb um „gute Risiken“, das heißt die Konkurrenz zwischen den Kassen um Versicherte mit positivem Deckungsbeitrag, nicht mehr lohnen. Zur Auflösung dieses Wettbewerbs sind folgende Schritte vorzusehen: zunächst wird der Anteil der „einheitlich und gemeinsam“ zu bearbeitenden Felder und Verträge vergrößert, später folgt die Regionalisierung der Bürgerversicherung („Gebietskrankenkassen“), die in einem öffentlichen Wettbewerb um Innovationen, bessere Qualität von Versorgung und Service sowie um die Erreichung von Versorgungs- und Gesundheitszielen (zum Beispiel der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen) stehen.

Für gewinnorientierte Einrichtungen der Krankenversorgung, Pflege und Rehabilitation wird die Gewinnentnahme auf etwa vier Prozent per annum festgelegt. Für renditeorientierte Akteure gilt ein Erwerbs- und Errichtungsverbot. Bei Neugründung und Neuzulassung haben gemeinnützige, beziehungsweise kommunale Akteure Vorrang (Prinzip der Subsidiarität). Für die Situation im Krankenhaus muss die gesetzliche Regelung eine verlässliche Investitionsfinanzierung durch die Länder vorsehen und eine tiefgreifende Reform der nach Fallpauschalen berechneten DRG-Vergütung umsetzen: mittels geringerer Differenzierung, pragmatischer Lockerung und der Schaffung von Hoch-Risiko-Fonds. Weitere Ansatzpunkte sind die qualitative und quantitative Stärkung der Pflege, die erleichterte Übernahme von Funktionen der ambulanten Versorgung durch Klinik-Ambulanzen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Sozialstationen und Pflegedienste.

Die ambulante Versorgung sollte durch die kleinräumige Steuerung einer populations- und risikobezogenen Niederlassung organisiert werden, wobei medizinische Versorgungszentren, die *Not-for-Profit* ausgerichtet sind und über die Möglichkeit verfügen, Funktionen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Rehabilitation anzulagern, gefördert werden. Bei der Vergütung ist das Prinzip der Pauschalierung (*Capitation*) zu stärken. Bei der Pflege hat die ambulante Form Vorrang vor der stationären haben, und Mischformen und neue Arrangements, zum Beispiel Demenz-Wohngemeinschaften, wären zu fördern. Unter verstärkt kommunaler Regie ist eine kleinräumig regionalisierte Pflege aufzubauen, in Stadtteil, Kiez oder Dorf. Barrierefreie und versorgungsfreundliche Sozialräume zu schaffen, ist eine Gemeinschaftsaufgabe von Kommune, Pflegeversicherung und Zivilgesellschaft. Dabei sollte die Pflege mit Funktionen und Institutionen der Gesundheitsförderung vernetzt werden. Altenhilfe und ähnliche Leistungen müssen zu diesem Zweck zur Pflichtaufgabe der Kommunen werden.

Zu 3) Der Um- und Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zu einer flächendeckenden *Public-Health*-Infrastruktur beinhaltet kommunale Planungs- und zum Teil Durchführungsverantwortung in enger Kooperation mit weiteren kommunalen Behörden. Hier liegt auch die Zuständigkeit für ein regionales und zielgruppenspezifisches *Risk Appraisal* und daraus abgeleitet eine Prioritäten- setzung, die auf nationaler Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitszielen basiert. Weitere Aufgaben sind die Koordination, Initiierung, (ergänzende) Durch- führung und Qualitätssicherung der entsprechenden Lebensweltinterventionen. Eine lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung soll sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen nach Prioritäten- setzung des ÖGD reduzieren. Sie wird finanziert durch die Gebietskrankenkasse (GKV) und durchgeführt von Trägern der Zivilgesellschaft, Krankenkassen und dem ÖGD. Die Governance der Prävention (heute v.a. durch die GKV und die Nationale Präventionskonferenz) obliegt dem Staat, der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), den Gesundheitswissenschaften und der Zivilgesellschaft (als Träger von Lebenswelten und Akteur der Lebensweltprävention). Integraler Bestandteil der Gesundheitssicherung durch den ÖGD ist eine individuelle Beratung zu allen gesundheitsbezogenen Problemen und gegebenenfalls begleitete Weiterver- weisung. Epidemiekontrolle und *Desaster Preparedness* sind weitere relevante Themen einer populationsbezogenen Gesundheitssicherung.

Zu 4) Um ihre Rechte und Kompetenzen zu stärken, werden die versicherten-, patienten- und behinderungsbezogenen Beratungs- und Mitwirkungsinstitutionen, das heißt vor allem die Weißen Listen, die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), Patientenvertretungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und auf Länderebene, mitwirkende Interessenvertretungen qua Bundes- teilhabegesetz (BTHG), Selbsthilfeorganisationen und Patientenorganisationen in einer Stiftung zusammengeführt, die sie koordiniert und mit Wissen und Ressourcen versorgt. Auf diese Weise entsteht – bei Aufrechterhaltung der politischen Autonomie der an der Stiftung beteiligten Institutionen – eine echte „dritte Bank“.

Zu 5) Alle Gesetze und Regelungen vergleichbarer Verbindlichkeit mit abseh- baren Auswirkungen auf Teilhabe- und Gesundheitschancen (zum Beispiel Einkommen/Vermögen, Steuern, Sozialleistungen, Arbeitsmarkt, Arbeitsge- staltung, Bildung, Wohnen, Mobilität) bedürfen einer Gesundheitsverträglich- keitsprüfung, mit der insbesondere ihre Wirkung auf ungleichheitsrelevante soziale Determinanten untersucht und dargestellt wird.

Stellungnahme

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

Helmut Knepe



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 sozialraum-orientierten 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 etc.). 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-Managementstrukturen 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 unter anderem 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 Wahrscheinlichkeit 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 Case Management/ Fallkonferenzen/Audits
- Digitalisierung von Behandlungs- und Versorgungsplänen
- Weiterentwicklung von Versorgungspfaden zu leistungsrechtlich übergreifenden Versorgungsnetzen
- Ausbau des Leistungs- und Case Management-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*-Managements.
- Ausweitung kommunaler Gesundheits- und Pflegeplanung sowie eines *Care*-Managements 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.

Stellungnahme

Mukoviszidose e.V.

Stephan Kruip



Wir haben mehrere Themen identifiziert, die aus unserer Sicht einer Reform unseres Gesundheitssystems bedürfen, und schlagen dazu konkrete Verbesserungen vor. Da Mukoviszidose eine seltene Erkrankung ist, dürfte es nicht verwundern, dass sich unsere Perspektive auf seltene Erkrankungen fokussiert:

1 Empfehlungen des Deutschen Ethikrats zu seltenen Erkrankungen

Der Deutsche Ethikrat hat sich im Jahr 2018 in der Ad-hoc-Empfehlung mit „Herausforderungen im Umgang mit seltenen Erkrankungen“ befasst³. Den darin enthaltenen Empfehlungen möchten wir uns ausdrücklich anschließen:

- Zentren für seltene Erkrankungen sollten bundesweit eingerichtet und ausreichend finanziert werden, um chronisch kranken Patienten die Möglichkeit einer fachlich angemessenen und langfristigen Versorgung zu bieten. Die Zentren sollten einer Zertifizierung unterliegen, zur Erstellung von oder Beteiligung an Registern verpflichtet sein und die Krankheiten und die Versorgung der Patienten begleitend erforschen.
- Selbsthilfefreundliches Gesundheitswesen: Mit Rücksicht auf die besonderen Probleme von Menschen mit seltenen Erkrankungen sollte das Gesundheitswesen „selbsthilfefreundlich“ organisiert sein: In der medizinischen einschließlich der genetischen Beratung sollten die in den Selbsthilfegruppen beziehungsweise Patientenorganisationen gesammelten Erfahrungen für die Verbesserung von Diagnose, Behandlung und Prävention genutzt werden. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Patientenorganisationen und Versorgungseinrichtungen sollte gefördert werden, um die Bedürfnisse und Interessen von Patienten besser zu berücksichtigen.
- Patientenregister sind bei seltenen Erkrankungen zur Generierung von Evidenz nach der Zulassung von neuen Medikamenten besonders wichtig. Patientenregister sollten daher gefördert werden. Dabei erfordert die Wahl des Trägers eines Patientenregisters besondere Sorgfalt. Um Interessenkonflikte zu vermeiden und die Qualität der Daten zu sichern, sollte ein Register einer externen Qualitätssicherung unterliegen und weder von einem einzelnen Arzt noch von einem einzelnen pharmazeutischen Hersteller geführt werden.

³ Deutscher Ethikrat: „Herausforderungen im Umgang mit seltenen Erkrankungen“ Ad-Hoc-Empfehlung, 23. November 2018, im Internet verfügbar unter www.ethikrat.org

- Die Forschung zur Verbesserung von Diagnose, Therapie und Prävention seltener Erkrankungen sollte gestärkt werden.
- Information und Schulung: Medizinstudierende, Ärzte in der Weiterbildung sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe sollten für die spezifischen Probleme in der Diagnostik, Therapie und Prävention seltener Erkrankungen sensibilisiert werden. Der Zugang von Patienten mit seltenen Erkrankungen zu spezifischen und altersgerechten Schulungsprogrammen im Rahmen der regelmäßigen Ambulanzbesuche, während Rehabilitationsaufenthalten und als Online-Angebot sollte gesichert werden. Diese Maßnahmen sollten als Teil des therapeutischen Gesamtkonzeptes verstanden und von den Kostenträgern der Krankenversorgung finanziert werden.

2 Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE)⁴

In NAMSE haben sich seit 2009 insgesamt 28 Akteure des deutschen Gesundheitswesens zusammengefunden, um durch gemeinsames Handeln dazu beizutragen, die Lebenssituation jedes einzelnen Menschen mit einer Seltenen Erkrankung (SE) zu verbessern. Die Umsetzung des Maßnahmenkatalogs ist verstärkt zu fördern, zum Beispiel die Verankerung von Zentren für Seltene Erkrankungen im Versorgungssystem, um eine auskömmliche Finanzierung zu erreichen, die Zertifizierung der Zentren sowie die Erforschung von innovativen Diagnostik- und Therapieoptionen.

3 Finanzierung von Ambulanzen für seltene Erkrankungen

Deutschlandweit fehlen ausreichend finanzierte Strukturen für die ambulante Versorgung vor allem der erwachsenen Mukoviszidose-Patienten. Der Mukoviszidose e.V. hat deshalb im Januar 2017 mit der Bundestags-Petition Nr. 69295 „Gesetzliche Krankenversicherung – Leistungen – Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung von Mukoviszidose-Patienten“ auf dieses Problem aufmerksam gemacht und fast 100.000 Mitzeichner gewinnen können. Das Thema der Petition ist bis heute ungelöst⁵:

Benötigt würde eine ausreichende Anzahl von multimodalen, auf Mukoviszidose spezialisierten Fachzentren für Erwachsene – mit Ärzten, Psychologen, einem Sozialdienst, in Mukoviszidose geschulten Physiotherapeuten und Ernährungstherapeuten. Obwohl inzwischen die Mehrheit der Betroffenen das

⁴ Strategiepapier des NAMSE 2020 – 2022
https://www.namse.de/fileadmin/user_upload/downloads/Strategiepapier_NAMSE_2020-2022.pdf

⁵ Petitionstext und Informationen: <https://www.muko.info/ueber-den-verein/gesundheitspolitische-arbeit/petition>

Erwachsenenalter erreicht hat, werden noch immer 35 Prozent der Erwachsenen in der Pädiatrie behandelt. Aufgrund der nicht ausreichenden Vergütung der Mukoviszidose-Behandlung treten immer wieder Versorgungsengpässe auf. Seit vielen Jahren beklagen die Leiter von Mukoviszidose-Einrichtungen, dass die komplexe, multimodale ambulante Therapie von Mukoviszidose-Betroffenen defizitär sei. Und auch der Mukoviszidose e.V. warnt seit langem vor dieser Situation. Und es ist zu befürchten, dass sich die Versorgung der Erwachsenen weiter verschlechtern wird: Eine 2015 auf Basis der Patientendaten des Europäischen Mukoviszidose-Registers (European Cystic Fibrosis Society) errechnete demographische Prognose ergab, dass die Anzahl der Kinder mit Mukoviszidose bis 2025 um etwa 15 Prozent steigen wird, die der Erwachsenen um 50 Prozent. Die Versorgungslandschaft in Deutschland ist hierauf nicht ausgerichtet.

4 Arzneimittelpreise für Orphan Drugs:

Patienten profitieren aktuell sehr von innovativen, bei Mukoviszidose kausal wirkenden neuen Medikamenten. Durch ihren Orphan-Drug-Status (Medikamente für seltene Erkrankungen) erzielen sie so hohe Preise, dass Fragen der Gerechtigkeit innerhalb der Solidargemeinschaft der Versicherten drängend werden. Die Bereitschaft des deutschen Gesundheitssystems, Therapiekosten von zum Beispiel 275.000 Euro pro Jahr und Patient lebenslang zu bezahlen, verringert außerdem die Chancen der Mukoviszidose-Patienten in anderen (europäischen) Ländern, jemals eine Kostenerstattung für diese Medikamente zu bekommen. Ein fairer Preis für ein neues Medikament sollte einerseits dem Hersteller eine ausreichende Gegenleistung für seine Investition in die Entwicklung des Medikaments inklusive Risikozuschlag bieten, andererseits aber auch langfristig für die Krankenkassen tragbar sein, um den dauerhaften Zugang für die Patienten zu sichern. Auch im Interesse der Mukoviszidose-Patienten muss deshalb das Ziel lauten, einen fairen und angemessenen Preis für Orphan Drugs zu erreichen⁶. Der europäische Dachverband der Patientenorganisationen für seltene Erkrankungen (*European Organisation for Rare Diseases*, EURORDIS) fordert, die Preise bis 2025 auf ein Drittel bis ein Fünftel im Vergleich zu heute zu reduzieren⁷. Dazu empfiehlt EURORDIS den nationalen Gesundheitssystemen, die Preisverhandlungen mit den Herstellern zwischen den Ländern abzustimmen.

6 Mitgliedermagazin muko.info Ausgabe 4/2020, online abrufbar unter <http://www.familie-kruip.de/?Big-CFPharma/Fairer-Preis-fuer-Kaftrio>

7 Eurordis (Hg.) (2018): Breaking the Access deadlock to leave no one Behind. A contribution by EURORDIS and its members on possibilities for patients' full and Equitable Access to Rare disease therapies in Europe. http://download2.eurordis.org.s3.amazonaws.com/positionpapers/eurordis_access_position_paper_final_4122017.pdf

Stellungnahme

Sozialhelden e.V.

Raul Krauthausen / Constantin Grosch



SOZIALHELD*INNEN

Ein Gesundheitssystem, das für alle Menschen die bestmögliche Qualität liefert: Das wünschen wir uns. Aber was bedeutet das genau?

Bis heute müssen medizinische Einrichtungen nicht barrierefrei sein. Insbesondere im ambulanten Bereich stoßen Menschen mit Behinderungen auf unüberwindbare Hindernisse. Zu der gerade auf dem Land knappen ärztlichen Versorgung kommen physische und kommunikative Barrieren hinzu. Eine Anfrage im Bundestag hat ergeben, dass nur gut jede dritte Arztpraxis (34,4 Prozent) in Deutschland über mindestens ein Merkmal der Barrierefreiheit verfügt⁸. Bei Facharztpraxen gestaltet sich die Situation noch um einiges dramatischer: Einer Studie der Universität Bielefeld aus dem Jahr 2019 zufolge kann beispielsweise nur in 82 von 1.365 Fällen eine gynäkologischen Arztpraxis als barrierefrei bestätigt werden, also gerade einmal sechs Prozent der erfassten gynäkologischen Arztpraxen⁹.

Damit ist weder eine Grundversorgung garantiert, noch kann eine zeitnahe Terminvergabe oder gar eine freie Arztwahl gesichert werden. Dass Menschen mit Behinderungen wegen geringster gesundheitlicher Einschränkungen aufgrund mangelnder ambulanter Versorgung in Krankenhäuser oder Spezialzentren verwiesen werden, ist nicht nur Anzeichen eines exkludierenden Gesundheitssystems, sondern auch eine unnötige Belastung von Bereichen, die für Notfälle und kritische Konstellationen gebraucht werden. Die bisher zuständigen Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigung, der Bundesländer und des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind offensichtlich mit ihren Versuchen der Freiwilligkeit und Selbstverwaltung gescheitert.

8 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/198246/Barrierefreiheit-Zehntausende-Arztpraxen-nicht-barrierefrei>

9 Homborg et. al., 2019, „Evaluation von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Behinderung“, Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Jedes Nicht-Handeln, jedes Erhalten von Barrieren ist dabei ein aktives Diskriminieren von Menschen mit Behinderungen. Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) spezifiziert in Artikel 25, dass Menschen mit Behinderungen eine Gesundheitsversorgung angeboten werden muss, die von derselben Qualität und demselben Standard ist, wie die für andere Menschen. Das Angebot soll so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen. Dabei bezieht sich der Artikel 25 der UN-BRK im Besonderen auf die Pflicht der Vertragsstaaten, „Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation“ zu gewährleisten. Die Vertragsstaaten haben laut UN-BRK außerdem dafür Sorge zu tragen, dass eine Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung und -leistungen nicht stattfindet.

Es braucht daher endlich:

- verpflichtende, gesicherte, sektorenübergreifende und regelmäßige Erhebung von Barrierefreiheitsmerkmalen und deren Darstellung zu Informationszwecken
- eine Verpflichtung zur Barrierefreiheit und der Bereitstellung entsprechender Hilfsmittel in der ambulanten und stationären Versorgung

Der Sozialheld:innen e.V. möchte deshalb eine Kampagne „GesundheitFürAlle“ durchführen, die einerseits verlässliche Standards für Menschen mit Behinderungen in der Gesundheitsversorgung setzen soll und andererseits den Beteiligten im Gesundheitsbereich Unterstützung und Hilfen bei der Umsetzung von Barrierefreiheit in allen Belangen (kommunikativ, digital und physisch) anbieten kann.

Ziel einer solchen Kampagne ist es, die Umsetzung der genannten Vorgaben der UN-BRK in Deutschland voranzutreiben.

Stellungnahme

Sozialverband VdK Deutschland e. V.

Verena Bentele



Einleitung

Der Sozialverband VdK Deutschland e.V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über zwei Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit über 70 Jahren bestehenden Verband aus. Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen. Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

Der VdK tritt für einen starken Sozialstaat ein. Deutschland kann stolz auf diesen Sozialstaat sein. Wer viel hat, kann andere unterstützen. Denn mit einem Schlag können auch diejenigen, denen es sehr gut geht, auf Hilfe angewiesen sein. Gerade die Corona-Krise hat gezeigt, dass stabile Sozialsysteme nicht nur dem Einzelnen helfen, sondern unser ganzes Land stark machen. Kurzarbeitergeld, Unterstützungsleistungen für Eltern ohne Kinderbetreuung oder pflegende Angehörige ohne professionelle Hilfe, aber auch Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser, Ärzte und Reha-Einrichtungen ohne Patienten machen das möglich. Ein gutes Gesundheitssystem ist ein sehr wichtiger Baustein für einen starken Sozialstaat. Irgendwann sind alle Bürgerinnen und Bürger einmal auf die Gesundheitsversorgung angewiesen. Deutschland hat ein leistungsfähiges Gesundheitswesen. Damit es aber noch besser und vielleicht sogar gerecht wird, muss noch einiges getan werden. Zu folgenden vier Leitfragen, möchte der VdK Stellung beziehen:

Welche sind aus Ihrer Perspektive die drei bis fünf größten Themen in unserem Gesundheitssystem, die einer Reform bedürfen?

Der VdK hat weitreichende Forderungen zur Änderung des Gesundheitssystems in Deutschland. Dazu gehören an erster Stelle:

- eine solidarische, einheitliche Krankenversicherung für alle Menschen in Deutschland
- eine Gesundheitsversorgung, die das medizinisch Notwendige leistet und Geringverdiener nicht ausgrenzt
- eine flächendeckend sehr gute Versorgung durch Ärzte und Krankenhäuser sowie nichtärztliche Leistungserbringer
- eine Rückkehr zur Daseinsvorsorge für die Menschen ohne Gewinn und Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern
- gesetzliche Krankenkassen ohne Wettbewerb und hohe Verwaltungskosten, bei denen alle Mittel in die Gesundheitsversorgung der Patienten fließen

Was würden Sie konkret ändern?

1. Die Unterschiede zwischen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung haben zu einem Zwei-Klassen-System in der Gesundheitsversorgung geführt. Die privaten Versicherungsunternehmen versichern die jungen, leistungsfähigen Menschen, während alle, die gesundheitlich eingeschränkt sind und hohe Kosten verursachen, auf das gesetzliche System angewiesen sind. Die Gering- und Normalverdiener finanzieren also die gesetzliche Krankenversicherung, während sich gerade die Gut- und Spitzenverdiener diesem Solidarsystem entziehen können. Nach einer Berechnung der Bertelsmann-Stiftung von Anfang 2020 zahlt jeder gesetzlich versicherte Durchschnittsverdiener 145 Euro im Jahr allein dafür, dass gut Verdienende, Beamte und Selbstständige sich dem Solidarsystem entziehen. Die gesetzlich Versicherten sorgen mit ihren Beiträgen auch für die Grundstruktur von stationärer und ambulanter Behandlung. Die Nutznießer der privaten Versicherung führen gerne die hohe Vergütung der Ärzte durch die private Versicherung an. Doch das gilt schon einmal nicht für die Krankenhausleistungen. Auch bei den niedergelassenen Ärzten kommt dieses Geld sehr unterschiedlich an. 90 Prozent der Menschen in Deutschland sind gesetzlich versichert und leisten ihren Anteil daran, dass es überhaupt Krankenhäuser und Arztpraxen gibt. Über das Zwei-Klassen-System bei Terminvergabe und Zugang zu allen Gesundheitsleistungen müssen wir hier gar nicht erst reden.

Um Abhilfe zu schaffen, muss es eine solidarische, einheitliche Krankenversicherung geben, in die alle Bürgerinnen und Bürger einzahlen. Das gilt auch für Selbstständige, Beamte und Politiker. Eine private Vollversicherung darf es nicht mehr geben.

Eine solche Reform braucht ihre Zeit. Als erste Schritte sind notwendig: Die Vergütung von Ärzten für die Behandlung von gesetzlich und privat Versicherten ist zu vereinheitlichen. Dabei muss die Gesamtvergütung stabil bleiben. Es muss einen Solidarausgleich zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung geben. Letztlich muss Beamten sowie allen Beihilferechtigten die Möglichkeit gegeben werden, sich in der gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern und dafür einen hälftigen Beitrag des Dienstherrn zu erhalten.

2. Unsere jetzige Gesundheitsversorgung benachteiligt Geringverdiener zu sehr. Es gibt Zuzahlungen für immer mehr Arzneimittel, Aufzahlungen bei notwendigen Arznei- und Hilfsmitteln, Leistungsausgrenzungen bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln oder Festzuschüsse beim Zahnersatz. Individuelle Gesundheitsleistungen des Arztes werden angeboten, aber gar nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt.

Dadurch gibt es immer mehr Gesundheitsleistungen, die vom Geldbeutel abhängen. Gesundheitsversorgung ist aber Teil der Daseinsvorsorge und muss immer bezahlt werden, wenn sie medizinisch notwendig ist. Zwar gibt es die Möglichkeit, sich zum Beispiel von Zuzahlungen befreien zu lassen, aber auch viele Menschen oberhalb dieser Schwelle haben kleine Einkommen. Für keinen Menschen darf Gesundheit ein Luxus sein.

Alle Zu- und Aufzahlungen, Leistungsausgrenzungen und Beschränkungen auf Festzuschüsse müssen abgeschafft werden. Dies wird mehr Geld kosten, aber durch eine einheitliche solidarische Krankenversicherung zahlen auch die Gut- und Spitzenverdiener mehr in das gesetzliche System ein.

3. Die ärztliche Versorgung wird auf dem Land und in strukturschwachen Stadtteilen immer lückenhafter. Dort waren 2019 lediglich bis zu einem Viertel der Ärzte und Psychotherapeuten angesiedelt verglichen mit Städten oder Stadtteilen mit vielen Privatpatienten. Ein Zusammenführen von gesetzlicher und privater Krankenversicherung würde diese Unterschiede ausgleichen, da in der Vergütung der Ärzte nicht mehr so gewaltige Differenzen bestehen würden. Es muss aber auch weitere Anreize für Ärzte geben, sich in strukturschwachen Regionen niederzulassen, und damit ihrer Sorgen über zu wenig Schulen, Kitas oder kulturelle Angebote entgegenzuwirken. Dazu gehören ein Landarztzuschlag, Stipendienprogramme, eine verbesserte Aus-, Fort- und Weiterbildung und gute Arbeitsbedingungen mit familiengerechten Arbeitszeiten. Die Kommunen müssen gesetzlich in die Pflicht genommen und bei den Planungsprozessen der Kassenärztlichen Vereinigungen eingebunden werden.

In den Krankenhäusern brauchen wir eine flächendeckende Versorgung für den Notfall und einfache Eingriffe. Bei komplizierten Operationen oder Versorgungsleistungen, wie künstlichen Kniegelenken oder Schlaganfallbehandlung muss es aber einen Standard an Erfahrung und Qualität der Versorgung geben. Dafür sind Mindestmengen bei den Behandlungen einzuführen, die diese Qualität sichern. Ein wichtiger Schritt ist natürlich, dass die Bundesländer wieder ausreichend in die Krankenhausfinanzierung investieren, um den Investitionsstau aufzulösen.

4. Wir brauchen ein Gesundheitssystem, das an den Bedarfen der Menschen, nicht an Gewinnen und ökonomischer Effizienz ausgerichtet ist. Krankenhäuser haben einen hohen finanziellen Druck, die Betten zu belegen und teure Eingriffe vorzunehmen. Kostspielige technische Anschaffungen müssen sich rentieren und daher oft eingesetzt werden. Im Gegenzug werden gering bezahlte Leistungen wie Beratungsgespräche seltener erbracht. Die Einrichtungen halten kein Personal vor, um auf unplanbare Ereignisse reagieren zu

können. Bestes Beispiel sind Hebammen: Natürliche Geburten sind nicht planbar und es haben nicht genügend Hebammen durchgängig Schicht, um viele gleichzeitig anstehende Geburten abzudecken. Erst durch das Hebammen-Förderprogramm von 2020 wurde es ausnahmsweise möglich, Hebammen und Fachpersonal zur Unterstützung bei Geburten einfach zur Daseinsvorsorge zu bezahlen.

Die Krankenhausplanung muss aber generell sowohl die regelmäßige Versorgung der Bevölkerung auf hohem medizinischen Niveau als auch Reservekapazitäten für den Fall einer Krise einplanen. Gesundheitsversorger wie Krankenhäuser dürfen sich nicht die lukrativen Leistungen – zum Beispiel kostspielige Operationen – herauspicken, sie müssen sich am Wohle der Patientinnen und Patienten orientieren. Unsere gesundheitliche Versorgung ist Teil der Daseinsvorsorge und muss daher auch nach der Logik der Daseinsvorsorge funktionieren.

5. Der Wettbewerb auch zwischen den gesetzlichen Krankenkassen hat zu sehr negativen Auswirkungen für die Versicherten geführt. Die Krankenkassen wollen junge, gesunde Mitglieder, um Gewinne zu machen. So ein Wettbewerb geht immer zu Lasten der Alten, Schwachen und chronisch Kranken.

Menschen mit Behinderung können zum Beispiel gar nicht so einfach die Kasse wechseln, da sie auf die fortlaufende Zurverfügungstellung von Hilfsmitteln angewiesen sind. Die alte Krankenkasse wird ihre Hilfsmittel zurücknehmen, während die neue Kasse ihrerseits neue Hilfsmittel noch nicht bewilligt hat. Keine Studie hat belegt, dass ein Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen die Gesundheitsversorgung verbessert. Die Werbebudgets der Krankenkassen mögen im Vergleich zu den Leistungsausgaben nicht bedeutsam sein, aber dennoch wären auch diese Millionen Euro bei den Versicherten besser aufgehoben.

Das Gleiche gilt für die Verwaltungskosten der Krankenkassen. Die Zahl der zurzeit 103 gesetzlichen Krankenkassen ist historisch gewachsen. Sie hat sich seit den 1970er Jahren auch deutlich reduziert. Dennoch wird so ein gewaltiges Nebeneinander von Verwaltungsstrukturen und damit Verwaltungskosten erzeugt. Im Jahr 2020 sind die Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen stärker angestiegen als die Leistungsausgaben. Zwar ist das nicht durchgängig so, aber es ist auch ein Hinweis: Die einheitliche Verwaltungsstruktur einer gesetzlichen Krankenkasse würde nicht nur eine einheitliche Durchführung der Gesundheitsversorgung bedeuten, sondern auch vervielfachte Kosten in der Verwaltung vermeiden.

Der Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen ist daher abzuschaffen. Sie müssen sich allein auf die medizinische Versorgung konzentrieren. Außerdem sind Möglichkeiten zu einer deutlichen Verschlinkung des Systems der gesetzlichen Kassen zu prüfen.

Was sind die wichtigsten Elemente einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und die Maßnahmen mit der größten Wirkkraft?

Diese Frage gibt Gelegenheit für eine Zusammenfassung:

Solidarität ist das entscheidende Stichwort. Nur als Solidargemeinschaft können wir Krisen bestehen, und nur mit Solidarität werden wir ein gutes und gerechtes Gesundheitssystem schaffen. Daher ist die Zusammenführung von privater und gesetzlicher Krankenversicherung zu einer solidarischen und einheitlichen Versicherung eine ganz wichtige Stellschraube.

Neben der Auflösung einer Zwei-Klassen-Gesellschaft bei der Versorgung oder auch nur der Terminvergabe beim Arzt wird dies gute Nebeneffekte für alle haben. Zum Beispiel erhält ein Arzt für die Beratung des Patienten eine sehr geringe Vergütung. Also ist dafür meist nur wenig Zeit. Bei einer Umschichtung der Vergütung muss eine bessere Bezahlung des so wichtigen Gesprächs mit dem Patienten eingeführt werden, damit der Arzt sich dafür mehr Zeit nehmen kann.

Ein zweiter wichtiger Baustein besteht darin, den Bedarf der Patientinnen und Patienten an medizinischer Versorgung in den Mittelpunkt zu stellen. Daher müssen alle medizinisch notwendigen Leistungen vollständig bezahlt werden. Die Gesundheitsversorger dürfen sich nur noch an der Daseinsvorsorge für die Menschen orientieren.

Haben Sie weitere Ergänzungen?

Für die Versicherten wichtige Themen sind darüber hinaus:

Die Patientinnen und Patienten sind im Geflecht des Gesundheitssystems neben Krankenkassen und Leistungserbringern wie Ärzten oder Krankenhäusern das schwächste Glied. Sie benötigen die Behandlung oft dringend, haben aber keine medizinische oder sozialrechtliche Expertise und können ihre Rechte gegenüber den Gesundheitsversorgern und Krankenkassen oft nicht durchsetzen. Daher brauchen alle Patienten in Deutschland eine unabhängige Patientenberatung.

Eine solche Aufgabe lebt von der Kontinuität beim Personal und bei den Verfahren, anstelle einer erneuten Vergabe alle sechs Jahre. Daher ist die Organisation in geeigneter Rechtsform in die Verantwortung der maßgeblichen Patientenorganisationen zu geben. Die Finanzierung ist unabhängig von den Krankenkassen zu gestalten. Rehabilitation ist in unserem Gesundheitssystem noch unterbewertet. Dabei gibt sie dem Einzelnen die Möglichkeit, schneller gesund zu werden. Auch unser Sozialsystem profitiert von gesunden Menschen, die Sozialbeiträge zahlen, anstatt Leistungen in Anspruch nehmen zu müssen. Die Beantragung der richtigen Reha-Leistung beim richtigen Reha-Träger ist immer noch eine bürokratische Hürde. Schon allein für eine medizinische Reha kommen die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger oder die gesetzliche Unfallversicherung in Frage. Hier muss es ein einheitliches Verfahren bei einem einheitlichen Reha-Träger geben. Damit die Reha ohne langwierige Prüfprozesse und Gutachten wirken kann, müssen die Ärzte sie direkt verordnen können.

Mitwirkende Autorinnen und Autoren/ Kontakt

Verena Bentele, Präsidentin, Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Kontakt: praesidentin@vdk.de

Anna Brückner, Referentin für Gesundheits- und Pflegepolitik,
Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. /

Rudolf Herweck, Vorstand und Leiter der Fachkommission Gesundheit und
Pflege, Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V.

Kontakt: brueckner@bagso.de

Jurand Daszkowski, Vorstandsmitglied, Bundesverband Psychiatrie-
Erfahrener e.V.

Kontakt: jurand.daszkowski@bpe-online.de, kontakt-info@bpe-online.de

Dr. Siiri Doka, Referatsleiterin für Gesundheits- und Pflegepolitik,
BAG SELBSTHILFE – Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen
mit Behinderung, chronischer Erkrankungen und ihren Angehörigen e.V.

Kontakt: siiri.doka@bag-selbsthilfe.de

Sabine Jansen, Geschäftsführerin, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz

Kontakt: sabine.jansen@deutsche-alzheimer.de

Helmut Knepe, Vorstandsvorsitzender, Kuratorium Deutsche Altershilfe
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.

Kontakt: solveig.giesecke@kda.de

Raul Krauthausen, Vorstand, Sozialhelden e.V.

Constantin Grosch, Projektleiter, Sozialhelden e.V.

Kontakt: constantin@sozialhelden.de

Stephan Kruij, Vorsitzender, Mukoviszidose e.V. Bundesverband
Cystische Fibrose

Kontakt: kheuing@muko.info

Dr. Gerhard Timm, Geschäftsführer, Bundesarbeitsgemeinschaft der
Freien Wohlfahrtspflege e.V.

Kontakt: gerhard.timm@bag-wohlfahrt.de

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Charité, Berlin School of Public Health;
Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband

Kontakt: vorsitzender@paritaet.org

Impressum

Die Publikation „Neustart! für unsere Interessen – Stimmen aus Patientenvertretung und Zivilgesellschaft“ erscheint als Teil der Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“, ein Projekt der Robert Bosch Stiftung.

Herausgegeben von der

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Kontakt in der Stiftung

Kerstin Berr
Telefon +49 711 46084-384
kerstin.berr@bosch-stiftung.de

Copyright

Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart, 2021
Alle Rechte vorbehalten.

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart



bosch-stiftung.de