Eindrücke vom Hauptstadtkongress 2025 in Berlin

Hoffnung auf Community Health Nurses und PAs

„Wir haben jetzt keine Zeit mehr zu verlieren. Es ist jetzt umso wichtiger, dass wir die strukturellen Finanzierungsprobleme in der GKV und der Pflege unmittelbar angehen. Unser Ziel ist es, eine Balance zu finden zwischen den Einnahmen und den Ausgaben", erklärte Nina Warken, die Bundesgesundheitsministerin der aktuellen Koalition bei ihrem 7-Minuten-Auftritt beim diesjährigen Berliner Hauptstadtkongress. Die Diagnose scheint klar: Die Patient:in – das deutsche Gesundheitssystem – leidet seit vielen Jahren an chronischen Angstzuständen, Antriebslosigkeit und zunehmendem Kontrollverlust. Die bisherige Behandlungsstrategie – bestehend aus seit vielen Jahren verschriebener akutversorgender Flickschusterei, minimalinvasiven Reformeingriffen und schnellwirksamen Finanzspritzen – scheint versagt zu haben. Ein gesamthaftes Business Process Reengineering – gleichsam eine Radikalkur – der deutschen Gesundheitsversorgung mittels eines Primärversorgungssystems könnte zur Genesung führen.

>> „Für die GKV wird es eine Expertenkommission geben, die Vorschläge für eine kurz-, mittel- und langfristige Stabilisierung der Beitragssätze erarbeitet", erklärte Warken weiter. Sie wies aber auch darauf hin, dass der Koalitionsvertrag der aktuellen Regierung vorsehe, dass diese Vorschläge erst bis 2027 vorliegen sollen. Warkens Einsicht: „Aber das ist mir eindeutig zu spät. Wir brauchen schon deutlich früher Ergebnisse." Darum habe sie einen entsprechenden Auftrag an die Kommission gegeben und die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege" eingesetzt. Bis zum Jahresende sollen gemeinsame Eckpunkte für eine nachhaltige Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung, eine Stärkung der ambulanten und häuslichen Pflege sowie für einen einfachen und bürokratiearmen Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen vorliegen. Parallel würden allerdings bereits Strukturreformen erarbeitet, die einerseits Effizienz verbessern und andererseits Kosten eindämmen sollen, wobei die Behandlungsqualität sowie eine „für alle, und zwar flächendeckend in der Stadt wie auf dem Land, unabhängig von der Postleitzahl" gute, bedarfsgerechte, bezahlbare Gesundheitsversorgung und Pflege das Ziel sei.

Dass Bundesgesundheitsministerin Warken in ihrer Eröffnungsrede überhaupt das Begriffspaar „Gesundheitsversorgung und Pflege" verwandt hatte, monierte Sandra Postel, die Präsidentin der nordrhein-westfälischen Pflegekammer, im HSK-Satellitensymposium der Bosch Health Campus GmbH zum Thema „Versorgung in der Fläche neu denken". Sie sagte dazu: „Ich stand da und dachte: Wir Pflegenden sind doch die Gesundheitsversorgung." Von dieser gedachten Trennung müsse man doch endlich wegkommen. Eine „eierlegende Wollmilchsau" nannte dann auch Tahnee Leyh, die Gemeindegesundheitspflegerein (Community Health Nurse) des DRK-Kreisverbands Fläming-Spreewald e. V., im Bosch-Symposium ihren Beruf, wohl eher ihre Berufung. Sie müsse mit ihrer Pflegeexpertise viele verschiedene Bereiche abdecken, von allgemeiner Beratung, dem gesundheitsfördernden Bereich, der Patientensteuerung und der -edukation samt der Hilfe zur Befähigung der Patient:innen, selbst ihren Weg durchs Gesundheitssystem zu finden, und schließlich der Mitversorgung der Patient:innen bis in den rehabilitativen Bereich.

Diese noch lange nicht vollständige Aufzählung lässt erahnen, wie vielfältig eine gesamthafte Gesundheitsversorgung aus Sicht der Pflege ist. Nur ist dieser Blickwinkel zumindest hierzulande neu, da unser Gesundheitssystem bisher immer nur aus Sicht der Ärzteschaft – ob niedergelassen oder in Kliniken tätig – gedacht und geplant wurde.

Alscher: neue Versorgungsformen und wirklich kreative Ideen

„Die Ministerin hat vorhin gesagt: unabhängig von der Postleitzahl. Ich würde ergänzen: unabhängig auch von der Struktur und unabhängig davon, ob jemand in einer Großstadt lebt oder auf dem Land", leitete Prof. Dr. Mark Dominik Alscher, seit 2016 Medizinischer Geschäftsführer des Robert Bosch Krankenhauses und CEO des Bosch Health Campus, zu einem neuen Ansatz über. Ein derartiges Versorgungsversprechen kann seiner Ansicht nach nur mit Leben erfüllt werden, wenn neue Versorgungsformen und wirklich kreative Ideen eine Chance bekommen. Seine Warnung, die er auf dem HSK-Symposium des Bosch Health Campus kundtat: „Wenn wir in der alten Struktur bleiben, müssen wir uns klarmachen, dass wir untergehen werden, weil das bestehende Gesundheitssystem einfach nicht mehr finanzierbar ist."

Doch gibt es Hoffnung, wie auf dem Bosch Health Campus gezeigt werde. So sei der ehemalige Themenbereich Gesundheit der Robert Bosch Stiftung, in dem seit vielen Jahren viele Impulse für die Gesundheitsversorgung gesetzt worden seien, ganz bewusst in den Campus integriert worden, um neue Versorgungsformen testen und praktikable Lösungen für die kommenden Veränderungen im Gesundheitswesen entwickeln zu können. Was ihn persönlich davon überzeugt, dass „es gelingen kann", wenn ein „neues Denken" Einzug halte.

Neu deshalb, weil neben Telemedizin im ländlichen wie urbanen Raum auf **P**atienten-**o**rientierte Zentren zur P**r**imär- und Langzei**t**versorgung (PORT) gesetzt werden müsse. Derartige primäre Versorgungszentren gebe es bereits modellhaft in Berlin-Neukölln, Brüggen, Büsum, Dachau, Darmstadt-Dieburg, Hamburg-Veddel, Hohenstein, Hülben, Kassel, Märkische Höhe, Stuttgart, und Willingen-Diemelsee (1). Modellhaft übrigens deshalb, weil diese PORT-Zentren – angetreten, um eine umfas-

sende Grundversorgung der Bevölkerung in verschiedenen Regionen zu gewährleisten und eine bessere Versorgung von chronisch kranken Menschen aus einer Hand zu ermöglichen – vom Bosch Health Campus als Tochtereinrichtung der Bosch Stiftung gefördert werden, da es bislang für solche Modellprojekte noch keine Finanzierung gibt. Noch deshalb, weil Alscher immer noch auf entsprechende Gesetzesvorhaben hofft, die von der ehemaligen Bundesregierung zwar auf den Weg gebracht, aber nicht abgeschlossen worden seien. Doch seien patientenorientierte Zentren deshalb so wichtig, weil die primärärztliche Versorgung angesichts der kommenden Herausforderungen nicht mehr funktionieren werde. In PORT-Zentren hingegen würden auch andere Gesundheitsberufe integriert, wobei eben keine Ärzt:in, sondern eine Community Health Nurse koordinierend agiert – in der Akutversorgung, aber auch der Prävention.

Karagiannidis: Selbstbeteiligung in der Höhe von 200 bis 600 Euro

Warum die primärärztliche Versorgung nicht mehr ausreichend genug funktionieren wird, erklärte auf dem HSK-Satellitensymposium Prof. Dr. Christian Karagiannidis, Leiter des ARDS- und ECMO-Zentrums der Lungenklinik des Krankenhauses Köln-Merheim und Inhaber der Professur für Extrakorporale Lungenersatzverfahren der Universität Witten/Herdecke.

Karagiannidis, der mit Alscher und Prof. Dr. Boris Augurzky die Autorenschaft des Buches die „Gesundheit der Zukunft" übernommen hat, geht davon aus, dass die Themen Primärarztsystem und Notfallversorgung, aber auch der kürzlich vorgelegte Entwurf zum Pflegekompetenzgesetz in den nächsten 12 bis 24 Monaten viel diskutiert werden.

Warum das so sein wird, machte er an wenigen Fakten fest. Zum einen werde schon bald rund ein Drittel aller Landkreise in Deutschland gefährdet sein, was die hausärztliche Versorgung betrifft. Zum anderen stoße der drohende Mangel an Hausärzt:innen auf eine „unfassbare Zahl" an Arzt-Patienten-Kontakten, die in seinen Augen nicht zu rechtfertigen sei. Er sprach von immerhin einer Milliarde Arztkontakten pro Jahr oder umgerechnet 12 pro Kopf. Das sei eine Zahl, deren Last man dringend verringern müsste. Als Gründe dafür nannte er viele Bagatellfälle und eine sinkende Gesundheitskompetenz der Bevölkerung.

Zwar fände er das im Koalitionsvertrag veranlagte Pimärarztsystem sehr gut, doch müsse man in den nächsten Monaten darüber sprechen, wie man „diese eine Milliarde Arztkontakte auch irgendwie bewältigt bekommt". Denn ein Primärarztsystem bedeute nun einmal einen Aufwuchs von ungefähr 100 bis 150 Million zusätzlicher Kontakte für die Hausärzteschaft.

Dennoch hält er ein Primärarztsystem für eine gute Lösung, denn Deutschland sei eines der ganz wenigen Länder auf der Welt, die im Moment keines haben. Dazu habe das Team um Professorin Dr. Leonie Sundmacher eine „sehr schöne Arbeit" geschrieben, die er auf dem HSK-Symposium auch präsentierte, Anm. d. Red.: Übrigens online first erschienen auf dem Portal (2) von „Monitor Versorgungsforschung" und zu lesen in dieser Ausgabe ab Seite 53.

In diesem Beitrag ist, so Karagiannidis, analysiert worden, wo auf der Welt Primärarztsysteme existieren und wie sie sich unterscheiden. Dabei komme das französische System unserem deutschen insgesamt noch am nächsten, doch gebe es kein einziges System auf der Welt, in dem Patient:innen einen wirklich freien Zugang zur Fachärzteschaft haben. Und wenn sie diesen – wie in skandinavischen Ländern oder Frankreich – bekommen, erfolge das immer über eine gewisse Selbstbeteiligung oder Zuzahlung, die wir in Deutschland nicht haben.

Wenn man auch in Deutschland ein echtes personenzentriertes Primärarztsystem einführten möchte, muss seiner Ansicht nach auch über Delegation oder Substitution von Leistungen gesprochen werden; aber auch über eine eigenverantwortliche Behandlung durch Pflegefachkräfte oder Physician Assistants. Das seien zwei Linien, die sich hierzulande gerade entwickeln und beide dauerhaft parallel bestehen würden. Aber schon seit Längerem in Spanien oder Portugal aktiv sind, da in deren Primärversorgungssystem eben nicht nur Ärzt:innen tätig seien, sondern auch eigenverantwortlich tätige Physiotherapeuten, Community Health Nurses und Physician Assistants (PAs). Dies seien unterschiedliche Ansätze, die man – wollte man ein Primärarztsystem in einem Gesetz berücksichtigen – auch hinsichtlich des Berufs- und Leistungsrechts regeln müsse. „Wir können nicht nur sagen, Pflege erhält mehr Kompetenzen, sondern wir müssen auch sagen, wie das Ganze vergütet wird, sonst funktioniert es nicht", erklärte dazu Karagiannidis.

Eingerechnet der bei einem Primärarztsystem zusätzlichen Arzt-Patienten-Kontakte und der dringend notwendigen Regelungen im Berufs- und Leistungsrecht sollte man sich lieber „ein bisschen Zeit damit nehmen". Auch weil er ein solches Gesetz als nicht so zeitkritisch ansieht sowie auch der Aufbau der Pflegekompetenz und der dazu nötigen Ausbildungsplätze seine Zeit benötigen werde, rechnet er mit einer Zeitdauer einer ganzen Dekade.

Von daher sieht Karagiannidis den Hebel der Selbstbeteiligung, auch wenn dieser politisch der mit Abstand unattraktivste sei, als den größten an. Dabei denkt er nicht an eine simple Praxisgebühr, die viel Bürokratie ohne Wirkung ausgelöst hätte, sondern an eine echte Selbstbeteiligung der Patient:innen in der Höhe von 200 bis 600 Euro pro Jahr: „Das sollten wir einführen, auch weil wir mit das letzte Gesundheitssystem auf der Welt sind, das es nicht hat." Das würde zum gewünschten Effekt führen: „Man geht erst dann zum Arzt, wenn man es auch wirklich braucht." Damit würden endlich die Bagatellfälle wegfallen, die er in Deutschland auf mindestens 20 Prozent der Arzt-Patienten-Kontakte schätzt.

Ein weiteres Gesetz, das unabdingbar mit der Idee einer Primärversorgung zusammenhängt, ist nach Karagiannidis die Art und Weise, wie Patient:innen künftig im Notfall deutlich besser durch das System gesteuert werden können. Das sei etwas, das uns im Moment noch nicht optimal gelingt. Dies, obwohl seitens der Regierungskommission ein entsprechender Vorschlag auf dem Tisch gelegen und im Bundestag eine Anhörung stattgefunden hätte, bei der es parteiübergreifend eine hohe Einigkeit gegeben habe. Karagiannidis: „So etwas habe ich selten im Gesundheitsausschuss erlebt."

Das absolut Zentrale dabei sei die Funktion eines Leitstellenkoordinators, dem in Zukunft eine ganz zentrale Position im Gesundheitswesen zukommen werde. Nach einer dreijährigen Ausbildung könne ein Leitstellenkoordinator dafür sorgen, dass nicht mehr jeder Patient mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus kommt, sondern dahin verteilt wird, wo ihm am besten geholfen werden kann. Was auch bedeuten könne, dass

eine Terminbuchung beim Hausarzt gemacht wird. „Dieses Gesetz halte ich für mindestens genauso wichtig wie das für ein Primärarztsystem", so Karagiannidis.

Dazu seien auf Ebene der Krankenhäuser integrierte Notfallzentren nötig, die in einigen Regionen schon „wirklich sehr gut" funktionierten. So habe eine Auswertung eines Frankfurter Krankenhauses nach Einführung eines integrierten Notfallzentrums ergeben, dass die Zahl der Kontakte in der Notaufnahme um 50 Prozent zurückgegangen sei, was als „wirklich substanziell" anzusehen sei. Von derartigen integrierten Notfallzentren brauche man laut Berechnungen der Regierungskommission in Deutschland allerdings 425 Standorte. Der GKV-Spitzenverband hingegen wünsche sich 800 bis 900. Das sei „natürlich schön", doch glaube er nicht, dass es dafür ausreichend Arbeitskräfte gebe.

Postel: Pflegehilfsmittel und häusliche Krankenpflege aus dem ärztlichen Vorbehalt

Wer hätte diese inhaltlichen Vorlagen besser aufnehmen können als Sandra Postel, die Präsidentin der Pflegekammer von Nordrhein-Westfalen. Als Chefin der jüngste Kammer Deutschlands, erst seit 2022 im Aufbau, muss sie nun mindestens 70 Jahre Selbstverwaltung nachholen; und das in einem konservativ System, in dem die Pflege als Profession bislang noch nicht angekommen sei. „Wir versuchen natürlich, in die Maschine reinzukommen. Das führt dazu, dass es manchmal knackst", meinte sie zum derzeitigen Status ihrer Arbeit, bei der die Pflege auch noch nicht alle „Mechanismen in diesem großen politischen Maschinenraum" verstanden habe. Dabei müsste ihre junge Pflegekammer als gleichberechtigter Selbstverwaltungspartner agieren, ein Berufsrecht, eine Berufsordnung und eine Weiterbildungsordnung schaffen und durchsetzen.

Nach diesem Ausflug in die harte Realität des Kammeraufbaus kam sie zu drei Thesen, passend zum kürzlich veröffentlichten Entwurf des Pflegekompetenzgesetzes. „Die Pflege kann mehr, als sie aktuell darf", griff sie einen Slogan des vergangenen Jahres auf. Um das zu ändern, brauche es einen neuen Rahmen der aktuellen Gesetzgebung, der auf Bundes- und Landesgesetzebene zusammengedacht werden müsse: beim Berufe-, dem Pflegekompetenz-, dem Leistungs- und dem Berufsrecht. So sei beispielsweise in Frankreich klar geregelt, dass 60.000 niedergelassene Pflegefachpersonen in Kompetenzzentren – eigenen Praxen für Pflege – im Sinne einer kommunalen Unterstützung Verantwortung übernehmen. Postel: „Dabei verstehen sich die Pflegenden in Frankreich, verbunden mit einem starken Berufsethos, ganz klar als Staatsmitarbeiter:innen." Und übernehmen dabei ganz selbstverständlich Aufgaben, die hierzulande unter dem Arztvorbehalt stehen, wie etwa Pflegehilfsmittelverordnungen und die für häusliche Krankenpflege. Postels Frage zum deutschen System: „Warum ist das überhaupt im ärztlichen Vorbehalt?" Es sei doch eigentlich logisch, dass Pflegefachpersonen über das Thema Pflegebedürftigkeit die besten Urteile treffen könnten. Pflegehilfsmittelverordnungen und die für häusliche Krankenpflege aus dem ärztlichen Vorbehalt zu entlassen, sei daher für sie ein „erster pragmatischer Schritt", mit dem die Pflege einen wesentlichen Baustein zur Primärversorgung übernehmen könnte, was natürlich „sauber durchdekliniert" werden müsste.

Diese Einlassung führte die Präsidentin der nordrhein-westfälischen Pflegekammer zu ihrem nächsten Punkt: „Wir haben bisher keinen Überblick über die Pflegefachpersonen in Deutschland." Zwar habe das Bundesland Bayern mit der Registrierung begonnen, doch bislang sei NRW das einzige Bundesland mit dem „konkretesten und dezidiertesten Register", das es im Moment in Deutschland gibt. Auch das sei eine wichtige Funktion einer Kammer: die nötige Datenlage. In Krisen und Katastrophen, aber auch im „Daily Business von einer Milliarde an Arztkontakten" müsse sich Deutschland auch in dieser Richtung besser als bisher aufstellen. Darum habe sie es nicht verstanden, dass ein solches Register nicht in den Koalitionsvertrag aufgenommen worden sei. Postel: „Wir brauchen eine viel bessere Datenlage zum Thema Pflege, um alles Nötige umzusetzen, wenn ein Primärversorgungs- und Primärarztsystem funktionieren soll."

Leyh: 20 Prozent an Bagatellerkrankungen abfangen

Eine Frau, die das, was im derzeitigen gesetzlichen Rahmen möglich ist, schon macht, ist Tahnee Leyh. Sie ist – nachdem sie die Stelle selbst geschaffen hat – beim DRK-Kreisverband Fläming-Spreewald e. V. als Gemeinde-Gesundheitspflegerin für den Bereich Luckau angestellt. Gesundheitspflegerin deshalb, weil der Begriff „Community Health Nurse" im ländlichen Raum nur schwer durchsetzbar schien. Sie sieht sich mit ihrer Arbeit als „die Spinne im Netz", die Primärversorgung und allgemeinmedizinische Mitversorgung leistet, aber auch einen sozialräumlichen Blick hat. „Ich kann genau diese 20 Prozent an Bagatellerkrankungen, die die hausärztlichen Kolleg:innen nicht mehr leisten können, demnächst abfangen", ist sie überzeugt. Denn: „Das mache ich schon jetzt." Allerdings mit genau dem Problem, das bereits Sandra Postel angesprochen hat: „Für jedes Folgerezept, für jede Verordnung von Hauskrankenpflege und für jede Wundversorgung muss ich zu den hausärztlichen Kolleg:innen rennen." Und dies, obwohl die diese Aufgaben gerne an sie abgeben würden. Leyh, die tätig ist an der Schnittstelle Sozialraum/Kommune: „Ich bin diejenige, die ganz dicht an den Familien dran ist, die Bedarfe sieht und sogar diagnostizieren und unterstützend tätig sein kann."

Bei den Hausbesuchen, die den Großteil ihrer Arbeit ausmachen würden, stellt sie zum einen fest, wo die Bedarfe liegen, weiß dadurch aber auch, wo es Brennpunkte im Sozialraum der ländlich geprägten Kommune gibt. Dieses Wissen behält sie jedoch nicht für sich, sondern kommuniziert die detektierten Bedarfe weiter: an die Stadtverordnetenversammlung, an den Schul- und Sozialausschuss. Zudem steht sie im regelmäßigen Austausch mit dem Gesundheitsamt des Landkreises. Von daher sieht sie sich für die Zielgruppe der Patient:innen in einer Art Advokatenrolle plus Leadership- und Managementkomponente. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Link:
1: https://t1p.de/zc25j
2: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/science/efirst/
3: https://t1p.de/ota8j

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Hoffnung auf Community Health Nurses und PAs", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/25), S. 12–14. http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2729