



Bundesverband e. V.

Soziale und gerechte Gesundheitsversorgung

Eckpunktepapier der AWO

Impressum

Herausgeber: AWO Bundesverband e. V.
Heinrich-Albertz-Haus
Blücherstraße 62 / 63
10961 Berlin
Telefon: +49(0)30-26309-0
Telefax: +49(0)30-26309-32599
E-Mail: info@awo.org
Internet: www.awo.org

Verantwortlich: Wolfgang Stadler, Vorstandsvorsitzender
Redaktion: Brigitte Döcker, Marion Mikula, Juliane Zinke

Layout / Satz: Linda Kutzki – textsalz

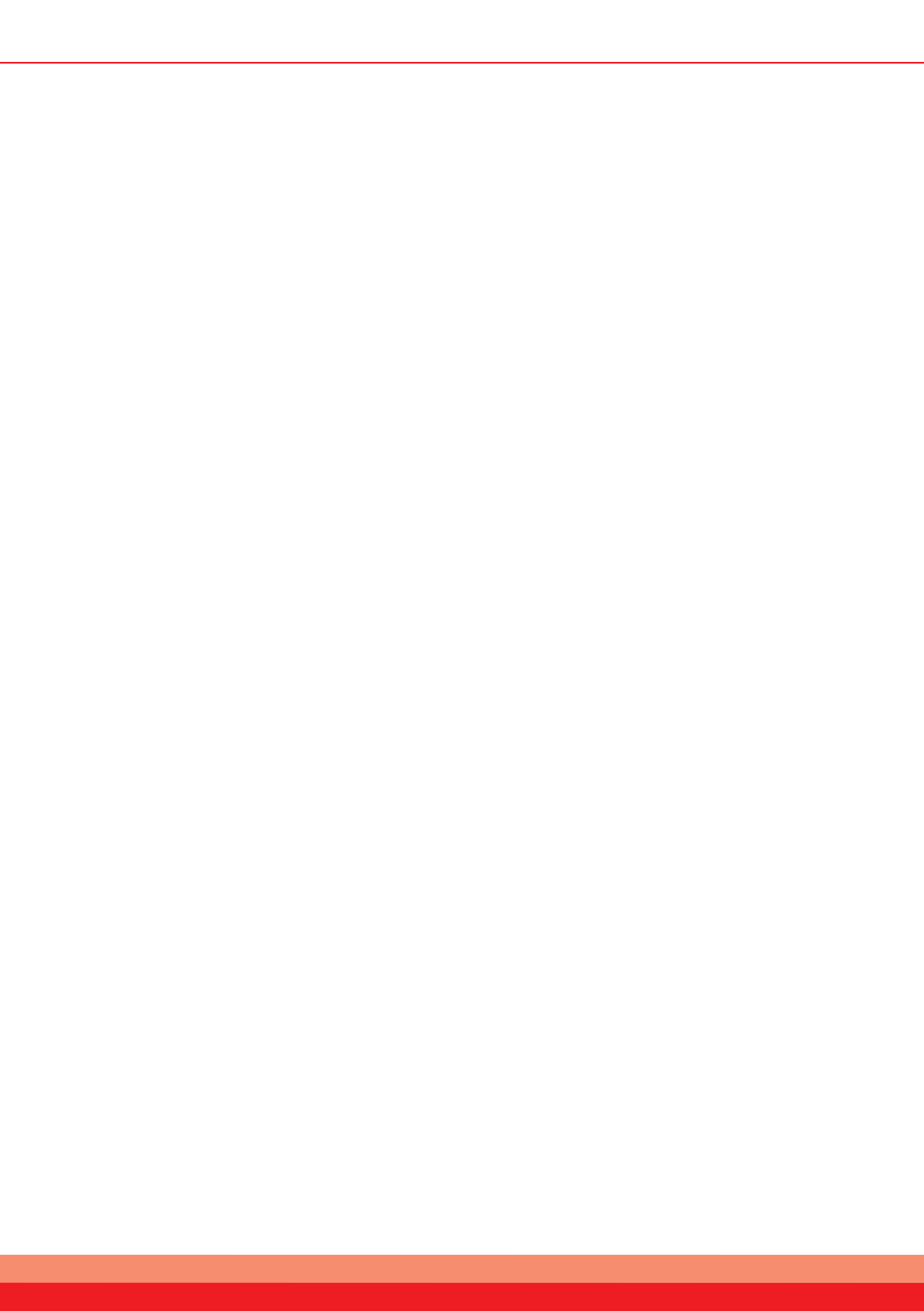
© AWO Bundesverband e. V.
September 2016

Abdruck, auch in Auszügen, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Herausgebers.
Alle Rechte vorbehalten.

Soziale und gerechte Gesundheitsversorgung

Eckpunktepapier der AWO





Inhalt

Einleitung	7
Zusammenfassung	10
1. Gerechte solidarische Finanzierung	12
2. Inklusive und bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen	14
3. Gerechter Zugang zur Gesundheitsversorgung	17
4. Gleichstellung von Prävention und Gesundheits- förderung mit Kuration	20
5. Medizinische Rehabilitation zur Verbesserung der Teilhabe	24
6. Gezielte Stärkung psychischer Gesundheit	27
7. Weiterentwicklung von Patientenrechten und die Gewährleistung von Patientensicherheit	31
8. Ansehen der Gesundheitsberufe erhöhen und attraktive Arbeitsbedingungen für die im Gesundheitswesen Tätigen schaffen	33
Anmerkungen	36



Einleitung

Die Arbeiterwohlfahrt setzt sich für eine solidarische Gesellschaft ein, in der Menschen in Notlagen auf den Schutz und die Unterstützung der Gemeinschaft zählen können. Solche Notlagen können auch aus Krankheit und Behinderung resultieren.

Im vorliegenden Eckpunktepapier beschreibt die AWO die aus ihrer Sicht zentralen Aspekte einer sozialen und gerechten Gesundheitspolitik. Dabei beruft sie sich ausdrücklich auch auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2009, das das Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes bestätigt und ihm einen Vorrang einräumt:

„Der Schutz der Bevölkerung vor dem Risiko der Erkrankung ist in der sozialstaatlichen Ordnung des Grundgesetzes eine Kernaufgabe des Staates. Die gesetzgeberische Absicht, einen Krankenversicherungsschutz für alle Einwohner zu schaffen, ist von dem Ziel getragen, ein allgemeines Lebensrisiko abzudecken, welches sich bei jedem und jederzeit realisieren und ihn mit unabsehbaren Kosten belasten kann. Es ist ein legitimes Konzept des zur sozialstaatlichen Gestaltung berufenen Gesetzgebers, die für die Abdeckung der dadurch entstehenden Aufwendungen notwendigen Mittel auf der Grundlage einer Pflichtversicherung sicherzustellen.“¹

Das Gesundheitswesen in Deutschland zählt mit seinen ca. 5,2 Mio. Beschäftigten und einem Umsatz von rund 268 Mrd. Euro im Jahr zu den bedeutendsten volkswirtschaftlichen Sektoren² des Landes. Wie in den meisten anderen europäischen Staaten auch, ist das Gesundheitswesen von Errungenschaften, aber auch von Herausforderungen geprägt. Die steigende Lebenserwartung und der wachsende Anteil von hochaltrigen Menschen sind auf gute Lebensbedingungen und die Ausweitung von Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten zurückzuführen. Gleichzeitig ergeben sich durch soziale, demografische, ökonomische und umweltbezogene Veränderungen

vielfältige Herausforderungen. Aufgrund der Zunahme des alten und hochaltrigen Bevölkerungsanteils bei gleichzeitiger Abnahme der jüngeren Bevölkerungskohorten sinken die Einnahmen im Bereich der sozialen Sicherungssysteme, die Ausgaben aber steigen an. Letztere ergeben sich im Gesundheitssektor primär aus der Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität, die mit steigendem Alter korrelieren, sowie aus der Zunahme von psychischen und (geronto-)psychiatrischen Erkrankungen³. Dem hieraus erwachsenden Mehrbedarf an Gesundheitsleistungen steht zudem – je nach Sektor und Berufsgruppe – eine unzureichende Zahl an Fachpersonal im Gesundheitssektor gegenüber.

Es ist zu konstatieren, dass das deutsche Gesundheitssystem in den letzten Jahrzehnten zunehmend und einseitig von marktwirtschaftlichen Prinzipien und Logiken dominiert wird. Dies ist die Folge eines von der Politik gewollten und beförderten Wettbewerbs, der vor allem das Resultat eines andauernden und wachsenden Ausgaben- und Kostendrucks in der gesetzlichen Krankenversicherung war und ist. Die marktwirtschaftliche Orientierung kommt auch in einer sehr rationalen und funktionalen Versorgungs- und Refinanzierungslogik zum Ausdruck.

Demgegenüber aber stehen im Falle von Krankheit ethische und moralische Fragestellungen und die Bedürfnisse der Patient*innen. Dieses Spannungsverhältnis und seine Folgen führen zunehmend zu Enttäuschung und Vertrauensverlust gegenüber dem Gesundheitssystem und seinen Akteur*innen.

Auch die Entwicklung, dass die Gesundheitsversorgung und die Chancen auf eine gesunde Lebensführung nicht allen gleichermaßen und in gleichem Umfang zur Verfügung stehen, setzt sich verstärkt fort. Dies beginnt bereits im Kindes- und Jugendalter: Die vom Robert Koch-Institut durchgeführte Langzeitstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) sowie weitere Erhebungen zeigen auf, dass der soziale Status der Familie nahezu alle Gesundheits-

und Entwicklungsbereiche im Kindes- und Jugendalter beeinflusst⁴. Die soziale Lage von Menschen bestimmt immer häufiger ihre gesundheitliche Situation, Versorgung und soziale Teilhabe⁵. In einer Vielzahl von Arbeiten wurde bereits belegt, dass Personen mit niedrigem Einkommen und/oder geringerer Bildung über einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand verfügen⁶. Ebenso wirkt sich eine unzureichende Gesundheitskompetenz negativ auf die Gesundheit aus. Zu den Gruppen mit einer stark ausgeprägten begrenzten Gesundheitskompetenz gehören meist ältere Personen, Menschen mit niedrigerem Sozial- und Bildungsstatus sowie Menschen mit Migrationshintergrund⁷. Von Armut betroffene Personen sind häufiger von Krankheiten und Beschwerden betroffen, schätzen ihre Gesundheit schlechter ein und sterben früher⁸. So haben Frauen und Männer mit niedrigem sozioökonomischem Status eine um 8,4 bzw. 10,8 Jahre geringere Lebenserwartung⁹. In Bezug auf die Lebensjahre von Menschen mit sehr gutem oder gutem allgemeinem Gesundheitszustand ergeben sich sogar Unterschiede zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommensgruppe von ca. 10 Jahren bei Frauen und 14 Jahren bei Männern. Zurückzuführen sind diese Unterschiede nicht nur auf die Häufung verhaltenskorrelierter Risikofaktoren, wie z. B. Rauchen, ungesunde Ernährung, Übergewicht und mangelnde Bewegung, sondern auch auf eine erhöhte psychische und physische Belastung im Lebenslauf (besonders im Berufsleben) und geringere materielle, kulturelle und soziale Ressourcen in der unteren Einkommensgruppe. So gilt es, besonders an diesen Strukturen und Verhältnissen anzusetzen, um vulnerablen Gruppen eine möglichst gleiche Chance auf gute Gesundheit zu ermöglichen.

Auch wenn es eine Vielzahl von Querbezügen und Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Pflegepolitik gibt, betrachtet die AWO beide Bereiche als gleichwertige, eigenständige und ausdifferenzierte Arbeits- und Politikfelder. Aus diesem Grund beschränkt sich das vorliegende Papier ausschließlich auf die gesundheitspolitischen Forderungen der AWO.

Zusammenfassung

Aufgrund der zuvor beschriebenen Konstellationen und Herausforderungen sind eine Kurskorrektur in der heutigen Gesundheitspolitik und eine Umsteuerung des Gesundheitssystems dringend erforderlich. Hierbei müssen die unterschiedlichen Bedarfe und Bedürfnisse der Patient*innen Ausgangspunkt für die Leistungsgestaltung und Leistungserbringung sein. Die AWO setzt sich für eine sozial gerechte Gesellschaft ein, und deshalb fordern wir ein Gesundheitssystem, das auf Chancengleichheit und sozialer Gerechtigkeit beruht. Ziel aller Anstrengungen muss sein, die Gesundheit aller zu verbessern und gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. Jeder Mensch muss die gleiche Chance haben, in Gesundheit zu leben: ungeachtet des Geschlechts, Alters, Einkommens, Bildungsstandes, der Herkunft oder Nationalität. Um dieses Ziel zu erreichen, muss auch eine verstärkte Diskussion über gesellschaftliche Solidarität und Chancengerechtigkeit geführt werden.

Die hier ausgewählten Aspekte sind aus Sicht der AWO zentrale Stellschrauben zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems im Sinne der Patient*innen und zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit. In ihrer Bedeutung aber gehen die Eckpunkte deutlich über das Gesundheitswesen hinaus. Gleiche Gesundheitschancen, die solidarische Absicherung allgemeiner Lebensrisiken wie Krankheit und Pflegebedürftigkeit sowie die vollumfängliche Einbeziehung von Prävention und Rehabilitation für alle Menschen sind wesentliche Voraussetzungen für eine selbstbestimmte Lebensgestaltung und gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe. Sie tragen zu einem würdigen Leben, zu einer guten Lebensqualität, zu allgemeinem Wohlstand und zu sozialem Frieden bei. Eine zukunftsorientierte Gesundheitspolitik lässt sich nach Auffassung der AWO wesentlich an ihrem Beitrag zum gesamtgesellschaftlichen Zusammenhalt messen.

So lauten unsere Kernforderungen:

1. Eine gerechte, solidarische, paritätische und zukunftsfeste Finanzierung des Gesundheitssystems
2. Die Gewährleistung inklusiver und bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen
3. Ein gerechter Zugang zur Gesundheitsversorgung
4. Der Prävention und Gesundheitsförderung die gleiche Bedeutung wie der Kuration beimessen
5. Das Erkennen und Ausschöpfen der brachliegenden Potenziale in der medizinischen Rehabilitation
6. Den Fokus stärker als bisher auf den Erhalt und die Förderung der psychischen Gesundheit ausrichten
7. Die Patient*innen mit weiter gehenden Rechten ausstatten und ihre Sicherheit gewährleisten
8. Das Ansehen der Gesundheitsberufe erhöhen und attraktive Arbeitsbedingungen für die im Gesundheitswesen Tätigen schaffen

| 1. Gerechte solidarische Finanzierung

Reform des Krankenversicherungssystems

Voraussetzung für die Weiterentwicklung und Stärkung des Gesundheitssystems ist die Umgestaltung des Krankenversicherungssystems. Das deutsche Konstrukt einer privaten Vollversicherung im Falle von Krankheit ist in Europa einmalig. Es spaltet seit Jahren die Gesellschaft und widerspricht der solidarischen Absicherung eines Lebensrisikos, das jeden treffen kann. Die Sicherstellung und die Wiederherstellung der Gesundheit aller ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nur durch ein starkes Miteinander nachhaltig garantiert werden kann. Dazu gehört für uns die Aufhebung der unsolidarischen Trennung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Die bereits sichtbaren systemimmanenten Schwächen werden weiterhin bestehen und auch zunehmen, wenn nicht ein grundlegender Systemwechsel in der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt. Durch eine Reform des Krankenversicherungssystems würden einheitliche Rahmenbedingungen für den Wettbewerb der Krankenversicherer untereinander geschaffen sowie die Ursachen für Risikoselektion und Ungleichbehandlungen verschiedener Versichertengruppen beseitigt werden.

Die AWO hat mit ihrem Gutachten von Prof. Dr. Greß und Prof. Dr. Bieback mögliche Zweifel bezüglich der verfassungsrechtlichen und administrativen Umsetzbarkeit der Zusammenführung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung ausräumen können (dies gilt entsprechend auch für die Pflegeversicherung)¹⁰. So fordern wir ein Krankenkassensystem, das das Solidarprinzip – Junge für Alte, Gesunde für Kranke, Starke für Schwache – tatsächlich umsetzt.

Ziel muss es sein, den Beitragssatz zu senken resp. stabil zu halten und die zu erwartende weitere Ausgabendynamik aufzufangen. Aus unserer Sicht müssen hierzu folgende Reformen durchgeführt werden:

- Das Zusammenführen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in eine integrierte Versicherung
- Die Ausweitung des Versichertenkreises der gesetzlichen Krankenversicherung auf alle Bürger*innen
- Der Einbezug aller Einkommensarten in die Beitragsbemessung
- Die paritätische Finanzierung zwischen Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen
- Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau in der gesetzlichen Rentenversicherung
- Die Einführung von Leistungsverbesserungen, die insbesondere sozial benachteiligten Menschen eine bessere Gesundheitsversorgung gewähren

Durch diese Reformen können das Krankenkassensystem stabiler und zukunftssicherer aufgestellt und die Gerechtigkeitsdefizite zwischen einkommensschwachen und einkommensstarken sowie kranken und gesunden Menschen ausgeglichen werden. Zudem könnten Leistungen, die aus dem Leistungskatalog ausgegliedert wurden, wieder aufgenommen werden (bspw. Zahnersatz und Sehhilfen). Besonders für Menschen mit einem niedrigen Einkommen, mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen stellen die immer häufiger verlangten privaten Zuzahlungen eine große Barriere dar, Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen, was wiederum zunehmende gesundheitliche Ungleichheit zur Folge hat.

2. Inklusive und bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen

Sektoren- und berufsgruppenübergreifende Versorgung

Die Komplexität von Versorgungsbedarfen steigt vor allem mit einem zunehmenden Bevölkerungsanteil älterer Menschen sowie dem immer häufigeren Vorkommen von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Sondergutachten 2009 darauf hingewiesen, dass das deutsche Gesundheitswesen derzeit immer noch stark von Mustern der Akutmedizin und der fachspezialistischen Versorgung geprägt ist¹¹. Chronische Krankheiten und ihre Entstehungsmechanismen werden dagegen zu wenig bekämpft.

Diese Tatsache macht es notwendig, eine sektoren- und berufsgruppenübergreifende Versorgung (durch multiprofessionelle Teams) anzubieten, die die Orientierung für Patient*innen leichter macht. Dies bedeutet einen Paradigmenwechsel bei der Gestaltung von Versorgung: weg von einer Ausrichtung an leistungsrechtlichen Aspekten hin zu einer Versorgung aus Sicht der Patient*innen. Alle Patient*innen müssen die Sicherheit haben, dass sämtliche an ihrer Behandlung Beteiligten verlässlich zusammenarbeiten und aufeinander abgestimmte Behandlungsstrategien verfolgen – die Versorgung also quasi „wie aus einer Hand“ erfahren werden kann.

Die ausschließliche Fokussierung auf Ärzteverbände steht einer sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung entgegen. Hier bedarf es dringend der Etablierung von Förderstrukturen und der Schaffung von Anreizen für eine interprofessionelle und intersektorale Kooperation.

Individuelle Versorgung

Bei Bestehen hochkomplexer Versorgungsnotwendigkeiten sollte darüber hinaus die Möglichkeit eines begleitenden Case Managements („Fallmanagement“) gegeben sein. Dadurch wird gewährleistet, dass in diesen Fällen umfassende Hilfe- und Unterstützungsleistungen verfügbar sind und gleichzeitig unnötige oder doppelt erbrachte Leistungen vermieden werden. Eine derartige Einzelfallbegleitung dürfte die größte Herausforderung darstellen, da sie der bestehenden rechtlichen und finanziellen Zuordnung von Versorgungsleistungen in Deutschland entgegensteht. Der Erfolg und die Effektivität eines Case Managements, das anwaltschaftlich, zeitlich begrenzt und in enger Abstimmung mit den Patient*innen im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung und ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen die notwendige Unterstützung und Versorgung bündelt, organisiert und koordiniert, hängt maßgeblich von den regionalen Versorgungsrealitäten ab. Je umfassender und vernetzter die lokal Agierenden miteinander kooperieren und je mehr sie sich als gleichberechtigter Teil eines ganzen Gefüges verstehen, umso effektiver kann das Case Management erfolgen.

Neugestaltung von Versorgungsstrukturen

Versorgungsstrukturen müssen dezentral, wohnortnah und inklusiv gestaltet sein, um die Zugänglichkeit für alle Bevölkerungsgruppen zu gewährleisten. Daher setzt sich die AWO für eine Stärkung der regionalen Steuerungs- und Strukturverantwortung ein. Für immer mehr Regionen Deutschlands, vor allem für ländliche und strukturschwache Regionen, wird die unzureichende Absicherung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung zunehmend zum Abwanderungsrisiko. Die Politik sollte hierbei die Lösungsansätze zur Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum und zur Ansiedlung von (Fach-)Ärzt*innen noch zielführender umsetzen. Dafür sind weitere modellhafte Erprobungen notwendig, die regionalspezifische Strukturen

berücksichtigen und bei Erfolg dann in die Regelversorgung überführt werden. Vielmehr ist jedoch – besonders für die ländliche Versorgung – unerlässlich, dass die Kompetenzen der nicht ärztlichen Berufsgruppen stärker in die direkte medizinische Versorgung eingebunden werden.

Integrierte Versorgung

Kooperation, Koordination und Kommunikation sind zentrale Schlüsselemente einer integrierten Versorgung. Um sie mit Leben zu füllen, braucht es Räume für den Austausch der regional oder lokal verantwortlichen Agierenden. Dafür bieten sich bspw. regionale Gesundheitskonferenzen oder -zirkel an, in denen ein abgestimmtes Vorgehen bei der (Weiter-)Entwicklung und der Evaluation der Versorgungsstruktur erreicht werden kann. Dafür bedarf es zudem konsentierter Ziele. Im Fokus des Handelns aller müssen jedoch immer die Nutzer*innen mit ihren verschiedenen Bedarfslagen stehen. Um eine solche Ausrichtung sicherzustellen, braucht es unter den verantwortlichen Akteur*innen die Akzeptanz der eigenen Grenzen und die Anerkennung der Kompetenzen und Möglichkeiten anderer Professionen.

Die derzeit praktizierten Insellösungen zwischen einzelnen Krankenkassen und ausgewählten Partnern mögen die konkrete Situation vor Ort zwar manchmal verbessern, grundsätzlich ist jedoch diese Form der partiellen und exklusiven sowie exkludierenden integrierten Versorgung aus Sicht der AWO kein geeignetes Feld des Kassenwettbewerbs. Die integrierte Versorgung darf nicht zulasten anderer Versicherter erfolgen. Auch darf sie nicht zur Ungleichbehandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung führen. So muss integrierte Versorgung für alle Versicherten zugänglich gemacht werden. Das Wunsch- und Wahlrecht der Patient*innen darf durch das Etablieren des Modells nicht ausgehebelt werden. Wir fordern eine Überführung funktionierender Strukturen in die Regelversorgung und die Schaffung der dafür notwendigen gesetzlichen Grund-

lagen. Dazu ist die integrierte Versorgung zu verstetigen und durch eine verlässliche Finanzierung dauerhaft zu sichern. Hierbei sind alle am Prozess Beteiligten gleichberechtigt einzubeziehen und ggf. auch Aufgaben unter den Handelnden neu zu verteilen, sofern die entsprechenden Kompetenzen vorhanden sind. Das Hauptkriterium, an dem sich integrierte Versorgung messen lassen muss, ist aus unserer Sicht der Nutzen für Patient*innen im Hinblick auf eine bruchfreie und bedarfsgerechte Versorgung.

3. Gerechter Zugang zur Gesundheitsversorgung

Fokus auf vulnerable Gruppen

Jahrelang wurde hierzulande das Bestehen gesundheitlicher Ungleichheit mit dem Argument eines umfassenden Versicherungsschutzes negiert. Rein rechtlich betrachtet besteht eine Absicherung im Krankheitsfall für jede*n Bürger*in. Dies allein ist jedoch noch kein Garant dafür, dass auch alle diese Leistungen gleichermaßen in Anspruch nehmen (können) oder dass dieselben ihnen in gleichem Maße gewährt werden. Vor allem die Versorgungsforschung hat in den letzten Jahren wiederholt nachgewiesen, dass es vulnerable Bevölkerungsgruppen gibt, die hinsichtlich der Versorgung mit Gesundheitsleistungen benachteiligt sind bzw. werden. Hierbei lassen sich zwei Ebenen der Ungleichheit beschreiben: jene, die sich bspw. aus speziellen Merkmalen wie Geschlecht, Alter oder Behinderung ergibt (horizontale Ungleichheit), und jene, die u. a. aus einem geringeren Einkommens- und Bildungsstatus resultiert (vertikale Ungleichheit).

Es ist wissenschaftlich belegt, dass soziale Faktoren nicht nur mit negativen Folgen für die gesundheitliche Situation einhergehen können, sondern auch Einfluss auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen haben. Ebenso zeigen sich

diese Einflüsse beim Grad der Informiertheit der Patient*innen oder bei der Durchsetzung von Leistungsansprüchen¹². Sie wirken sich auch auf die persönliche Einschätzung des eigenen Bedarfs aus und lassen sich im Ordnungsverhalten und im Rahmen der Bewilligung von Leistungen auf Seiten der professionellen Kräfte beobachten. Folglich fordern wir ein Gesundheitssystem, das inklusiv und interkulturell gestaltet ist und geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten sowie unterschiedliche soziale Lebenslagen berücksichtigt.

Stärkung der Gesundheitskompetenz

Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen und sich über krank machende Ursachen zu informieren, sind entscheidende Merkmale der Gesundheitskompetenz jedes Einzelnen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheitskompetenz („health literacy“) als „Gesamtheit aller kognitiven und sozialen Fertigkeiten, die Menschen motivieren und befähigen, ihre Lebensweise gesundheitsförderlich zu gestalten“¹³. Die Bedeutung der Gesundheitskompetenz ist in Deutschland erst geringfügig ins politische und wissenschaftliche Bewusstsein gerückt. Konkrete Maßnahmen und Nationale Aktionspläne zur Steigerung der Gesundheitskompetenz sind bis dato primär im englischsprachigen Raum sowie in Österreich und der Schweiz auf den Weg gebracht worden. Studien belegen, dass über die Hälfte der Deutschen erhebliche Schwierigkeiten hat, Informationen über Gesundheit und Krankheit zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden^{14, 15}. Signifikante Unterschiede werden jedoch abhängig von Alter, Geschlecht, Einkommen und Bildungsstand deutlich. Dieser Mangel an Wissen über Gesundheit kann zu gesundheitlichen und finanziellen Schäden führen. Eine begrenzte (d. h. unzureichende oder problematische) Gesundheitskompetenz steht im Zusammenhang mit einer fehlenden Fähigkeit zum effektiven Umgang mit Gesundheit sowie einem fehlenden Zugang zu Versorgungsleistungen¹⁶. Die aktuelle Tendenz, Gesundheitsinformationen vermehrt im Internet zu suchen,

birgt weitere Gefahren, da die Qualität der Inhalte oftmals nur mangelhaft ist. Um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu steigern, bedarf es einer breit angelegten, strukturierten, langfristigen und zielgruppengerechten Strategie¹⁷. Die AWO regt in diesem Kontext an, dass die in Deutschland zuständigen Akteur*innen des Gesundheitswesens, der Politik und Wirtschaft, der Wissenschaft und Bildung und der Medien zusammenarbeiten müssen. Weiterhin müssen Strukturen geschaffen werden, die auf die Erhöhung der Gesundheitskompetenz hinwirken. Gesundheitsinformationen müssen zielgruppengerecht sowohl für Gesunde als auch für Gefährdete und Erkrankte einfach verständlich, in Leichter Sprache, wissenschaftlich belegt und unabhängig zugänglich sein.

Zugang zum Gesundheitssystem für alle Menschen

Die AWO steht dafür ein, dass der Zugang zum Gesundheitssystem allen Menschen unabhängig von ihrem sozialen und rechtlichen Status nicht nur de jure, sondern auch de facto möglich sein muss. Der Zugang muss auf Menschen ausgedehnt werden, die nicht krankenversichert sind, wie bspw. Menschen ohne Papiere. Auch haben viele EU-Staatsbürger oder privat Versicherte praktisch keinen Zugang zum Gesundheitssystem. Für Geflüchtete und Asylbewerber*innen muss ein diskriminierungsfreier und gleichberechtigter Zugang zur gesundheitlichen Versorgung gewährleistet sein. Weiterhin muss die gesundheitliche Versorgung von Straffälligen verbessert werden, z. B. eine freie Ärztwahl während der Haftzeit. Für Menschen in besonderen Lebenslagen, vor allem ohne Papiere, fordert die AWO die Erweiterung der Möglichkeit, Gesundheitsleistungen anonym in Anspruch nehmen zu können.

4. Gleichstellung von Prävention und Gesundheitsförderung mit Kuration

Bedeutung von nicht medizinischer Prävention stärken

Prävention und Gesundheitsförderung fristen, obwohl ihre Bedeutung in den vergangenen Jahren deutlich gewachsen ist, im Verhältnis zum finanzstärksten Bereich des Gesundheitssystems, der Kuration, weiterhin ein Schattendasein. Zudem findet dort, wo von Prävention die Rede ist, häufig eine Verengung auf ein medizinisches Präventionsverständnis statt, wodurch viele Potenziale der Prävention und der Gesundheitsförderung ungenutzt bleiben. Auch gibt es starke Differenzen zwischen den Gesundheitsausgaben der einzelnen Leistungsarten: Im Jahr 2014 beliefen sich die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz auf 3,5 Prozent (11,5 Mrd. Euro) der gesamten Gesundheitsausgaben. Im Vergleich entfielen 25,3 Prozent (82,8 Mrd. Euro) auf pflegerische und therapeutische Leistungen und 27,2 Prozent (89,2 Mrd. Euro) auf ärztliche Leistungen¹⁸. So fordert die AWO, den Fokus politischer Strategien sowie der Akteur*innen im Gesundheitswesen verstärkt auf die Prävention zu verlagern.

Prävention und Gesundheitsförderung in allen Lebensphasen

Primärprävention und Gesundheitsförderung von Beginn des Lebens an sind zentral, weil so schon früh der Grundstein für einen gesundheitsbewussten Lebensstil gelegt wird, der sich positiv über die gesamte Lebensspanne hinweg auswirkt. Doch darf sich Prävention nicht nur auf Kinder und Jugendliche beschränken. Auch im Alter, auch im Falle von Pflegebedürftigkeit, kann Prävention einer Verschlechterung des Gesundheitszustands vorbeugen oder diese hinauszögern. Ziel jedweder Prävention ist der Erhalt von Lebensqualität und das Stärken von persönlichen Ressourcen, um ein selbstbestimmtes Leben und Teilhabe zu ermöglichen. Dafür aber braucht es

einen Paradigmenwechsel, der Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur unter dem Aspekt der Wiederherstellung von Leistungsfähigkeit versteht, sondern die Lebensqualität der Menschen in den Mittelpunkt stellt.

Gesundheitsförderung in den Lebenswelten

Wissenschaftliche Erkenntnisse verdeutlichen, dass eine wirksame Prävention und Gesundheitsförderung bei krank machenden Lebensbedingungen ansetzen muss und sich nicht auf medizinische Prävention beschränken darf. Prävention muss als langfristig angelegtes Vorhaben verstanden werden, das an individuellen Verhaltensweisen ansetzt und damit einhergehend an förderlichen gesellschaftlichen Strukturen. Das Ziel erfolgreicher Präventionsstrategien muss somit in der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen für alle Menschen liegen. Nur indem versucht wird, Gesundheitsförderung in den Lebenswelten der Menschen umzusetzen, besteht die Chance, möglichst alle – unabhängig von Komm-Strukturen – zu erreichen. So können insbesondere die Belastungen für sozial benachteiligte Menschen und Menschen mit Behinderungen wirksam reduziert und ihre Ressourcen gestärkt werden.

Gesundheitsförderung für Erwerbstätige

Da etwa die Hälfte der Bevölkerung erwerbstätig ist, gilt es, die Lebenswelt Betrieb als zentralen Ort für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung näher zu betrachten. Durch sich verändernde Arbeitsbedingungen, bspw. durch längere Lebensarbeitszeit, die Zunahme prekärer Beschäftigungsverhältnisse und höhere Mobilität, sowie eine älter werdende und schrumpfende Erwerbsbevölkerung kommt der betrieblichen Gesundheitsförderung eine zentrale Bedeutung zu¹⁹. Beschäftigte mit niedrigem beruflichem Status sind häufiger krankgemeldet, was auf die Unterschiede im Bereich der körperlichen

und psychosozialen Arbeitsbelastungen zurückzuführen ist²⁰. Auch hier gilt es, einen Fokus speziell auf jene Zielgruppe zu legen.

In den Betrieben muss es – neben Anreizen für einen gesunden Lebensstil – besonders darum gehen, die Strukturen auf den Prüfstand zu stellen. Mitspracherechte, Handlungsspielräume, gezielte Förderung und Kompetenzerweiterung von Mitarbeitenden, ein auf Unterstützung ausgerichtetes Betriebliches Eingliederungsmanagement sowie eine auf Transparenz und Wertschätzung basierende Unternehmenskultur sind hierbei wichtige Bausteine. Diese sollten daher auch ihre Verankerung in der Personalentwicklung und im Qualitätsmanagement von Unternehmen und Organisationen finden.

Soziale Arbeitsmarktpolitik

Zudem fordert die AWO, dass gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und zur Sicherung der Lebensqualität aller Erwerbstätigen verstärkt auch in den Dialog der Tarifparteien einbezogen werden.

Die Gesundheitsförderung in Unternehmen benötigt eine Fortsetzung über den Betrieb hinaus in einer Arbeitsmarktpolitik, die Sorge dafür trägt, dass die psychischen Belastungen insgesamt – etwa durch permanente Jobunsicherheit, unangemessene Bezahlung oder unzumutbare Flexibilitätsanforderungen – verringert und Ressourcen gestärkt werden.

Dies bedeutet auch, die Menschen im Blick zu behalten, die keine Arbeit haben und die als „schwierig“ in der Vermittlung gelten. Häufig stehen multiple gesundheitliche Belastungen und Behinderungen, aber auch Probleme in anderen Lebensbereichen einer Teilhabe am Arbeitsleben im Weg, sie werden jedoch nur ungenügend berücksichtigt. Hier ist nach Auffassung der AWO eine Strategie der kleinen und miteinander synchronisierten Schritte anzunehmen, die Erfolg in der Unter-

stützung dieser Menschen nicht allein an der Vermittlung in eine wie auch immer ausgestaltete Arbeit misst. In diesem Zusammenhang muss auch beachtet werden, dass Krankheiten zugleich Folge und Ursache von Arbeitslosigkeit sein können.

Qualitätsentwicklung

Aus der Forderung nach partizipativer Gesundheitsförderung leitet die AWO auch ihr Eintreten für eine partizipative Qualitätsentwicklung in diesem Bereich ab²¹. Zudem fordert sie die Entwicklung von Messverfahren zur Wirksamkeit, die die Komplexität lebensweltlicher Praxis und individueller Bewertung von Wirkungen berücksichtigen (z. B. Capability Approach) sowie ausreichend lange Zeiträume bei der Effektmessung von Interventionen in komplexen Systemen veranschlagen. Die AWO versteht diese Ansätze in der Gesundheitsförderung auch als potenzielle Impulse für die Qualitätsmessung in der gesamten Gesundheitsversorgung.

Weiterentwicklung des Präventionsverständnisses

Das Präventionsgesetz ist ein erster Schritt, Prävention und Gesundheitsförderung in die Lebenswelten der Menschen zu integrieren. Da viele Determinanten von Gesundheit jedoch außerhalb des Gesundheitssektors liegen – bspw. in der Verkehrs- und Umweltpolitik, in der Stadtplanung, im Wohnungsbau, in der Sozial-, Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik und der sozialen Integration –, müssen folglich gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen in weiteren Politikbereichen geschaffen werden. Geschaffen werden müssen also langfristige gesellschaftliche Veränderungsprozesse. Angesprochen sind hier alle verantwortlichen Institutionen und Organisationen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene – im Laien- sowie im professionellen Bereich. Die konkrete Gestaltung muss in regionalen und kommunalen Bündnissen erfolgen, in die alle relevanten Akteur*innen einschließlich der Freien Wohl-

fahrtspflege einbezogen werden. Um wirksam zu sein, müssen lokale Strategien der Gesundheitsförderung mit den Menschen gemeinsam, also partizipativ, entwickelt und umgesetzt werden. Dabei geht es vielerorts zunächst darum, die Voraussetzungen für die Beteiligung zu schaffen, also Empowerment zu leisten, damit die Menschen befähigt werden, ihre gesundheitlichen Belange wahrzunehmen und in die Prozesse der Meinungsbildung einzubringen²².

Weiterhin muss der alle vier Jahre erscheinende Präventionsbericht, erstellt von der Nationalen Präventionskonferenz, besonders aufzeigen, ob durch die gesetzlichen Bestimmungen sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen minimiert werden können.

5. Medizinische Rehabilitation zur Verbesserung der Teilhabe

Rehabilitation ist ein wichtiger Baustein im Gesundheitssystem zur Förderung der selbstbestimmten und möglichst dauerhaften Teilhabe am Leben und wird zukünftig – insbesondere im Hinblick auf die Herausforderungen des demografischen Wandels und im Zusammenhang mit der Zunahme chronischer und multimorbider Erkrankungen – weiter an Bedeutung gewinnen.

Zugänge zu Rehabilitationsleistungen sicherstellen

Oftmals liegt der Fokus der medizinischen Rehabilitation auf dem Erhalt und der Wiederherstellung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, und das Ziel der Teilhabe wird weitgehend außer Betracht gelassen. Das trägt u. a. dazu bei, dass vor allem ältere Menschen häufig von den Leistungsangeboten der medizinischen und zum Teil selbst der geriatrischen Rehabilitation ausgeschlossen sind.

So wird seitens der gesetzlichen Krankenversicherung nur sehr gering in Rehabilitationsleistungen für ältere Menschen investiert. Häufig werden Anträge auf Rehabilitationsleistungen wegen allgemeiner Pflegebedürftigkeit und/oder einer bestehenden (auch nur anfänglichen) Demenz abgelehnt, da den Antragstellenden schlichtweg die Rehabilitationsfähigkeit abgesprochen wird, obwohl bei der Pflegebegutachtung Rehabilitationsbedarf regelhaft mit erfasst wird. An dieser gängigen Praxis ändert sich nichts, obwohl bereits nachgewiesen werden konnte, dass ein Zusammenhang zwischen durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen und der Verminderung oder Beseitigung der Pflegebedürftigkeit bis hin zur vollständigen Reaktivierung besteht.²³

Aber auch Menschen mit Behinderungen und sozial benachteiligten Menschen wird der Zugang in vielen Fällen erschwert oder bleibt ihnen ganz verwehrt. Das System der verschiedenen Zuständigkeiten und Kostenträger ist unübersichtlich und schwer zu durchdringen. Insbesondere für Menschen mit Behinderungen kommen verschiedene Reha-Träger in Betracht, und die eigentliche Zuständigkeit ist häufig nicht klar. Das Ziel ist, dass die verschiedenen Leistungsträger (noch mehr) miteinander kooperieren, damit die Patient*innen zeitnah jene Leistungen erhalten, die ihnen gesetzlich auch zustehen.

Vernetzung rehabilitativer Versorgung

Um eine Rehabilitation möglichst erfolgreich und patientenorientiert zu gestalten, muss die rehabilitative Versorgung mit anderen Sektoren – der ambulanten und stationären Versorgung sowie der Nachsorge und Selbsthilfe – stärker vernetzt werden. Nur so können Rehabilitationserfolge nachhaltig gesichert werden.

Mobile Rehabilitation

Die bestehenden Angebote müssen auf die besonderen Bedarfslagen der Menschen zugeschnitten werden. Das Angebot der mobilen Rehabilitation ist bspw. noch nicht etabliert. Problem ist, dass die Kostenträger diese Art Leistungen häufig nicht refinanzieren und den Ärzt*innen sowie den Betroffenen dieses spezifische Angebot nicht bekannt ist. Mobile Rehabilitation böte die Möglichkeit, die Rehabilitationsleistungen im eigenen Lebensumfeld, das Sicherheit und vertraute Struktur bietet, in Anspruch zu nehmen, was dem Bedarf und dem Wunsch der Mehrzahl der älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen entgegenkäme²⁴. Auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Personen mit besonderen familialen Verhältnissen erleichtert eine mobile Rehabilitation die Bewältigung alltäglicher Aufgaben. Das Angebot der mobilen Rehabilitation ist als ergänzendes Angebot zu sehen und darf nicht andere Rehabilitationsangebote, z. B. teilstationäre Reha, ersetzen.

Rehabilitation so früh wie möglich

Ein weiteres Problem besteht im sequenziellen Krankheitsverständnis des SGB V, wonach Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erst zu erbringen sind, wenn eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht. Dies widerspricht dem Grundsatz, erforderliche rehabilitative Leistungen so früh wie möglich umzusetzen. In besonderen Einzelfällen wäre eine frühzeitige parallele Rehabilitation Erfolg versprechender.

Zielgruppenspezifische Rehabilitation

Es ist zwingend erforderlich, dass zielgruppenspezifische Rehabilitationsangebote, die die Lebenssituation und besonderen Bedarfe älterer Menschen und Menschen mit Behinderungen berücksichtigen, etabliert und bauliche und sprachliche Bar-

rierefreiheit gewährleistet werden. Die AWO tritt außerdem dafür ein, dass Mütter, Väter und pflegende Angehörige, die aufgrund ihrer Sorgearbeit für andere gesundheitlich beeinträchtigt sind, verlässlich und unbürokratisch Zugang zu stationären Reha-Angeboten bekommen („caring for the carers“). Es ist geboten, soziale Teilhabe als Rehabilitationsziel anzuerkennen und insbesondere die geriatrischen Rehabilitationsziele weiterzuentwickeln.

| 6. Gezielte Stärkung psychischer Gesundheit

Bedeutung psychischer Gesundheit

Gute psychische Gesundheit ist eine bedeutsame Voraussetzung für soziale Teilhabe, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit. Psychische Erkrankungen gehören inzwischen zu den am häufigsten diagnostizierten Erkrankungen. Die gesetzlichen Krankenkassen verzeichnen besonders seit 2006 einen enormen Zuwachs an Fehltagen am Arbeitsplatz – die Arbeitsunfähigkeitstage haben sich hier mehr als verdoppelt (+ 129 Prozent). Im Jahr 2013 gingen knapp 14 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische Erkrankungen zurück und bildeten damit die zweithäufigste Diagnosegruppe bei Krankschreibungen²⁵. Laut der deutschen Rentenversicherung sind psychische Erkrankungen zudem die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Frühberentungen. Schwerpunkt muss also sein, psychischen Erkrankungen vorzubeugen sowie psychische Gesundheit nachhaltig wiederherzustellen.

Zielgruppenspezifische Prävention, Diagnostik und Therapie

Bei den Erkrankungen gibt es signifikante Unterschiede je nach Sozialstatus. Während Menschen mit niedrigem Sozialstatus und geringer sozialer Unterstützung durch ihr Umfeld eine starke Stressbelastung häufiger als der Durchschnitt der

Bevölkerung erleben, sind Personen im mittleren Lebensalter und mit mittlerem oder hohem Sozialstatus besonders häufig von Burn-out betroffen. Für Kinder und Jugendliche mit einem niedrigen sozioökonomischen Status besteht ein dreimal so hohes Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, und sie bekommen mehr als doppelt so häufig eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) diagnostiziert als die entsprechende Gruppe mit hohem Sozialstatus. Hier gilt es, entsprechende zielgruppenspezifische Bedarfe zu erkennen, diesen präventiv zu begegnen und die Betroffenen in der Versorgung adäquat zu behandeln.

Zugangsmöglichkeiten erleichtern

Umfragen zeigen, dass ein Drittel der Patient*innen länger als ein halbes Jahr und jeder Zweite zwischen einem und drei Monate auf eine Psychotherapie warten müssen^{26, 27}. In dieser Zeit können sich Störungen stark verschlechtern und so die (Anschluss-)Behandlung erschweren. Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sollen die Behandlungsmöglichkeiten erweitert werden. Die Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden und eine Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung sowie der Akutversorgung, der Gruppentherapie und der Rezidivprophylaxe sind wichtige Elemente, um die ambulante Versorgung psychisch Kranker zu verbessern. Nun muss im Einklang mit dem Gesetz die Umsetzung der Reform erfolgen, um eine Verbesserung der Versorgung der Patient*innen auch wirklich zu erzielen.

Neue Versorgungsmodelle

Die derzeitigen infrastrukturellen Mängel sowie die unzureichenden finanziellen Mittel für die ambulante, wohnortnahe Versorgung psychisch erkrankter Menschen führen nicht selten zu Klinikeinweisungen, die unnötig wären. Hier bedarf es eines Ausbaus des außerklinischen Behandlungsspektrums und der

flächendeckenden Bereitstellung zielgruppenspezifischer Leistungsangebote wie bspw. der Soziotherapie. Auch gibt es in der Versorgung sowohl ein Stadt-Land-Gefälle als auch regionale Unterschiede, die es auszugleichen gilt. Ein Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychotherapie muss zwingend auf der Grundlage fachlicher Standards für die adäquate Versorgung der Zielgruppe basieren und konsequent die Verzahnung von klinischer Behandlung und außerklinischer Versorgungsstruktur berücksichtigen.

Das Angebot an psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychiatrischen Hilfen muss entsprechend angepasst werden: In der Versorgung psychisch kranker Menschen fehlen vielerorts wohnortnahe ambulante Hilfsangebote, eine verbindliche Vernetzung, eine koordinierte Hilfeplanung sowie der Einsatz multiprofessioneller Teams. Um auch für schwer psychisch kranke Menschen bedarfsgerechte Hilfen in der jeweiligen Heimatregion sicherzustellen, sind regionale gemeindepsychiatrische Verbände der Leistungserbringer und Kostenträger erforderlich, die eine regionale Versorgungsverpflichtung übernehmen, den Betroffenen aber auch Wahlmöglichkeiten lassen.

Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen muss stärker Beachtung finden, da sie eine wichtige Rolle bei der Versorgung spielen und oft psychosoziale Unterstützung komplementär zur professionellen Behandlung bieten.

Interdisziplinäre und sektorenübergreifende Versorgung

Gerade Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bedürfen aufgrund der Komplexität des Behandlungsbedarfs vielfach einer interdisziplinären und sektorenübergreifenden Versorgung. Die derzeitigen Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen sind jedoch überwiegend professions- und sektorengelassen und behindern somit oft eine optimale, integrierte Versorgung. Die AWO fordert, die Durchlässigkeit der Versorgungsbereiche durch rechtliche Rahmenbedingungen

und sektorenübergreifende Finanzierungsoptionen zu schaffen und die Versorgung der Zielgruppe in Form interdisziplinärer Teams zu organisieren.

Die gesundheitliche und berufliche Rehabilitation muss sorgfältig aufeinander abgestimmt werden, damit die Menschen möglichst umfassend an der Gesellschaft teilhaben und partizipieren können. So treten wir für eine ineinandergreifende Versorgung ein, die Vernetzung verbindlich macht und Hilfeplanung koordiniert. Deshalb sind die Versorgungsbereiche durch rechtliche Rahmenbedingungen durchlässig zu gestalten und Möglichkeiten für eine professions- und sektorenübergreifende Finanzierung zu stärken.

Zusammenhang von Alltagsbelastungen und psychischen Erkrankungen

Die Zunahme psychischer Erkrankungen sieht die AWO im Zusammenhang mit wachsenden gesellschaftlichen Belastungen. Die Lebens- und Arbeitswelt ist geprägt von zunehmender Komplexität bei gleichzeitiger Abnahme von Transparenz, Verlässlichkeit und Gestaltungsspiel- und Freiräumen. Damit gehen verstärkt Gefühle von permanenter Überforderung und starker Erschöpfung einher. In der Arbeitswelt ist die Verdichtung von Aufgaben häufig begleitet von einer schleichenden Entwertung ihrer Bedeutung, bspw. in Form abnehmender sozialer Anerkennung, aber auch unangemessener Bezahlung. Teilweise verzichten Menschen, deren seelische Gesundheit durch diese Faktoren Schaden nimmt, auf Kur- oder Rehabilitationsmaßnahmen und arbeiten aus Angst vor Arbeitsplatzverlust weiter, obwohl sie Gefahr laufen, dadurch länger und schwerer zu erkranken. Um die psychischen Belastungen sowohl individuell als auch kollektiv zu reduzieren, ist eine politische Kurskorrektur hin zu einer gerechten Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik dringend erforderlich. An die Stelle des Wunsches nach grenzenloser Effizienzsteigerung muss eine Humanisierung der Arbeits- und Lebenswelt treten.

7. Weiterentwicklung von Patientenrechten und die Gewährleistung von Patientensicherheit

Stärkung der Patientenrechte

Mit der Einführung des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 sind wichtige Rechte der Patient*innen nunmehr gebündelt rechtlich verankert. Damit wurde auch der Rolle der Patient*innen als Verbraucher Rechnung getragen. Die im Gesetz festgelegten Punkte müssen jedoch kontinuierlich weiterentwickelt werden. So hält es die AWO aufgrund der größtenteils sehr langwierigen und schwierigen Prozesse bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen wegen Behandlungsfehlern insbesondere für geboten, einen Härtefallfonds für betroffene Patient*innen einzurichten.

Schnelle Facharzttermine

Ein elementares Patientenrecht ist das Recht auf eine bedarfsgerechte Versorgung und fachgerechte Behandlung. Hierzu gehört aber bspw. auch, dass Patient*innen bei Bedarf zeitnah einen Facharzttermin erhalten. Teilweise bestehen hier wochenlange Wartezeiten, sodass Maßnahmen zur Sicherung einer zeitnahen Behandlung unabhängig vom Versicherungsstatus dringend notwendig sind. Gesetzlich Versicherte müssen bspw. deutlich länger auf einen Termin warten als privat Versicherte. Dieses Missverhältnis gilt es abzuschaffen. Ob die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingerichteten Terminalservicestellen die Wartezeiten verringern können, muss stetig überprüft werden. Auch sollte die Kosten-Nutzen-Relation des Dienstes begutachtet werden. In diesem Kontext muss beachtet werden, dass die Wartezeiten und die Versorgungsdichte in den Regionen sehr unterschiedlich sind, was u. a. auf die Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses von 1999 zurückzuführen ist. Um die Kapazitätsprobleme zu lösen, bedarf es also einer dringenden Korrektur der Bedarfsplanung.

Ursachen langer Wartezeiten liegen demnach primär in der Über- und Unterversorgung und in der unterschiedlichen Vergütung in der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung. An diesen Stellen gilt es anzusetzen.

Qualität von Medizinprodukten

Im Hinblick auf die Patientensicherheit erscheint es zwingend notwendig, nicht nur eine sichere Versorgung mit Arzneimitteln, sondern auch mit Medizinprodukten zu gewährleisten. Anders als bei Arzneimitteln gibt es für Medizinprodukte in Europa keine zentrale Zulassungsbehörde. Dies erleichtert der Medizinprodukteindustrie eine schnelle Zulassung zum Nachteil der Patientensicherheit. Wie durch die Medien bekannt gewordene Ereignisse zeigen (z. B. fehlerhafte Herzschrittmacher, Industriesilikon im Brustimplantat, Abrieb beim künstlichen Gelenk, schadhafte Bandscheibenprothesen), besteht hier dringender Handlungsbedarf. Die AWO fordert, dass für Medizinprodukte höherer Risikogruppen, die bei Fehlerhaftigkeit gravierende Folgen für Patient*innen haben können, die Zulassungsbedingungen verschärft werden.

Unabhängige, neutrale Patientenberatung

Gemäß § 65b SGB V haben Patient*innen sowie Verbraucher*innen bei gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen das Recht auf eine unabhängige, neutrale, kostenfreie und qualitätsgesicherte Beratung. Die AWO fordert, dass eine Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) frei von Interessenkonflikten und finanzieller und struktureller Abhängigkeiten sein muss. Nur so kann sie ihrem Auftrag im Sinne der Patient*innen nachkommen. Beratungsangebote müssen patientenorientiert, neutral, qualitätsgesichert und wohnortnah erfolgen. Weiterhin regt die AWO an, die UPD dauerhaft an eine unabhängige Stelle fest zu verankern.

8. Ansehen der Gesundheitsberufe erhöhen und attraktive Arbeitsbedingungen für die im Gesundheitswesen Tätigen schaffen

Zunahme medizinischer Versorgungsbedarfe

Qualifiziertes Fachpersonal ist für eine hochwertige medizinische Versorgung der Menschen von immenser Bedeutung. Die Versorgungsbedarfe werden sich aufgrund demografischer und sozialer Entwicklungen stark verändern. Hierdurch müssen u. a. auch medizinische Diagnostik und Therapie weiter ausdifferenziert und spezifiziert werden. Auch wenn die Zahl der Beschäftigten in den Berufen der Gesundheitsversorgung im Zeitraum von 2000 bis 2010 kontinuierlich von 2 Mio. auf 2,4 Mio. Vollzeitäquivalente gestiegen ist, steht dem ein deutlich höherer Bedarf an Personal und vor allem an qualifiziertem Fachpersonal entgegen, um die Menschen versorgen zu können.

Fachkräftemangel

Bereits 2014 hat die Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit festgestellt, dass die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sowie die Altenpflegefachkräfte zu den Berufsgruppen gehören, bei denen Fachkräftemangel besteht²⁸. Dieser ist in anderen Gesundheitsberufen bislang noch regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Problematisch ist er bereits für Einrichtungen im ländlichen Raum in strukturschwachen Gebieten. Prognosen bezüglich des zukünftigen Bedarfs gibt es für die Pflege. Je nach Szenario (z. B. je nach Einschätzung der Entwicklung des familiären und nachbarschaftlichen Pflegepotenzials) gehen die Prognosen von bis zu 500.000 fehlenden Vollzeitkräften in der Pflege bis zum Jahr 2030 aus, wobei dies regional sehr unterschiedlich ausgeprägt sein wird²⁹.

Arbeitsbedingungen sozial und gesundheitsförderlich gestalten

Die Arbeit im Gesundheitsbereich ist besonders häufig durch stark belastende Situationen wie Schicht-, Bereitschafts- und Wochenenddienste gekennzeichnet, aber auch durch körperlich und psychisch stark beanspruchende Aufgaben mit hohem Verantwortungspotenzial. Zusätzliche Belastungen entstehen oft durch personelle Unterbesetzung. Zentrales Ziel der Unternehmen im Gesundheitswesen muss es sein, die Gesundheitsressourcen, die Zufriedenheit und die Motivation der Mitarbeiter*innen zu fördern und zu erhalten. Ein Gesamtkonzept oder auch einzelne Maßnahmen, die dies fördern, sollten auf die Kultur des Unternehmens zugeschnitten sein, die Bedürfnisse der Beschäftigten berücksichtigen und diese aktiv an der Umsetzung beteiligen.

Ausgehend von diesem Selbstverständnis sollten das Konzept oder die Maßnahmen von Unternehmen u. a. auf folgende Bereiche zielen, wofür es jedoch politischer Unterstützung bedarf:

- Schaffung von gesundheitsfördernden Arbeitsbedingungen
- Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Die Unterstützung bei der Herstellung einer ausgewogenen Work-Life-Balance
- Eine alter(n)sgerechte Arbeitsplatzgestaltung
- Möglichkeiten der beruflichen Weiterentwicklung
- Förderung eines offenen, kollegialen Arbeitsklimas
- Qualifizierung der Führungskräfte mit Blick auf den Erhalt der Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden

Mit der Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung oder der Etablierung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf drücken Unternehmen bereits ein Bekenntnis aus, dass sie ihr Personal wertschätzen und an der Entwicklung des Unternehmens beteiligen. Zu attraktiven Arbeitsbedingungen zählen aber bspw. auch Mitbestimmung,

Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume, eine angemessene Bezahlung, Weiterentwicklung- und Aufstiegschancen.

Die AWO fordert die politisch Verantwortlichen auf,

- sich für rechtliche Rahmenbedingungen einzusetzen, Gesundheitsberufe zu attraktiven, konkurrenzfähigen und gut bezahlten Berufen zu machen,
- die Gesundheitsversorgung interprofessionell und teamorientiert auszurichten,
- bestehende Hierarchien zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen durch eine entsprechende Politik abzubauen,
- durch die Anerkennung (mithilfe entsprechender Kompetenzfeststellungsverfahren) von erworbenen Kompetenzen und eine weitere Vereinfachung des Verfahrens zur Anerkennung im Ausland erworbener Abschlüsse den Zugang zum Berufsfeld zusätzlichen Personengruppen zu ermöglichen,
- sich für einen breiten Zugang zu Gesundheitsberufen, durchlässige Ausbildungsstrukturen und ein System, das berufliche Weiterentwicklung und Karriere ermöglicht, einzusetzen,
- dass eine Anwerbung von Fachkräften oder die Ausbildung internationaler Fachkräfte nur auf ethischen Grundsätzen erfolgt und nicht dazu missbraucht wird, bestehendem Handlungs- und Reformdruck im Gesundheitswesen auszuweichen,
- die Möglichkeiten für die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf zu erweitern,
- gesetzliche Regelungen zu schaffen, die auch Personen, die aus gesundheitlichen Gründen vor dem eigentlichen Renteneintrittsalter aus dem Beruf ausscheiden müssen (z. B. aufgrund beruflich hoher körperlicher und psychischer Belastungen), eine auskömmliche Rente garantieren.

Präsidium des AWO Bundesverbandes,
10. Juni 2016

Anmerkungen

- ¹ Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 10. Juni 2009
- ² Bundesministerium für Gesundheit
- ³ Böhm, Karin; Tesch-Römer, Clemens; Ziese, Thomas (Hg.) (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes)
- ⁴ Lampert, Thomas; Kuntz, Benjamin; KiGGS Study Group (2015): Gesund aufwachsen. Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin (GBE kompakt, 1/2015)
- ⁵ Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (Hg.) (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktu. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- ⁶ Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber
- ⁷ Kickbusch, Ilona; Pelikan, Jürgen M.; Apfel, Franklin; Tsouros, Agis D. (2013): Health Literacy. The Solid Facts. Kopenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe
- ⁸ Lampert, Thomas; Kuntz, Benjamin; KiGGS Study Group (2015): Gesund aufwachsen. Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin (GBE kompakt, 1/2015)
- ⁹ Robert-Koch-Institut (Hg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. Berlin (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes)
- ¹⁰ Greß, Stefan; Bieback, Karl-Jürgen (2013): Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Gutachten für den Arbeiterwohlfahrt Bundesverband. Endbericht. Hg. v. AWO Bundesverband. Berlin
- ¹¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hg.) (2009): Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Bonn
- ¹² Siegrist, Johannes; Marmot, Michael (Hg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Huber

- ¹³ Kickbusch, Ilona; Pelikan, Jürgen M.; Apfel, Franklin; Tsouros, Agis D. (2013): Health Literacy. The Solid Facts. Kopenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe
- ¹⁴ Kolpatzik, Kai (2014): Lücken beim Gesundheitswissen. In: *Gesundheit und Gesellschaft* 17 (7–8), S. 27–30
- ¹⁵ Schaeffer, Doris; V; Pelikan, Jürgen (Hg.) (2016): Health Literacy. Die zunehmende Bedeutung von Wissen und Kompetenzen für die Gesundheit [In Vorbereitung]. Bern: Hogrefe
- ¹⁶ Kickbusch, Ilona; Pelikan, Jürgen M.; Apfel, Franklin; Tsouros, Agis D. (2013): Health Literacy. The Solid Facts. Kopenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe
- ¹⁷ Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Hg.) (o. J.): Gesundheit 2020. Das Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden. Online verfügbar unter <http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>, zuletzt aktualisiert am 22.07.2016
- ¹⁸ Statistisches Bundesamt (Hg.) (o. J.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online verfügbar unter www.gbe-bund.de, zuletzt aktualisiert am 22.07.2016; Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (o. J.): Gesundheitsausgaben. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html>, zuletzt aktualisiert am 22.07.2016
- ¹⁹ Richter, Götz; Bode, Silke; Köper, Birgit (2012): Demografischer Wandel in der Arbeitswelt. Hg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Dortmund
- ²⁰ Robert-Koch-Institut (Hg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. Berlin (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes)
- ²¹ Forschungsprojekt von Gesundheit Berlin und WZB „Erfahrung nutzen – Wissen vertiefen – Praxis verbessern“ das von 2005 bis 2009 durch das BMBF gefördert wurde. Ergebnisse unter www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de;

- Wright, Michael T. (Hg.) (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber
- ²² Wright, T.M. (Hrsg.) (2010): Stufen der Partizipation. In: Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber
- ²³ Seger, W.; Sittaro, N.-A.; Lohse, R. (2013): Vergleich von Pflegeverlauf und Sterblichkeit von Pflegebedürftigen mit und ohne medizinische Rehabilitation. Hannover Morbiditäts- und Mortalitätspflegestudie. In: *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie* 46 (8), S. 756–768
- ²⁴ Schmidt-Ohlemann, M.; Schweizer, C. (2009): Mobile Rehabilitation. Eine Innovation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation. In: *Die Rehabilitation* 48 (1), S. 15–25
- ²⁵ Daten der Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeit. In: BundesPsychotherapeutenKammer (BPtK) (Hg.) (2013): BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. Berlin. Online verfügbar unter http://www.bptk.de/uploads/media/20140128_BPtK-Studie_zur_Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit_2013_1.pdf, zuletzt geprüft am 22.07.2016
- ²⁶ Kara, Stefanie (2014): Die Seele muss warten. In: *ZEIT Online* 2014, 03.07.2014 (28). Online verfügbar unter <http://www.zeit.de/2014/28/psychotherapie-therapieplatz-wartezeit>
- ²⁷ BundesPsychotherapeutenKammer (BPtK) (Hg.) (2011): BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. Berlin. Online verfügbar unter http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf, zuletzt geprüft am 22.07.2016
- ²⁸ Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2014): Der Arbeitsmarkt in Deutschland. Fachkräfteengpassanalyse. Nürnberg (Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung). Online verfügbar unter <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2014-12.pdf>, zuletzt geprüft am 22.07.2016

- ²⁹ Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Hg. v. Bertelsmann-Stiftung. Gütersloh. Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf, zuletzt geprüft am 22.07.2016

