

Lösungsansätze für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung (im ländlichen Raum)

im Rahmen der Reihe „Birnbäume für Brandenburg“



Agenda

- Zur Person
- Allgemeines zur Daseinsvorsorge
- Herausforderungen
- Einige Lösungsvorschläge



Zur Person

- 65 Jahre alt, Jurist, verheiratet, seit 1985 in Berlin lebend
- 36 Jahre im Öffentlichen Dienst (Parlaments- und Sozialverwaltungen) der Länder Berlin und Brandenburg tätig (1988 - 2024)
- Prägende berufliche Erfahrungen:
 - Transformationsprozess im Rahmen der Wiedervereinigung (1990 - 1997)
 - Abwicklungen, Krankenhausplanung, Polikliniken („311er“-Einrichtungen), Aufbau der Selbstverwaltung in den Heilberufen
 - Demographische Falle (1999)
 - Fachkräftesicherung in der Pflege/Pakt für Pflege (2012 - 2023)
 - Reform der Eingliederungshilfe/Bundesteilhabegesetz (2012 - 2022)
 - Steigende Flüchtlingszahlen (2015/2016)
 - Corona-Pandemie (2020 - 2024)
 - Ukraine-Krieg und seine Folgen (2022)

Michael Ranft - “Lösungsansätze für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung (im ländlichen Raum)“
im Rahmen der Reihe “Birnbäume für Brandenburg”



Daseinsvorsorge im Sozialstaat

„Für moderne Staaten ist eine anspruchsvolle und sozial gerechte Gesundheits- und Pflegeversorgung eine zentrale Säule der gesellschaftlichen Infrastruktur. Sie beantwortet den Anspruch der Bevölkerung auf solidarische Daseinsvorsorge in persönlichen Krisensituationen.“

„Die gesellschaftliche Akzeptanz eines Gesundheits- und Pflegewesens, das für alle zugänglich ist, ist für den gesellschaftlichen Zusammenhalt nicht zu unterschätzen. Es steht für strukturelle und kollektive Solidarität. Die Einzelnen können sich darauf verlassen, bei gesundheitlicher Bedürftigkeit oder bei körperlicher und mentaler Einschränkung Hilfe zu erhalten. Das Gesundheits- und Pflegesystem ist somit nicht nur ein Wert an sich, sondern auch ein anerkanntes Element des gesellschaftlichen Zusammenhalts. Unser gegenwärtiges Gesundheits- und Pflegewesen leistet einen erheblichen Beitrag zur Stärkung der gesellschaftlichen Identität und damit auch zur Stabilität unserer Demokratie.“

Zitate aus

Matthias Gruhl u.a., Zehn Reformvorschläge für ein zukunftsfähiges Gesundheits- und Pflegewesen, Friedrich-Ebert-Stiftung (FES), 2023, S. 5



Herausforderungen

- Sicherung des (Fach)Arbeitskräftebedarfs in der Sozialen Arbeit iwS (IAB u.a.2024)
- Nachhaltig angelegte Finanzierung der Sozialversicherung (GKV, SPV) im Spannungsfeld von Leistungsbedarfen/Leistungsausweitungen und qualitativ vertretbaren Angeboten
- Transparenz des Leistungsgeschehens und Koordination der Leistungsangebote
- Bürokratie-Abbau
- Digitalisierung
- Resilienz in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung



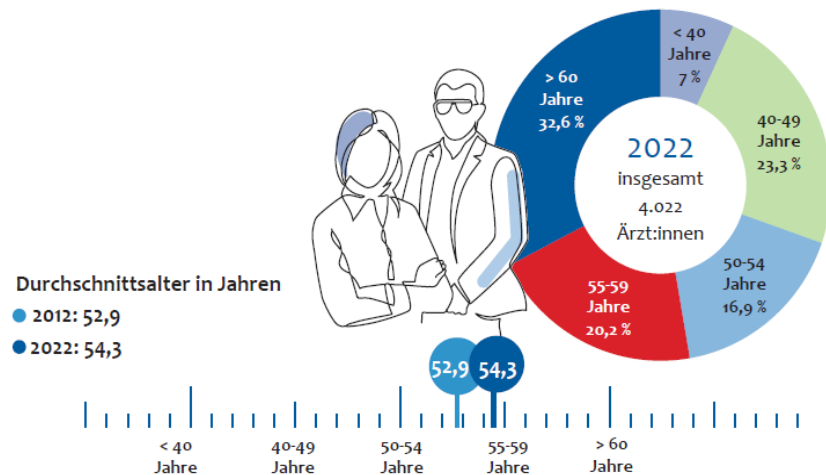
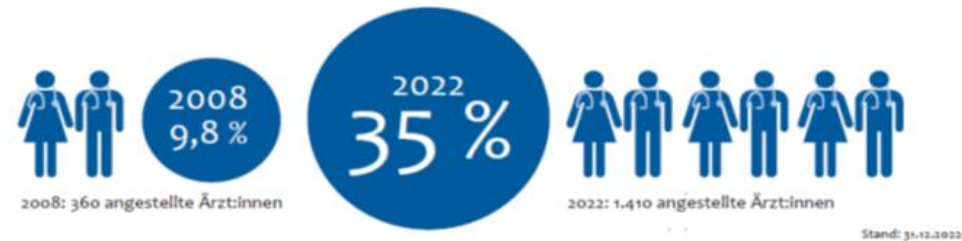
Herausforderung (Fach)Arbeitskräftebedarfe I - ambulant

Ärztliche Versorgung -

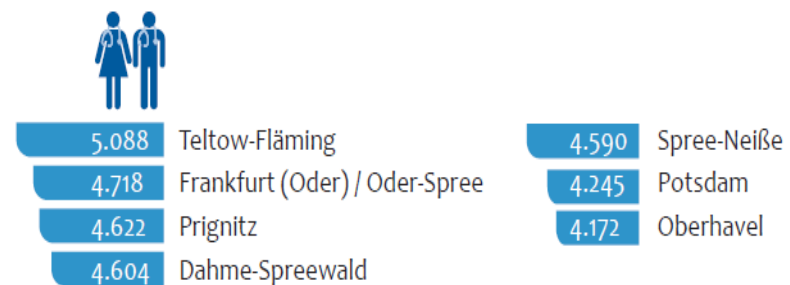
Schlaglichter aus der KVBB

Brandenburger Niedergelassene werden älter

Die Bevölkerung in Brandenburg altert, das trifft auch auf unsere Vertragsärzt:innen zu. Im Jahr 2022 waren rund ein Drittel der Haus- und Fachärzt:innen im ambulanten Bereich 60 Jahre und älter. Dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren fortsetzen.



Behandlungsfälle je Fachärzt:in im Jahr 2022



Michael Ranft - "Lösungsansätze für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung (im ländlichen Raum)" im Rahmen der Reihe "Birnbäume für Brandenburg"



Herausforderung (Fach)Arbeitskräftebedarfe II - ambulant

Quelle: vdek-Basisdaten 2024

Ärzt:innen in der vertragsärztlichen Versorgung

Strukturdaten nach Bundesländern

2022

Bundesländer	Durchschnitts- alter Ärzt:innen	Anteil Ärzt:innen > 65 Jahre in Prozent	Anteil Vertrags- ärzt:innen in Prozent	Anteil angestellte Ärzt:innen in Prozent	Ärzt:innendichte je 100.000 Einwohner:innen	Anteil Ärztinnen in Prozent
Baden-Württemberg	54,5	13,7	68,7	22,9	213,7	47,7
Bayern	54,3	13,9	69,6	27,1	227,8	48,6
Berlin	54,9	15,1	66,9	29,8	295,3	58,6
Brandenburg	54,0	9,1	65,8	29,1	198,5	57,4
Bremen	54,9	14,8	68,6	24,4	305,8	53,3
Hamburg	54,3	14,3	63,2	33,2	305,9	56,6
Hessen	54,0	12,8	70,2	25,9	228,4	52,3
Mecklenburg-Vorpommern	53,3	6,9	70,1	23,6	215,1	53,9
Niedersachsen	54,6	12,5	67,2	24,8	208,8	46,9
<i>Nordrhein</i>	53,7	11,6	67,9	25,7	237,5	51,1
Rheinland-Pfalz	54,8	13,8	66,8	28,4	204,6	46,5
Saarland	54,7	14,1	67,3	25,3	227,7	45,5
Sachsen	52,6	7,4	64,6	28,8	219,5	58,1
Sachsen-Anhalt	53,0	8,7	66,3	28,7	200,9	58,5
Schleswig-Holstein	54,2	11,0	68,8	27,2	213,7	49,0
Thüringen	52,9	8,2	61,2	33,0	206,3	57,1
<i>Westfalen-Lippe</i>	54,2	13,0	68,2	24,9	202,1	46,5

Quelle: Eigene Darstellung nach: KBV.

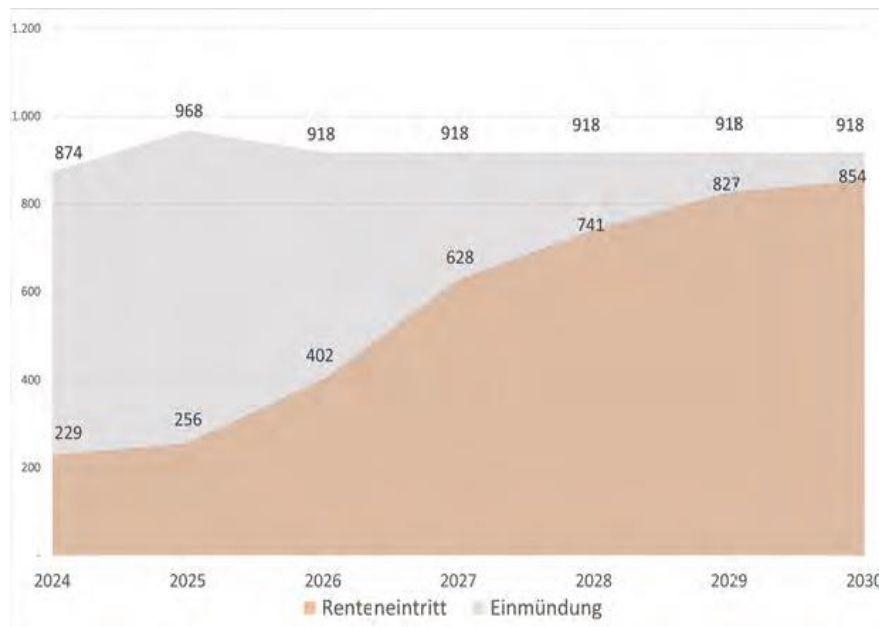
Michael Ranft - "Lösungsansätze für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung (im ländlichen Raum)"
im Rahmen der Reihe "Birnbäume für Brandenburg"



Herausforderung (Fach)Arbeitskräftebedarfe III - Pflege

Modellprojektion für Brandenburg

Quelle: DAK Pflegereport 2024



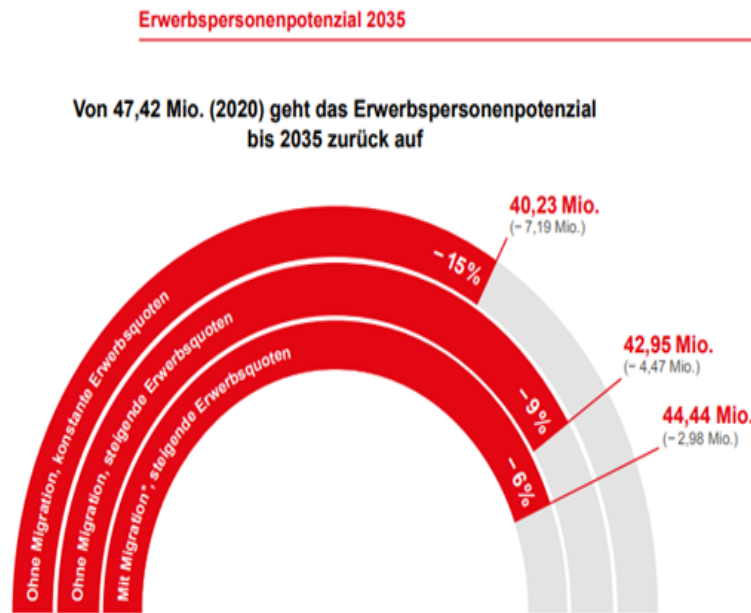
Beschäftigte, Ersatzbedarf und Bedarfsanteile im 10-Jahres-Beobachtungszeitraum Quelle wie zuvor

Bundesland	Pfleger*innen		Anteil Ersatzbedarf 10 Jahre
	Pfleger*innen in 2023	ab 55 Jahre	
Deutschland	1.140.397	249.541	21,9
Baden-Württemberg	135.943	31.776	23,4
Bayern	162.490	37.214	22,9
Berlin	45.827	10.531	23,0
Brandenburg	31.842	7.199	22,6
Bremen	10.466	2.770	26,5
Hamburg	29.707	6.008	20,2
Hessen	75.743	16.870	22,3
Mecklenburg-Vorpommern	25.153	5.406	21,5
Niedersachsen	109.537	24.257	22,1
Nordrhein-Westfalen	277.496	56.529	20,4
Rheinland-Pfalz	52.418	11.712	22,3
Saarland	15.808	3.403	21,5
Sachsen	65.087	12.804	19,7
Sachsen-Anhalt	34.104	7.493	22,0
Schleswig-Holstein	37.034	8.918	24,1
Thüringen	31.667	6.639	21,0

Michael Ranft - "Lösungsansätze für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung (im ländlichen Raum)" im Rahmen der Reihe "Birnbäume für Brandenburg"



Herausforderung Finanzierung - Allgemein



*Annahme: jährliches Wanderungssaldo + 100.000 Personen
Quelle: Projektion des Erwerbspersonenpotenzials bis 2060, IAB-Kurzbericht 25/2021

- ▶ Im Sommer 2023 war ein Höchststand der Erwerbsbevölkerung erreicht, ab da wird kurzfristig durch die Demografie Stagnation und perspektivisch ein Rückgang der Erwerbsbevölkerung erwartet.
- ▶ Die Zahl der Menschen im Erwerbsalter wird in den kommenden 15 Jahren um 1,6 bis 4,8 Millionen sinken.
- ▶ Die potenzielle Belastung der Bevölkerung im Erwerbsalter wird mindestens bis Ende der 2030er Jahre deutlich zunehmen. Während 2021, im Ausgangsjahr der Vorausberechnung, 100 Personen im Erwerbsalter 62 potenziell zu Versorgende gegenüberstanden, werden es 2038 bereits 79 sein.
- ▶ Bedarfsprognose 1 Mio. zusätzliche Erwerbstätige bei derzeit 6 Mio. Beschäftigten im Gesundheitswesen bis 2030



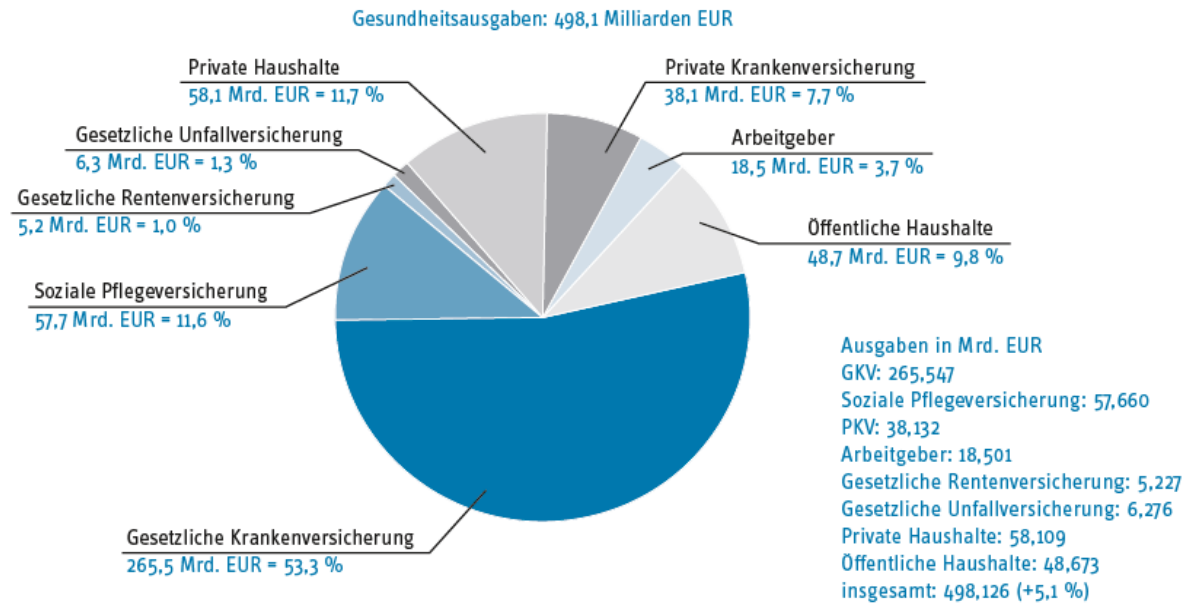
Herausforderung Finanzierung - Gesundheitliche Versorgung

Quelle: vdek-Basisdaten 2024

Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern

in Milliarden EUR und Anteil in Prozent

2022



BIP in jeweiligen Preisen (saison- und kalenderbereinigte Werte nach X13) 2022: 3.863.257.000.000 EUR

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: StBA.

Anteil Gesundheitsausgaben am BIP: 12,9 %

Michael Ranft - "Lösungsansätze für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung (im ländlichen Raum)"
im Rahmen der Reihe "Birnbäume für Brandenburg"



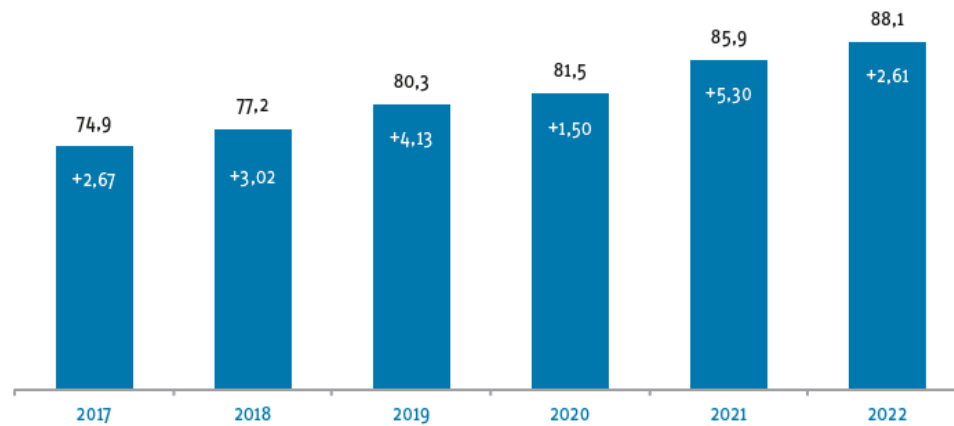
Herausforderung Finanzierung - Stationäre Versorgung

Quelle: vdek-Basisdaten 2024

GKV - Krankenhausbehandlung

in Milliarden EUR und Veränderung zum Vorjahr in Prozent

2017 - 2022



Quelle: Eigene Darstellung nach: BMG.

2022: 88.111.862.112 EUR

Michael Ranft - "Lösungsansätze für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung (im ländlichen Raum)"
im Rahmen der Reihe "Birnbäume für Brandenburg"



Herausforderung Finanzierung - Stationäre Versorgung

Quelle: vdek-Basisdaten 2024

Krankenhäuser

Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung

2022

Bundesland	Krankenhäuser	Betten	Bettenauslastung in %	Fallzahl	Berechnungstage in Tausend	Verweildauer in Tagen
Baden-Württemberg	249	53.552	69,9	1.860.782	13.609	7,3
Bayern	353	75.098	78,7	2.567.445	18.840	7,3
Berlin	88	20.257	74,2	748.435	5.484	7,3
Brandenburg	63	14.865	68,0	467.797	3.691	7,9
Bremen	14	4.819	66,6	169.802	1.171	6,9
Hamburg	61	12.804	72,0	439.589	3.365	7,7
Hessen	149	34.778	69,4	1.208.430	8.807	7,3
Mecklenburg-Vorp.	38	10.173	66,4	363.763	2.464	6,8
Niedersachsen	173	41.009	70,3	1.481.829	10.518	7,1
Nordrhein-Westfalen	333	112.862	69,6	4.087.874	28.659	7,0
Rheinland-Pfalz	85	23.176	65,8	801.387	5.564	6,9
Saarland	22	6.684	67,0	242.870	1.635	6,7
Sachsen	78	25.106	67,2	856.377	6.156	7,2
Sachsen-Anhalt	45	14.158	65,2	491.350	3.371	6,9
Schleswig-Holstein	93	15.890	70,7	518.772	4.099	7,9
Thüringen	49	15.151	65,6	496.194	3.617	7,3
Bundesgebiet	1.893	480.382	69,0	16.802.693*	121.049	7,2

Quelle: Eigene Darstellung nach: StBA.

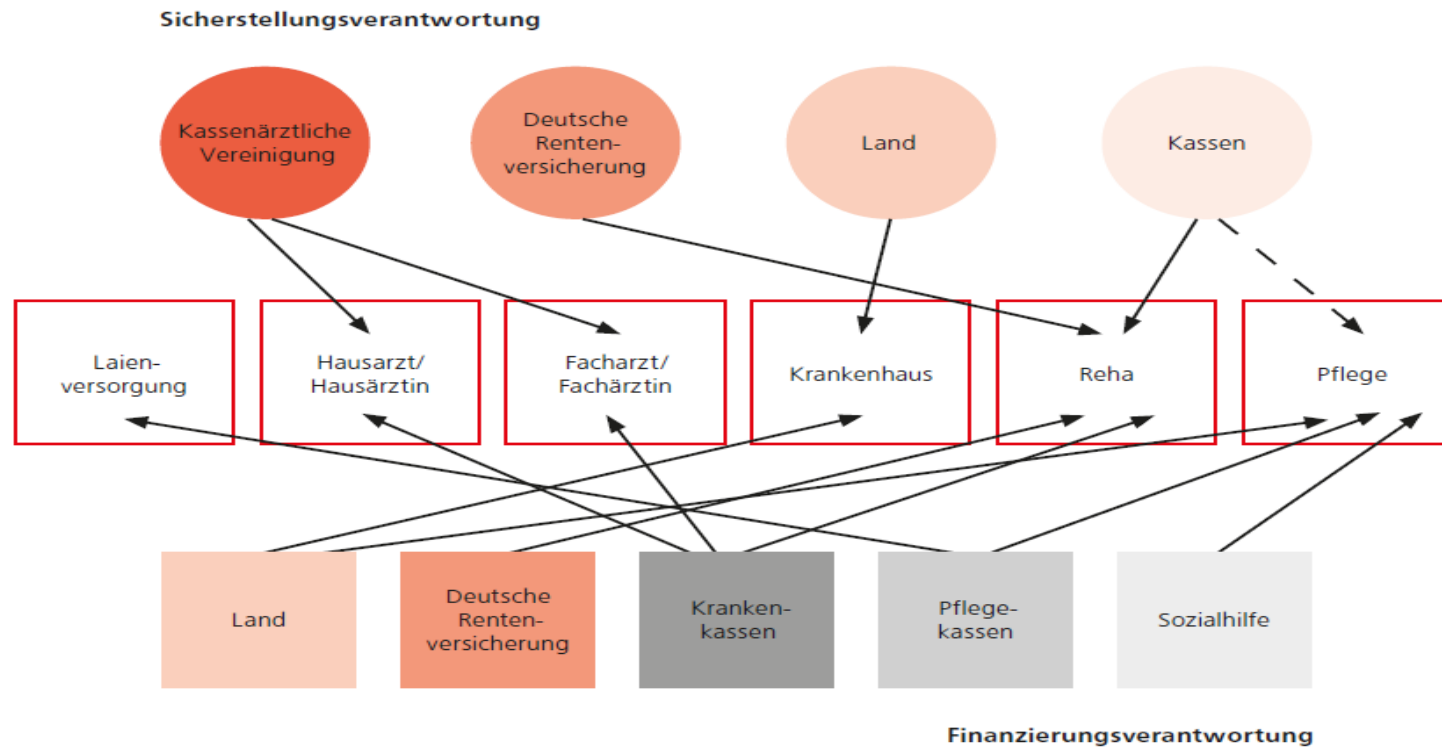
*Abweichung in der Summe durch Rundung

Michael Ranft - "Lösungsansätze für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung (im ländlichen Raum)"
im Rahmen der Reihe "Birnbäume für Brandenburg"



Herausforderung Bürokratie I

Abbildung 2
Zuständigkeit für die Finanzierung und Sicherstellung in den Versorgungssektoren



Quelle: Eigene Darstellung.

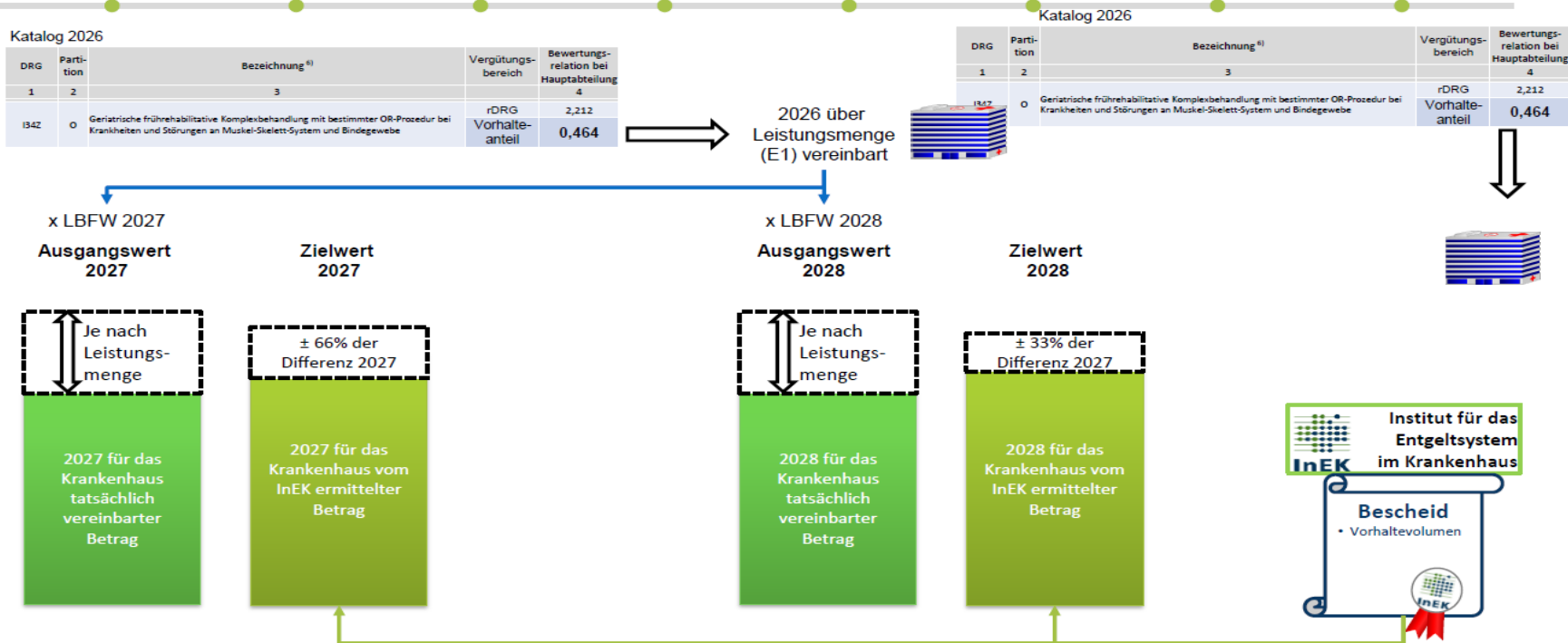
Michael Ranft - "Lösungsansätze für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung (im ländlichen Raum)"
im Rahmen der Reihe "Birnbäume für Brandenburg"



Herausforderung Bürokratie II

Beispiel Krankenhausreform

Vorhaltefinanzierung: Auszahlung des Vorhaltebudgets und der Förderzuschläge



Michael Ranft - "Lösungsansätze für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung (im ländlichen Raum)"
im Rahmen der Reihe "Birnbäume für Brandenburg"



Herausforderung Resilientes Versorgungssystem

- Retrospektiv => Corona
 - Testungen: Zusammenspiel KVBB und ÖGD/Kommunen suboptimal
 - Kontaktnachverfolgung: ÖGD/Kommunen kaum Personalressourcen
 - Impfungen: Ambulanter Sektor z.T. überfordert => Impfzentren
- Aktuell => Cyber-Sicherheit im Gesundheitswesen
- Prospektiv => Klimawandel/Sonstige Krisen
 - Hitzeaktionspläne
 - Pandemievorsorge
 - Gesundheitliche Versorgung im Verteidigungsfall



Lösungsansätze

- Gruhl u.a., Zehn Reformvorschläge für ein zukunftsfähiges Gesundheits- und Pflegewesen, Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) m.w.N., 2023
- Bertelsmann-Stiftung, Neuordnung der Notfallversorgung, 2022
- Klie, Szepan, Ranft, Strukturreform Pflege und Teilhabe II – Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Beitrag zum pflege-politischen Reformdiskurs-, Hrsg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), 2021
- Bundesgesundheitsministerium (BMG), Diverse Vorschläge der Regierungskommission für eine moderne und zukunftsgerechte Krankenhausversorgung, 2022/2023/2024
- Deutscher Verein, Soziales zukunftsfest machen – Gute Pflege für alle sichern!, 2024
- Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, Fachkräfte im Gesundheitswesen – Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, 2024



Lösungsansatz 1

Transparenz und Beteiligung

Einbindung der betroffenen Beschäftigten und Bevölkerung im Reformprozess

- Rechtzeitige, fachkundige und professionelle Kommunikation bei **allen** anstehenden Veränderungen
- Vorrangig gemeindliche und kreisliche Ebene; politische Gremien und Amts- wie Entscheidungsträger/-innen
- Unterstützung durch das Land (Beratungsstrukturen/-angebote)
- Ermöglichung des selbstbestimmtes Agieren vor Ort, z.B.
 - Förderung „Pflege vor Ort“
 - Kommunale Medizinische Versorgungszentren
 - Mitwirkungskompetenz der Kommunen/Länder bei der Zulassung nach § 95 SGB V und § 72 SGB XI
- Neue Rechtsgrundlagen für flexiblere, sektorenübergreifende Lösungen vor Ort (Werkzeugkasten) => (ambulant - stationär; gesundheitliche - pflegerische Versorgung; Reform der Notfallversorgung)



Lösungsansatz 2

Bedarfs- und versorgungsgerechter Einsatz des verfügbaren Personals

- Ressourcenschonender Einsatz, d.h. bedarfsgerechte Versorgung ohne Überlastung des eingesetzten Personals
- Vermeidung unnötiger Kontakte, Aufenthalte und Behandlungen
- Effizienter Personaleinsatz als relevante Zielstellung in allen anstehenden Reformen und deren Transformation bei einhergehender Verbesserung der Versorgungsqualität sowie Arbeitsplatzattraktivität



Lösungsansatz 3

Bessere Steuerung/ Navigation der Patientinnen und Patienten

- Bedarfsangemessene Allokationsentscheidungen VOR Eintritt in das Versorgungssystem; d.h. Reduzierung der Selbstnavigation der Patientinnen und Patienten an den Eintrittspunkten in das Versorgungssystem
- Konkret hieße dies:
 - Hausärztliche Praxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als Koordinations-/Zugangspunkte in die ambulante (und auch stationäre) medizinische/gesundheitliche Versorgung
 - Pflegestützpunkte (PSP) bzw. ggf. spezielle Pflegefachkräfte in die pflegerische Versorgung
 - Integrierte Notfallzentren (INFZ) als Zugangspunkte in die Notfallversorgung bzw. Weiterleitung in die (ambulante oder stationäre) gesundheitliche und pflegerische Versorgung einschließlich der Palliativmedizin und Hospize



Lösungsansatz 3 - Modellvorschlag der KVBB



Michael Ranft - "Lösungsansätze für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung (im ländlichen Raum)" im Rahmen der Reihe "Birnbäume für Brandenburg"

Lösungsansatz 3 - Modellvorschlag des SVR GuP

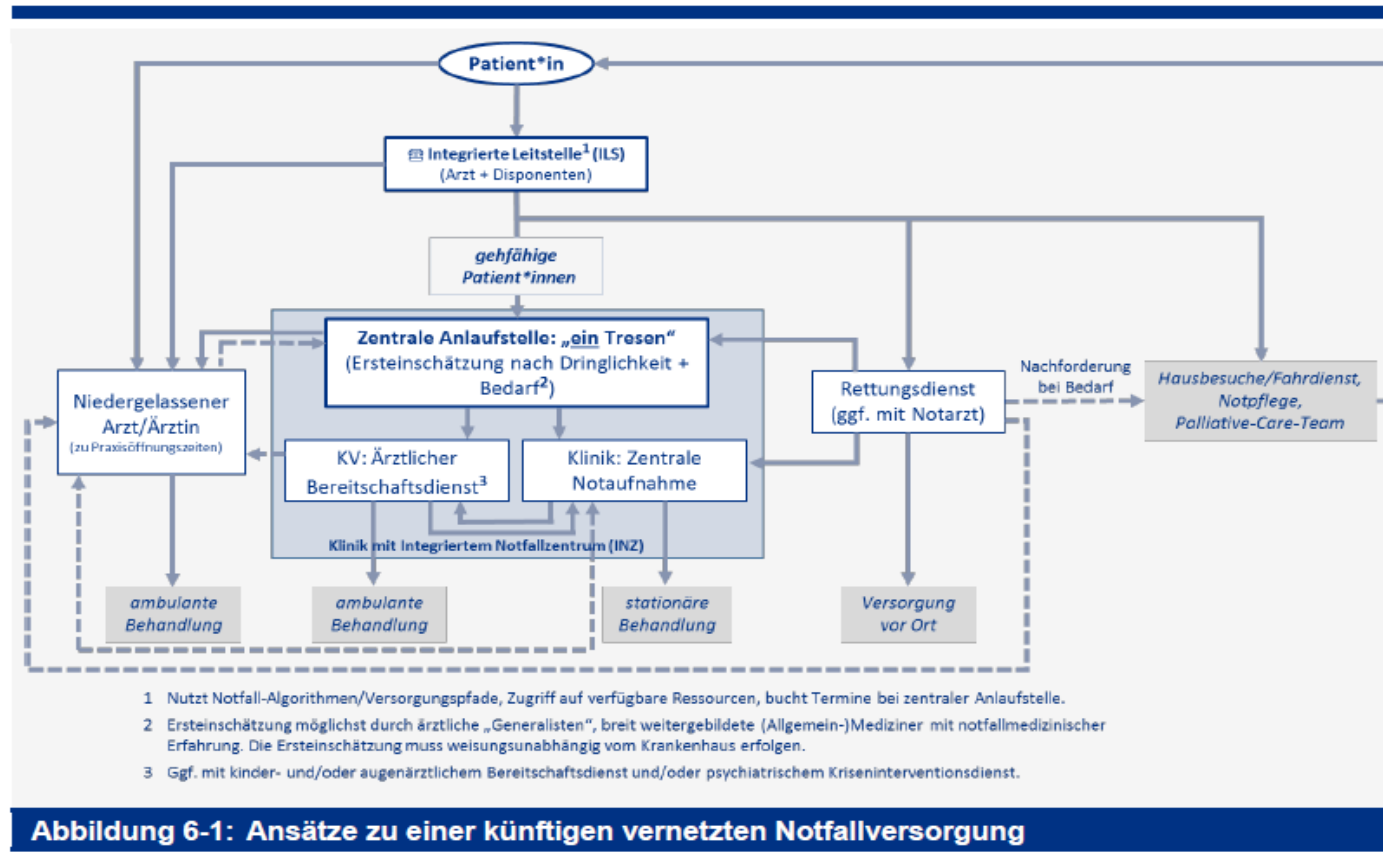
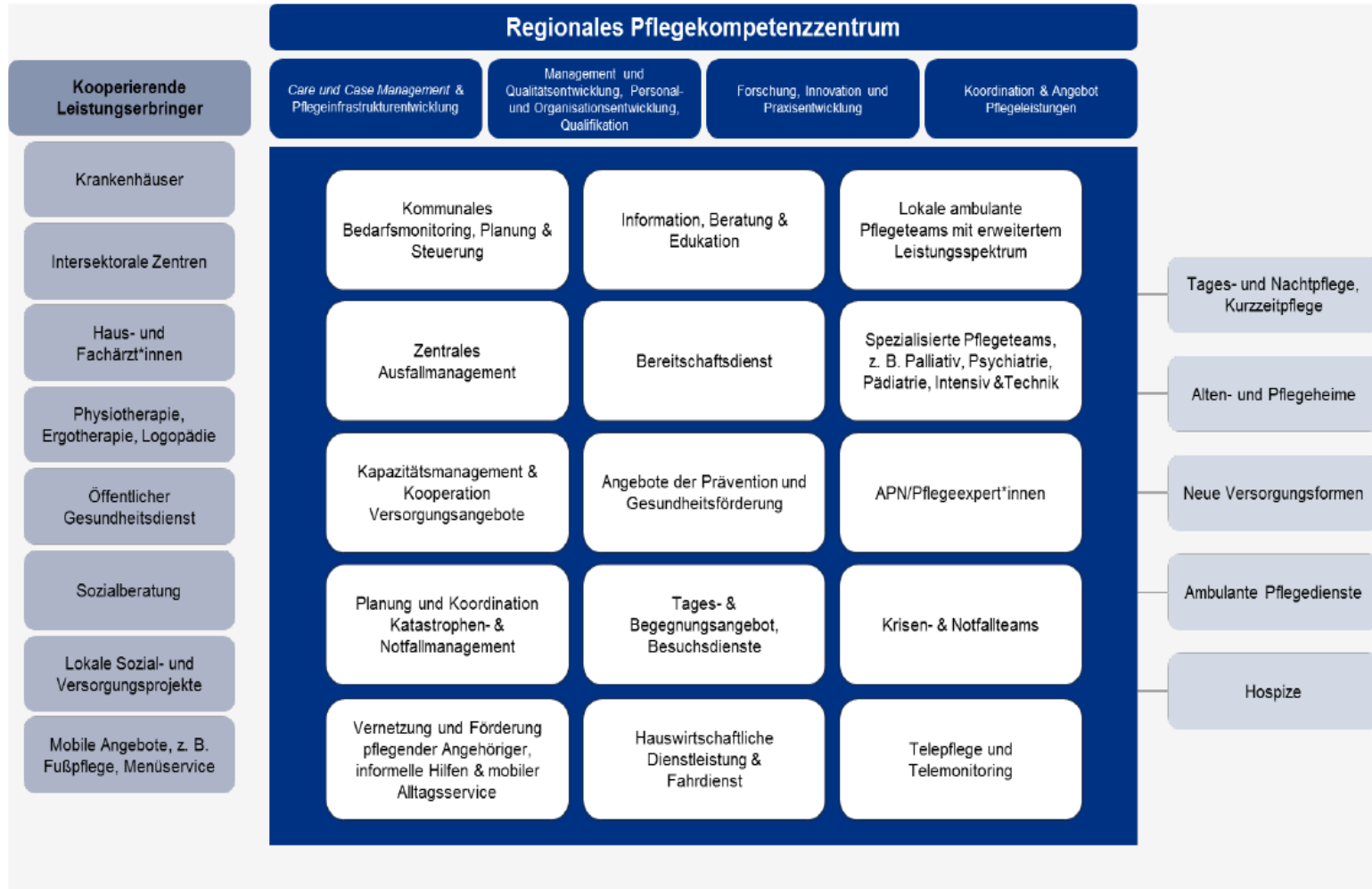


Abbildung 6-1: Ansätze zu einer künftigen vernetzten Notfallversorgung

Quelle: SVR (2018) (mit angepassten Begrifflichkeiten).

Lösungsansatz 3 - Modellvorschlag des SVR GuP



Michael Ranft - "Lösungsansätze für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung (im ländlichen Raum)" im Rahmen der Reihe "Birnbäume für Brandenburg"

Lösungsansatz 4

Reduzierung der Komplexität in den „Patientenpfaden“

im Zugang zu den Leistungen des Gesundheits- und Pflegewesen

Vier-Stufen-Modell

- Stufe 1: Allgemeinmedizinische/pflegerische Grundversorgung
 - ❖ Hausarztzentrierte Versorgung in B-W/Primärärztliche Versorgungszentren
 - ❖ Pflegestützpunkte/Pflegefachkräfte
- Stufe 2: planbare Interventionen
 - ❖ Medizinische-/Regionale Versorgungszentren/Level Ii-Krankenhäuser/Level II-Krankenhäuser
- Stufe 3: Schwere akute und langfristige Erkrankungen
 - ❖ Spezialisierte ambulante/und/oder stationäre Kompetenzzentren/Level III- oder Level IIIu-Krankenhäuser einschließlich der Koordination des gesamten Behandlungsspektrums einschließlich rehabilitativer und pflegerischer Maßnahmen
- Stufe 4: Lebenslange chronische Erkrankungen
 - Wie Stufe 3 => jeweils fachlich prädestinierter Leistungserbringer



Lösungsansatz 5

Reduzierung der (Abrechnungs)Bürokratie und deren Fehlanreize

- Reduzierung der Kontakt- und Behandlungshäufigkeit, insbesondere im ambulanten Bereich = Quartalssystematik => jährliche Abrechnungsfristen mit ggf. unterjährigen Abschlagszahlungen
- Streichung ökonomischer Fehlanreize in den Abrechnungsmodalitäten => Ausrichtung der Vergütung an Komplexität und Dauer
- Einführung sektorenübergreifender Abrechnungssysteme
- Neuordnung der Vergütung- und Anreizsystematik im Rahmen der Reform der Notfallversorgung (Vergütung der Leerfahrten)
- Modul- oder Budgetfinanzierung in der Langzeitpflege nach dem SGB XI



Lösungsansatz 6

Öffnung des ärztlichen Behandlungsmonopols

- Übertragung von ärztlichen Aufgaben bzw. der Heilkundeausübung auf qualifizierte/akademisch ausgebildete Gesundheitsfachberufe im Rahmen des Berufsrechts (Pflegerkompetenzgesetz) und des Leistungs-/Vergütungsrechtes
- Ausbau der akademischen Qualifizierungsangebote für die Gesundheitsfachberufe, insbesondere in der Pflege (vgl. Angebote in Eberswalde und Senftenberg)
- Etablierung neuer bzw. Ausbau vorhandener arztentlastender Versorgungsmodelle wie AGNES 1 und 2, ErwiN usw.



Lösungsansatz 7

Bündelung der pflegerischen Verantwortung

Umsetzung der berufsrechtlichen Möglichkeiten nach dem Pflegeberufegesetz in das Leistungsrecht

- Verordnungsbefugnis für häusliche Krankenpflege auf qualifizierte/akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte im SGB V übertragen
- Einstufungsbefugnis für Pflegegrade auf qualifizierte/akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte übertragen
- Verbindlichkeit der Ausübung der Vorbehaltsaufgaben, ihre Durchführung in der Praxis usw. stärken
- Weiterentwicklung des Paktes für Pflege in BB zur Stärkung der Einbindung von Angehörigen bzw. des sozialen Umfeldes in die Angebote der ambulanten wie stationären Pflege => quartiers- oder regionsbezogene Organisationsmodelle



Lösungsansatz 8

Beschleunigung der Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegewesen

- Umsetzung der Digitalisierungsstrategie des Bundesministers für Gesundheit im Gesundheitswesen
 - Gesetzliche Festlegung der Schnittstellenstandards
 - Weiterentwicklung der Telematik-Infrastruktur
 - Ausrollen der elektronischen Patientenakte
- In Brandenburg: Umsetzung des Konzeptes „Digitales Leitkrankenhaus“ des Unisversitätsklinikums Cottbus in der Gesundheitsregion Lausitz



Zusammenfassung

1. Mit den von Veränderungsprozessen betroffenen Beschäftigten einer Versorgungseinrichtung und der hiervon berührten Bevölkerung muss frühzeitig, transparent und umfassend kommuniziert werden.
2. Die Landesregierung Brandenburg muss die Träger der betreffenden Einrichtung(en) und die kommunal Verantwortlichen in diesem Prozess nachhaltig und kompetent unterstützen, z.B. durch eine entsprechende Beratungsstruktur.
3. Die Landesregierung Brandenburg muss nach der Landtagswahl ihre gesundheitspolitischen Versorgungsziele standortbezogen klar und eindeutig mit und in den fünf Versorgungsregionen entwickelt haben und mit deren Umsetzung spätestens ab Mitte 2025 beginnen.
4. Dabei sind die derzeit diskutierten diversen neuen Versorgungsorganisationsformen (Medizinische Versorgungszentren, Primärärztliche Versorgungszentren, Pflegekompetenzzentren, Integrierte Notfallzentren u.v.m.) als zukunftsfähige Lösungen für die Gesundheitsstandorte ergebnisoffen einzubeziehen.
5. Der Bund muss für diesen Prozess bis spätestens 1. Quartal 2025 -also noch in dieser Legislaturperiode- die entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen im Recht der ambulanten medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Krankenhausfinanzierung wie auch der Notfallversorgung geschaffen haben.
6. Andernfalls wird der Gestaltungsspielraum des Landes Brandenburg (und der anderen Bundesländer) eingeschränkt und zukunftsfähige Lösungen an den derzeitigen Krankenhausstandorten erschwert.



Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!

