

„ vom Patienten aus denken!“

Überlegungen zur Gesundheitspolitik der Jahre 2013 bis 2017 und darüber hinaus

Gemeinwohl - Ansätze mit Lösungspotential für ein zukunftssicheres Gesundheitssystem

Die nachfolgenden Gedanken wurden im Rahmen einer zweitägigen Experten-Klausurtagung des Senats der Wirtschaft erarbeitet. Der Senat ist keine Lobby-Vereinigung der Wirtschaft oder einzelner Interessenvertreter, sondern eine am Gemeinwohl orientierte Organisation.

Der Senat der Wirtschaft setzt sich aus Persönlichkeiten der Wirtschaft, Wissenschaft und Gesellschaft zusammen, die sich ihrer Verantwortung gegenüber Staat und Gesellschaft besonders bewusst sind.

Die Ehrensensatoren Hans-Dietrich Genscher, Prof. Günther Verheugen, Prof. Klaus Töpfer und unser aktiver Ratgeber Prof. Roman Herzog sind neben vielen weiteren Experten spannende Impulsgeber.

Mit den hier dargestellten Impulsen wird angestrebt, das Vertrauen der Bürger, Patienten und der Vertreter der Gesundheitsberufe in den Veränderungswillen unseres Gesundheitswesens zu stärken.

Im Rahmen einer interdisziplinären Expertenrunde aus Ärzteschaft, Krankenhausvertretern, Pflegeberufen, Pharmaindustrie, Krankenkassen, Wissenschaft und Medizintechnik wurden komprimiert und übergeordnet Denkansätze zu empfehlenswerten Anregungen erarbeitet.

Mit dem vorgelegten Papier wird keineswegs der Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Aus Sicht der Autoren werden wichtige Punkte aufgegriffen und beleuchtet.

Zu beachten ist, dass die moderne Bevölkerung aufgeklärter ist als noch vor wenigen Jahren, hinterfragt wird der Nutzen von Prozeduren, von Medizintechnik und Arzneimitteln. Die Rollen unter den Gesundheitsberufen sind neu verteilt worden, früher unbekannte Player sind hinzugetreten, exemplarisch genannt sei Google.

Vorgelegt werden Schlaglichter, die das Potential haben eine tatsächliche Veränderung des Gesundheitssystems, bei gleichzeitiger Berücksichtigung aller Blickwinkel und Segmente der Gesundheitswirtschaft zu ermöglichen. Der Ausgangspunkt ist der Patient, in einer sich wandelnden demografischen Realität und unter Einbeziehung der veränderten Möglichkeiten, Chancen und Pflichten der Technologie. Realität mit Zukunftsbetrachtung.

Der Senat der Wirtschaft bietet an, die hier angerissenen Ansätze durch die Experten wissenschaftlich und pragmatisch zu vertiefen und die erforderliche Unterstützung im Sinne des Gemeinwohls, ohne Lobbyziele zu ermöglichen.

Patienten-, nicht systemorientierte Versorgung

Im Mittelpunkt steht die Optimierung der Versorgung, verbunden mit großen Herausforderungen bei begrenzten Mitteln.

Grundlage für die kontinuierliche Steigerung der Versorgungsqualität ist das fundierte Wissen über die gegenwärtige und die zu erwartende Versorgungswirklichkeit. Angestrebt wird das „saubere Wissen“, das über Cochrane-Methoden, über elektronische Bibliotheken nach internationalem Vorbild oder bspw. über eine Stiftung Wissen und Gesundheit zu erlangen ist.

Um mehr in Menschen als in Gesundheitsinstitutionen zu investieren, bietet sich das „Lernen im Alltag“ an. Die Methoden der Versorgungsforschung, das Nutzen von Registern und Outcome-Studies ist unterentwickelt und dringlich zu verbessern.

Der eingeschlagene Weg, die Sektorengrenzen zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Medizin zu reduzieren, ist weiter zu beschreiten und zu intensivieren.

Das Beispiel der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB-V belegt gute Entscheidungen der Politik, Entschleunigung durch Selbstverwaltungsgremien und damit leider Stillstand.

Durch Vereinheitlichung der Dokumentations-, Vergütungs- und Qualitätssicherungssysteme können die Sektorengrenzen überwunden werden, die longitudinale Qualitätsmessung muss zur Selbstverständlichkeit werden, die Klagen einiger Kliniken aus NRW gegen QSR sind nicht nachzuvollziehen.

Die erfreuliche Flexibilisierung auf dem Boden des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes und die Ursprungintentionen des § 140 SGB V zur integrierten Versorgung sind weiterzuentwickeln.

Qualität

Erfreulicherweise werden Steigerungselemente bezogen auf Leistung, Wettbewerb und Qualität nicht mehr unter Verweis auf steigende Kosten der Sozialversicherung mindergewertet. Dennoch muss gefragt werden, wofür die Solidargemeinschaft Mittel aufbringen will.

In anderen kultivierten Ländern verfügt man über eine belastbare Gesundheitsberichtserstattung, die auch für die Bundesrepublik Deutschland angestrebt werden sollte. Auf dieser Basis könnten sogenannte Versorgungskarten entstehen, um die regionale Situation besser einschätzen zu können.

Die Möglichkeiten des § 90 a SGB V sind zu begrüßen, sie werden im föderalen System bisher allerdings nur sehr unterschiedlich, häufig unzureichend genutzt.

Im Mittelpunkt der zukünftigen Versorgungsplanung sollten die Bedürfnisse der Menschen stehen; zu fragen ist danach, wie viel stationäre Akutmedizin, wie viel ambulante fach- und hausärztliche Medizin, wie viel Rehabilitation, Physiotherapie, ambulante Pflege und Hospiz vorgehalten werden sollte.

Mit den derzeit bestehenden historisch gewachsenen Aufgabentrennungen, nämlich der Krankenhausplanung über die Bundesländer und der ambulanten Bedarfsregelung über die Kassenärztlichen Vereinigungen kann die am Menschen und an der Region orientierte Konzeption nicht oder bezogen auf das Lebensalter, zu spät realisiert werden.

Anzustreben ist ein Versorgungskorridor, der die Leistungen aus den Töpfen der Sozialversicherung nicht unangemessen ausweitet, sie allerdings auch nicht in erheblicher Weise beschränkt oder gar ausgrenzt. Beispielhaft genannt seien inhaltlich sinnvolle Vorsorgeuntersuchungen, die vom Leistungskatalog nicht abgedeckt werden.

Wettbewerb unter den Leistungserbringern, aber auch unter den Kostenträgern kann bezogen auf die Qualität der Versorgung nur positiv gesehen werden.

Die Empfehlungen aus dem Bundesministerium für Gesundheit, die DRG mit Qualitätsindikatoren zu koppeln ist zu begrüßen, muss aber auf Praktikabilität und ubiquitären Einsatz hin überprüft werden.

Zu berücksichtigen sind differente Vorhaltekosten bezogen auf die Versorgung in Ballungsräumen und in der Fläche.

Daten der Struktur- und Ergebnisqualität sind auf ihre Validität hin zu überprüfen. Bezüglich der notwendigen Regionalisierung kann auf Publikationen des Sachverständigenrates zurückgegriffen werden. Maßstab der Beurteilung muss sein, was sich der Patient wünscht, um die Patientenzufriedenheit kontinuierlich zu steigern.

Allgemeines

Die frühere „Fließbandmedizin“ wandelt sich in eine individuelle, individualisierte und komplexer werdende Medizin, was zu begrüßen ist. Dabei entstehen Steuerungs- und Governance-Probleme. Angestrebt wird die sogenannte Good Governance unter Nutzung der Versorgungsforschung und des Monitorings der Versorgungslandschaften. Zu fragen ist, ob wir über die richtigen Zuordnungen und Verantwortlichkeiten verfügen.

Anzustreben ist eine Generationengerechtigkeit, zu memorieren sind die Grundpfeiler der Demokratie mit Solidarität und Subsidiarität.

Falsche Anreize führen zu schlechten, darüber hinaus meist teuren Umsetzungen, viel zu lange stand im Mittelpunkt des Interesses der Leistungserbringer der sogenannte „gesunde Kranke“. Die demografische Entwicklung aller westlichen Länder erfordert ein Umdenken. Es geht um die Allokation endlicher Mittel.

Um mittel- und langfristig Versorgung sicherzustellen und qualitativ zu steigern, müssen Politik und Kostenträger die Frage beantworten, wer denn eigentlich Leistungen erbringen soll? Selbstbewusstere Gesundheitsberufe einerseits und Fachkräftemangel andererseits ermöglichen und erfordern neue Aufgabenzuordnungen.

Neuordnung der Krankenhausfinanzierung

Dringender Klärungsbedarf besteht im Bereich der Krankenhausinvestitionen. Die duale Finanzierung funktioniert nur unzureichend. DRG-Erlöse sollen laufende Kosten decken, sie werden zweckentfremdet und dienen der Finanzierung von Ersatzbeschaffungen und Investitionen.

Der Bund und die gesetzlichen Krankenkassen wollen zunehmend Einfluss nehmen, sie müssen sich an investiven Maßnahmen beteiligen. Die von der CSU schon 2001 empfohlene „Teilmonistik“ könnte jetzt zum Tragen kommen.

Je nach Prozentsatz zur Verfügung gestellter Investitionen sind Mitsprache-, mittelfristig auch Entscheidungsrechte, bezogen auf die Krankenhausplanung einzuräumen.

Das vorbildliche System der monistischen Finanzierung Berufsgenossenschaftlicher Kliniken („alles aus einer Hand“) lässt sich auf das Gesamtsystem nicht übertragen.

Sollte es – wie oben beschrieben – in Weiterentwicklung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes dazu kommen, dass die Bedarfslage nicht mehr in Krankenhaus und Praxis differenziert wird, so müssten sich der Bund, die Bundesländer, evtl. sogar Kommunen, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und weitere an Verteilung und Investitionen interessierte Organisationen neu zusammenfinden, um den Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger gerecht zu werden.

Bei Einführung des DRG-Systems war angestrebt worden, mittelfristig einen bundeseinheitlichen Basisfallwert zu ermitteln und auf Basis dieses Wertes Abrechnungen vorzunehmen. Bisher ist darauf verzichtet worden. Das Bundesministerium für Gesundheit muss dafür Sorge tragen herauszufinden, welche Gründe den Differenzen in den landesweiten Basisfallwerten zugrunde liegen und ggf. doch den bundeseinheitlichen Wert realisieren.

Zu diskutieren ist über die Gemeinnützigkeit der deutschen Krankenhäuser mit Konsequenzen für die steuerliche Bewertung. Dieser Punkt müsste in der nächsten Legislaturperiode geprüft und dann auch entschieden werden.

Hochschulmedizin

Die Bundesärztekammer hat im Frühjahr 2013 ein ausgezeichnetes Papier über die Zukunft der Deutschen Hochschulmedizin konsentiert und publiziert. Wesentliche Gedanken sollten nicht nur in die Arbeitsgruppe Wissenschaft, Bildung und Forschung, sondern auch in die AG Gesundheit und Pflege einfließen.

Der Bund muss auch zukünftig Verantwortung für die Universitätsmedizin übernehmen, dies schließt auch seine investive Beteiligung am Hochschulbau ein.

Der inzwischen von mehreren Gremien konsentierte Systemzuschlag für Betriebskosten, also eine Finanzierung über das banale DRG-System hinaus, ist verbindlich umzusetzen.

Die oben beschriebene Teilmonistik sollte auch für Universitätskliniken gelten. Dafür werden dem Bund stärkere Mitspracherechte als bisher eingeräumt.

Patientensicherheit – Indikationsqualität – Zweitmeinung

Es gilt, das Qualitätsmanagement im deutschen Gesundheitswesen weiterzuentwickeln. Dabei geht es nicht allein um die Verbesserung der Ergebnisqualität z. B. bei Operationen und Interventionen. Es geht vielmehr auch um die Frage, ob die Entscheidung zu einer Operation oder Intervention auf der Basis der medizinischen Notwendigkeit getroffen wird. Die in den letzten Jahren zum Teil exorbitant angestiegenen Operationszahlen legen den Verdacht nahe, dass andere als medizinische Gründe für die Steigerung verantwortlich gemacht werden müssen. Es ist nicht auszuschließen, dass ökonomische Fehlanreize zu einer nicht sachgemäßen und am Patientenwohl orientierten Indikationsstellung führen. Um auch in diesem Zusammenhang die Patientensicherheit zu erhöhen empfiehlt es sich, den Patienten regelhaft die Möglichkeit zu geben, eine ausgesprochene Therapieempfehlung durch Einholen einer Zweitmeinung

überprüfen zu lassen. Diese Zweitmeinung muss von unabhängiger Stelle gegeben werden und ist als Regelleistung zu vergüten.

Von der Telemedizin zu Internetmedizin

Die Telemedizin hat im deutschen Gesundheitswesen bewiesen, dass die Vernetzung mittels Informationstechnologie eine Verbesserung der Versorgung bewirkt hat. Telemedizin betrifft heute weitgehend die Kommunikation zwischen Ärzten und bildet meist solche Prozesse ab, die ursprünglich analog abgelaufen sind. Es wird Zeit, die nächste Evolutionsstufe der vernetzten und digitalen Medizin einzuleiten, die stärker die Kommunikation mit dem Patienten in den Blick nimmt. Die damit verbundenen Anwendungen werden den Patienten über die Sektoren hinweg versorgen und so auch helfen, die sektorale Trennung zu überdenken. Insofern handelt es sich nicht mehr um Telemedizin im Sinne der Business to Business Kommunikation, sondern um eine Business to Patient Vernetzung. Diese wird auch nicht über Standleitungen oder interne IT-Netzwerke sichergestellt. Vielmehr ist das Internet das Medium, über das die digitale Patientenversorgung erfolgt. Folgerichtig sollte in diesem Zusammenhang von der sogenannten Internetmedizin gesprochen werden. Dabei bezeichnet die Internetmedizin die interaktive Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Krankheiten und Verletzungen unter Nutzung des Internets und seiner Applikationen.

Die Zukunft der Gematik

Die sektorale Trennung im Gesundheitswesen ist immer noch Wirklichkeit und beeinträchtigt die Leistungserbringung. Dabei geht es nicht nur um unnötige Kosten durch Doppeluntersuchungen oder eine mindere Servicequalität durch lange Wege und hohen administrativen Aufwand. Es geht vor allem um die Patientensicherheit, wenn lebenswichtige Informationen nicht oder nur eingeschränkt verfügbar sind. Es ist nicht auszuschließen, dass in Deutschland Patienten zu Schaden kommen, weil Informationen zu bekannten Risikofaktoren – lebensbedrohliche Allergien auf Arzneimittel, Arzneimittelinteraktionen, etc. – dem Arzt, Apotheker oder Notfallsanitäter nicht zur Verfügung stehen. Die Gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH) bemüht sich seit 2005, die Etablierung einer Gesundheits-Telematik-Infrastruktur auf den Weg zu bringen. Die grundsätzlich hervorragende Idee konnte trotz der langen Vorlaufzeiten nicht umgesetzt werden, was erhebliche Konsequenzen mit sich bringt. So leistet Deutschland bis heute nicht den erwarteten Beitrag zur Modernisierung des Gesundheitswesens, es wird verhindert, dass es zu einem Innovationswettbewerb der digitalen Gesundheitswirtschaft kommt. Die Entwicklung von den am Patientennutzen orientierten Lösungen wird verzögert, weil die Telematikinfrastruktur nicht bereitgestellt wird. Damit wird auch die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Medizintechnik infrage gestellt, da die Anwendung digitaler Applikationen in dem eigenen Heimatmarkt weitgehend unmöglich gemacht wird. Die negative Entwicklung des Exports von Produkten der deutschen Medizintechnik in die USA ist ein Zeichen dieser Auswirkungen. Über die Zukunft der Gematik ist zu diskutieren.

GKV / PKV – das duale System

Das Konzept einer Einheitsversicherung ist abzulehnen. Private Krankenversicherungen sind unverzichtbarer Bestandteil des Gesundheitssystems. Die Reform der gesetzlichen Krankenversicherungen hat sowohl das System als auch die Beiträge stabilisiert. In Zukunft sollen Krankenkassen, deren

Rücklagen die gesetzliche Mindestreserve um ein Mehrfaches übersteigen, zur Prämienrückerstattung an ihre Mitglieder verpflichtet werden, wie es im Bereich der privaten Krankenversicherung schon lange Usus ist.

UN-Behindertenrechtskonvention

Besonders im Gesundheitswesen muss der in Schulen und Betrieben schon selbstverständliche Übergang von der Integration von Menschen mit Behinderungen in Richtung Inklusion erfolgen. Es bedarf allerdings des nötigen Fingerspitzengefühls, um „das Kind nicht mit dem Bade auszuschütten“. Überlegungen, jede Arztpraxis und jedes Krankenhaus für jedwedes Handicap nutzbar zu machen, übersteigt die wirtschaftlich sinnhaften Ressourcen, hilft dem Kreis der Betroffenen nicht und erscheint überzogen zu sein. Beispielhaft genannt sei der Krankenhausbesuch von Patienten oder Angehörigen mit erheblicher Sehbehinderung. Es ist keineswegs geklärt, ob diese Menschen mehr von der technischen Weiterentwicklung von Wegeleitsystemen oder nicht doch von menschlicher Begleitung und Unterstützung profitieren, natürlich auf professioneller Basis.

Prävention

Nach drei gescheiterten Gesetzgebungsverfahren zur Prävention sollte die inhaltliche Diskussion und reale Verbesserung präventiver Bemühungen in den Vordergrund treten. Die Bundesrepublik Deutschland ist voll von Beispielen fakultativ gelebter Prävention. Die Unfallverhütung im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung nimmt weltweit Rang eins ein. Die unzähligen Aktivitäten in den Gesundheitsregionen, an denen Kassen, Pharmazeutische und Medizintechnische Industrie und Leistungserbringer beteiligt sind, fokussieren richtigerweise auf Verhaltensempfehlungen bereits im Kindesalter. Gesundheitsbewusstes Leben mit ausreichender Bewegung und gesunder Ernährung kann nicht früh genug erlernt werden. Die betriebliche Gesundheitsförderung ist vordergründig dem Ressort Arbeit und Sozialordnung zuzuordnen. Gesundheit kann sich nicht aus der Verantwortung herausnehmen. Auch die Menschen in den Betrieben sind oder werden Patienten; die angesichts der demografischen Entwicklung zu erwartende Vollbeschäftigung im Bereich der Bundesrepublik Deutschland macht dies deutlicher denn je zuvor.

Über die Gründung von Facharzt- und Präventionszentren wird seit Jahren diskutiert, die neue Bundesregierung sollte Modellvorhaben fördern, um festzustellen, ob regelmäßig durchgeführte Routineuntersuchungen messbare Erfolge zeigen. Ob es hierfür der Nutzung strahlenfreier Großgeräte bedarf oder nicht, sollte in die Modelle einbezogen werden. Da es um die Vermeidung von Krankheit und damit auch Behandlungsbedürftigkeit geht, sollten GKV und PKV die Kosten der Modellversuche tragen.

AMNOG

Besonders im Bereich der forschenden Arzneimittelhersteller ist die Gesetzgebung umstritten. Insgesamt überwiegen die Vorteile des Arzneimittelneuordnungsgesetzes die häufig partikularen Nachteile bei weitem. In der jetzt startenden Legislaturperiode sollten die AMNOG-Effekte sorgfältig beobachtet werden. Weitere Preiseinschnitte würden den ohnedies kleiner gewordenen Pharmastandort Deutschland existentiell gefährden. Nicht das AMNOG, sondern frühere pharmaunfreundliche Normen haben dazu geführt, dass Deutschland als „Apotheke der Welt“ abgelöst worden ist.

Gelegentliche Verknappungsszenarien, jüngst erlebt bei Impfstoffen und Antibiotika, machen deutlich, dass Pharmaindustrie nicht nur als Arbeitgeber und Forscher gebraucht wird, Pharmaproduktion in Deutschland führt auch zu einer stabilen Versorgung der Bevölkerung in besonderen Bedarfslagen.

Unter verschiedenen Gesichtspunkten von großer Bedeutung ist die Stärkung der Arzneimittelsicherheit. Die älter werdende Bevölkerung darf als umfassend arzneimittelausgestattet bezeichnet werden. Hausarzt, Facharzt, besonders aber dem in einer Akutsituation hinzugezogenen Krankenhausarzt sind die Interaktionen der einzelnen Medikationen nur eingeschränkt bekannt, Nebenwirkungen werden erst spät offenbar. Hospitalisationen zur medikamentösen Einstellung von Patienten gehören im DRG-Zeitalter der Vergangenheit an, die Übertragung der Lotsenfunktion auf Krankenhausapotheker scheitert daran, dass Deutschland eine der niedrigsten Raten an Krankenhausapothekern europaweit zu verzeichnen hat. Es bedarf der Entwicklung neuer IT-gestützter Verfahren zur Erhöhung der Arzneimittelsicherheit. Besonders beleuchtet werden muss auch die Arzneimittelsicherheit bei alten, dementen oder chronisch kranken Patienten.

Medizintechnik

Während der ganzen Legislaturperiode 2009-2013 wurden Überlegungen angestellt, wie die Neuanwendung medizintechnischer Produkte einerseits im Interesse der Patienten sicherer gestaltet werden kann, andererseits der Bürger und Patient von medizinischen Innovationen früh- mindestens rechtzeitig profitiert.

Als Vorbild für Regelungen gelten die Arzneimittelforschung und der hochkomplizierte Übertritt neuer Produkte in den Markt.

Durch Skandale sensibilisiert hat sich die EU dieser Thematik angenommen, die neuen Regelungsvorschläge liegen auf dem Tisch. In Deutschland sind die Kriterien sicher und schnell anzuwenden. Die Erprobungsregelung für neue Medizintechnologie hat sich bewährt.

Kriminell anmutende Fehlentwicklungen wie bei der französischen Produktion qualitativ minderwertiger Brustimplantate sollten nicht dazu führen, dass Augenmaß und Besonnenheit verloren gehen.

Fortschreibung der Koalitionsvereinbarung 2009

Die Versprechen zur Förderung der individualisierten Medizin, der Beachtung seltenen Krankheitsbilder, der Entwicklung von Mehrgenerationen-Häusern und die Schaffung des Übergangs der Telemedizin von Modellen in den klinischen Alltag sind allesamt gehalten worden. Für die Etablierung der genannten Themen sind vier Jahre nicht ausreichend, auch die neue Bundesregierung sollte die eingeschlagenen Wege fortsetzen und intensivieren.

Das Thema Gesundheitswirtschaft fand sich 2009 erstmalig in einem Koalitionsvertrag, gleich zweimal in den Kategorien Gesundheit und Wettbewerb. Inzwischen besteht Konsens darüber, dass die Gesundheitswirtschaft mit der wahrscheinlich größten Zahl mittelbar und unmittelbar beschäftigter Menschen eine enorme Bedeutung für das Wirtschaftsland Deutschland hat. Die für andere Branchen selbstverständlichen Kriterien wie Markt, Wachstum und Wettbewerb sind dringlich weiterzuentwickeln. Auf Bundesebene bedarf es der festen Zuordnung der Gesundheitswirtschaft zu einem Ressort, mindestens aber einer verbindlichen Vereinbarung darüber, wie die Ministerien Gesundheit und Pflege, Wirtschaft, Finanzen und das Bundeskanzleramt auf dem Feld der Gesundheitswirtschaft künftig national und

international erfolgreich agieren wollen. Doppel- und Dreifachzuständigkeiten verzögern Entscheidungen, Prozesse und Erfolge.

Notfallversorgung in Europa

Die geografische Lage im Herzen Europas mit den vielen, inzwischen im Normalfall gut passierbaren Grenzen führt bezogen auf Notfälle, also akute, lebensbedrohliche Erkrankungen oder Verletzungen zu erheblichen Problemen. Während die grenzüberschreitende Notfallversorgung in einer Reihe von Ländern vorbildlich geregelt ist, bestehen in anderen erhebliche Defizite. Ganz besonders deutlich wird dies am Beispiel der Notfallversorgung an der deutsch-polnischen Grenze. Die Rettungsmittel des einen dürfen auf dem Nachbarterritorium nicht eingesetzt werden, zentrales Problem sind ungelöste Fragen der Haftung. Das Bundesgesundheitsministerium in Polen sieht Regelungsbedarf und ist gegenüber Gesprächen aufgeschlossen, eines der Anrainerbundesländer, nämlich Mecklenburg-Vorpommern, ebenfalls. Wegen der national, häufig auch international agierenden Haftpflichtversicherungen ist aber das Bundesministerium für Gesundheit gefordert.

Gesundheitsberufe

Die Akademisierung der meisten Gesundheitsberufe macht gute Fortschritte. Die Qualität des einen oder anderen Studienanbieters bleibt zu beobachten. Zu begrüßen wäre es, wenn sich die Medizinischen Fakultäten auch für Studierende nichtärztlicher Gesundheitsberufe öffnen würden, dies entspräche dem internationalen Standard und würde für adäquate Ausbildungsqualität sorgen.

Auch wäre der Wettbewerb auf dem Feld der Hochschulausbildung von nichtärztlichen Gesundheitsberufen zwischen Medizinischen Fakultäten, universitätsmedizinischen Angeboten, staatlichen und schließlich privaten Universitäten der angewandten Wissenschaften für alle Beteiligten nur förderlich.

Das 2013 in Kraft getretene Notfallsanitätergesetz ist auf umfangreiche Bedenken im Bereich der verfassten Ärzteschaft gestoßen. Hier ging es nicht nur um Gesichtswahrung und Protektion des eigenen Berufsstandes. Die Verlängerung der Ausbildungsdauer, Intensivierung der Inhalte und auch die Übernahme größerer Verantwortung vor Ort kann nur begrüßt werden. Die Ausbildungsrealisierung sollte aber nicht unabgestimmt Anbietern von IT-Plattformen überlassen werden. Das Einsatzgebiet der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters nach Erhalt eines Zertifikates ist zu sensibel. Vitale Gefährdung einzelner oder ganzer Gruppen eignen sich nicht als Experimentierfeld zur Erprobung von IT-gestützten Plattformen, um den Einstieg in die Ausbildung der akademischen Gesundheitsberufe zu erlangen. Normen – eventuell sogar der Gesetzgeber – sind gefragt.

Pflegepolitik

Die Menschlichkeit im Umgang mit Pflegebedürftigen und ihre Würde sollen in den Mittelpunkt der Pflegepolitik gestellt werden, Angebote altersgerechter Begleitungen sind weiterzuentwickeln. Bei der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit soll der Grad der Selbständigkeit der Betroffenen berücksichtigt werden, um den Betreuungsbedarf von Menschen mit Demenz, aber auch von Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen besser erfassen zu können.

Vertreter von Politik und der Berufsgruppe Gesundheits- und Krankenpflege sollten intensiver im Dialog sein, zu entscheiden ist, wer denn zukünftig eigentlich Leistungen am Patienten erbringen soll. Notwendig sind Investitionen in die Aus- und Fortbildung der Gesundheitsberufe, speziell im Pflegebereich.

Zu verbessern ist der Kenntnisstand über diejenigen, die pflegerisch in Kliniken, Heimen und Praxen tätig sind. Es ist beispielsweise völlig unklar, zu welchem Zeitpunkt die demographische Entwicklung unter den Leistungserbringern wirklich zu einem Engpass im Pflegebereich führen wird.

Die Forderung, kurativ tätige Ärztinnen und Ärzte sollten von Teilen der Bürokratie, insbesondere der Dokumentation befreit werden, gilt analog auch für Angehörige der Berufsgruppe Gesundheits- und Krankenpflege.

Rolle des Arztes

Auch eingedenk der Tatsache, dass es sich bei der Versorgung der Bevölkerung in Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation um einen interdisziplinären und interprofessionellen Prozess handelt, ist es wohl unumstritten, dass Ärztinnen und Ärzte eine wichtige Rolle spielen und spielen werden.

Die Zugehörigkeit zur Gruppe der Freien Berufe ergibt sich aus dem Primat der Therapiefreiheit, der Einhaltung des hippokratischen Eides und der Berufsordnung.

Nicht zu übersehen ist der Wandel des Arztberufes, der traditionell außerhalb der Krankenhausmedizin freiberuflich tätig gewesen ist, hin zum angestellten Arzt in Klinik, Praxis und in neuen Strukturformen, wie Medizinischen Versorgungszentren oder Sozialeinrichtungen.

Die Freiberuflichkeit hat sich im Interesse von Staat und Gesellschaft bewährt, der Staat konnte und kann hoheitliche Aufgaben übertragen, das Kammersystem ist eingespielt, die Berufsgerichtsbarkeit funktioniert, die Berufsständische (Alters-) Versorgung der Heilberufe bedarf keines Supportes.

CDU/CSU und SPD sollten sich für die weitere Zugehörigkeit der approbationsassoziierten Heilberufe zur Gruppe der Freien Berufe bekennen, die Berufsausübung in Arbeitnehmerfunktion steht dem nicht im Wege.

Die aktuell schwierige Lage in den Gremien des Bundesverbandes der Freien Berufe ist von der Politik nicht zu verantworten. Positiv begleitet werden sollte allerdings ein „Neuanfang“, um den Freien Berufen eine Plattform zu geben.

Reform des Gendiagnostik-Gesetzes

Im Alltag hat sich gezeigt, dass bestimmte Vorgaben des Gendiagnostik-Gesetzes nicht eingehalten werden können, einer der Gründe liegt in der nicht ausreichenden Qualifikation der Leistungserbringer auf diesem Gebiet. In Einzelpunkten ist im Konsens nachzubessern.

Das vorliegende Impulspapier wurde redaktionell erstellt durch Prof. Dr. med Axel Ekkernkamp und Dr. Christoph Brüsel. Die erarbeiteten Denkansätze sind Ergebnis mehrtägiger Beratung eines Expertenkreises, der nachfolgend in alphabetischer Reihenfolge benannt ist:

Brübel	Dr. Christoph	Vorstandsbereich Politik	Senat der Wirtschaft e.V.
Daglinger	Dr. Birgit	Geschäftsführerin	FERRING Arzneimittel GmbH
Ekkernkamp	Prof. Dr. Axel	Chefarzt & Geschäftsführer	Unfallkrankenhaus Berlin & Lehrstuhl Uni Greifswald
Gritschneder	Klaus	Mitglied der Geschäftsleitung	FutureCamp Health GmbH Apotheke
Härthe	Dieter	Vorstandsvorsitzender	Senat der Wirtschaft e.V.

Herrmann	Peter	Managing Director	iSOFT Health GmbH, a CSC Company
Heyder	Ralf	Generalsekretär	Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.
Hummler	Walter	Geschäftsführer	Moor-Heilbad Buchau GmbH
Jonitz	Dr. med. Günther	Präsident	Ärztekammer Berlin
Kamm	Johannes F.	Geschäftsführer	Pflegen & Wohnen Hamburg GmbH
Müschenich	Dr. med. Markus	Facharzt und Geschäftsführer	Medizintechnik
Reinhardt	Dr. Klaus	Vorsitzender	Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e.V.
Steidel	Alois G.	Vorstandsvorsitzender	K M S Vertrieb und Services AG
Westerfellhaus	Andreas	Geschäftsführer	Akademie für Berufe im Gesundheitswesen GmbH
		Präsident	Deutscher Pflegerat
Wichelhaus	Joachim	Vorstand	DIE BERGISCHE KRANKENKASSE

Zur weiteren Rücksprache und vertiefenden Beratung steht der Senat der Wirtschaft und die mitwirkenden Experten bereit.
Als Ansprechpartner und Kontaktkoordination nutzen Sie bitte

c.bruessel@senat-deutschland.de

030 - 4010 99 50
0172 26 55 129

Weitere Informationen zum Senat der Wirtschaft erhalten Sie unter

www.senat-deutschland.de

www.senat-magazin.de

www.weltwaldklima.de