

Überlegungen zur Gesundheitspolitik 2017 bis 2021 und darüber hinaus

Weniger vom System – weiter vom Menschen aus denken

Federführende Autoren

Prof. Dr. med. Axel Ekkernkamp, Vorsitzender des Kuratoriums Stiftung Senat der Wirtschaft

Dr. Christoph Brüssel, Vorstand Stiftung Senat der Wirtschaft

Die nachfolgenden Gedanken wurden im Rahmen einer zweitägigen Klausurtagung des Senats der Wirtschaft erarbeitet. Der Senat unterstützt Politik durch gemeinwohlorientierte Lösungsansätze aus der Perspektive einer ökologischen und sozialen Marktwirtschaft.

Er vertritt keine partikularen Interessen einzelner Branchen oder Unternehmen. Die Mitglieder handeln im Bewusstsein einer Verantwortung für Staat und Gesellschaft.

Expertinnen und Experten aus nahezu allen Segmenten der Gesundheitswirtschaft, aus Wissenschaft und Wirtschaft, (Vorstände, Geschäftsführer, Ordinarien, Inhaber) haben gemeinsam und kooperativ an der Klausurtagung teilgenommen.

Angestrebt wird, das Vertrauen der Bürger, Patienten und der Vertreter der Gesundheitsberufe in den Veränderungswillen unseres Gesundheitswesens zu stärken.

Mit dem vorgelegten Papier wird keineswegs der Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Selektiv werden wichtige Punkte aufgegriffen und beleuchtet. Diese sind in einer interdisziplinären Expertengruppe aus den Bereichen Medizin, Pflege, Nachsorge, Pharma, Medizintechnik, Digitaltechnik und Versicherungen angedacht worden.

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 seien Google, Apple oder IBM mit Dr. Watson.

Die angestrebte Akademisierung in Bereichen der Gesundheitsberufe zeigt erste Erfolge.

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. Der Innovationsfonds hat nicht erwartete Aktivitäten hervorgebracht. Es wurden Netzwerke gefördert, die auch im Routinebetrieb standhalten können. Der Innovationsfonds sollte auch in der kommenden Legislaturperiode aufgelegt werden.

Durch Vereinheitlichung der Dokumentations-, Vergütungs- und Qualitätssicherungssysteme können die Sektorengrenzen überwunden werden, die longitudinale Qualitätsmessung muss zur Selbstverständlichkeit werden. Die erfreuliche Flexibilisierung auf dem Boden des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes und des Krankenhausstrukturgesetzes sowie die Ursprungsintentionen des Paragraphen 140 SGB V zur integrierten Versorgung sind weiterzuentwickeln, gegenläufige Vorgaben zu korrigieren. So hat das Antikorruptionsgesetz leider langjährig bewährte Kooperationen zwischen Praxen und Kliniken gefährdet oder gar beendet.

Stärkung der Pflege ist gesellschaftlich unerlässlich und könnte als „doppelte Lösung“ wirken

Im Pflegeberufegesetz, das noch im Sommer 2017 verabschiedet worden ist, gibt es Nachbesserungsbedarf. Die potenzielle Benachteiligung der Altenpflege sollte korrigiert werden. Darüber hinaus gibt es konkreten Handlungsbedarf bei den kostenpflichtigen Ausbildungsmöglichkeiten.

Vor dem Hintergrund der rasant fortschreitenden digitalen Transformation und damit verbundenen Automatisierung vieler Arbeitsbereiche stellt sich drängend die Frage zukünftiger Arbeitsplätze. Gerade im Pflegebereich bietet sich ein Feld der Kompensation, da langfristig Fachkräfte stabil Aufgaben haben werden und so auch ein Stück Lösung der Arbeitsplatzverluste auf anderen Gebieten zu erkennen ist. Es könnte so eine für Politik und Gesellschaft doppelte Motivation darstellen, diese Frage zu unterstützen.

Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist in allen Sektoren des Gesundheitswesens zu sichern, Versorgungslücken sind zu schließen, Risiken müssen minimiert und Personalnot beendet werden.

Bei der Umsetzung sollten die folgenden Anregungen beachtet werden:

- Erhöhung der Ausbildungskapazitäten und die Sicherstellung einer auskömmlichen und einheitlichen Ausbildungsfinanzierung. Der zukünftige Ausbildungsplatzbedarf im Berufsfeld Pflege wird vor dem Hintergrund des demographischen Wandels rasant steigen. Nur durch mehr und bessere Qualifizierung ist die Sicherung der Gesundheitsversorgung möglich;
- eine verbindliche Personalausstattung für die Pflegeberufe und die Hebammen per Gesetz, dazu gehört auch eine attraktive Vergütung; Grundlage hierzu bildet eine bundeseinheitlich aussagekräftige Gesundheitspersonalstatistik als Voraussetzung für eine adäquate Pflegebedarfsplanung;
- zu empfehlen und sinnvoll ist eine stimmberechtigte Beteiligung der Berufsgruppen Pflege und Hebammenwesen in allen relevanten Gremien des Gesundheitswesens (z.B. G-BA, IQTiG);
- Grundlage für diese strukturierte Beteiligung sind die Errichtung von Pflegekammern in allen Bundesländern als KoE und die damit verbundenen Änderungen in den jeweiligen Heilberufekammergesetzen der Länder;
- **als Initiative zur Stärkung der Pflegeberufe wird die Gründung einer Bundespflegekammer unterstützt.** Der Bund könnte eine Anschubfinanzierung ermöglichen.

Die Koalitionsparteien sollten sich auf die Definition von Vorbehaltsaufgaben für die Pflegenden verständigen, so dass eine professionelle Berufsausübung kompetenzorientiert erfolgen kann. Dies bildet die Grundlage für eine interdisziplinäre Kooperation und Sicherung der Qualität.

Zu empfehlen ist eine bessere inhaltliche **Abstimmung der Sozialgesetzbücher**. Durch Zusammenführung gesetzlicher Regelungen werden die bestehenden Schnittstellen zwischen den sozialrechtlichen Regelungen effektiver als bisher überwunden. Die in der Praxis bestehenden Versorgungsdefizite für die Bürgerinnen und Bürger werden wirksam abgebaut und Anreizsysteme für die Vermeidung/Reduzierung von Pflegebedürftigkeit geschaffen.

Gesundheitsberufe

Die Akademisierung der meisten Gesundheitsberufe macht gute Fortschritte. Leider haben die Evaluationen der Modellstudiengänge Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie sowie Hebammenkunde ergeben, dass die Beendigung der Modellklausel und der Übergang in den Regelstudienbetrieb verfrüht sind. Die Studiengänge unterschiedlicher öffentlicher und privater Anbieter sind zu harmonisieren. Auswirkungen akademischer Abschlüsse auf Vergütungsansprüche sind auch mit den Tarifpartnern zu diskutieren. 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.

Dringender Handlungsbedarf besteht im Bereich Finanzierung der Ausbildung in Therapieberufen.

Während die Auszubildenden auf dem Weg zur Gesundheits- und Krankenpflege sicher finanziert sind und darüber hinaus eine Ausbildungsvergütung erhalten, sind junge Anwärterinnen und Anwärter für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie darauf angewiesen, Kredite aufzunehmen. Dabei ist zu konstatieren, dass gerade die Therapieberufe zur hohen Qualität der gesundheitlichen Versorgung in unserem Land beitragen.

Politik denkt häufig – gut nachvollziehbar – in Legislaturperioden. Der Mangel an Fachkräften in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen dürfte eher zu legislaturperiodenübergreifenden Problemen führen. Die Attraktivität von Ausbildung und/oder Studium und der Berufsausübung bis in das hohe Lebensalter ist unbedingt zu steigern. Vorschläge liegen auf dem Tisch, müssen aber sehr rasch umgesetzt werden.

An dieser Stelle bewusst noch einmal der Gedanke: Vor dem Hintergrund der rasant fortschreitenden digitalen Transformation und damit verbundenen Automatisierung vieler Arbeitsbereiche stellt sich drängend die Frage ausreichender Arbeitsplätze in der zukünftigen Gesellschaft.

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.

Die Koalitionäre sollten sich für die weitere Zugehörigkeit der approbationsassoziierten Heilberufe zur Gruppe der Freien Berufe bekennen, die Berufsausübung in Arbeitnehmerfunktion steht dem nicht im Wege.

Qualität

Erfreulicherweise werden Steigerungselemente bezogen auf Leistung, Wettbewerb und Qualität nicht mehr unter Verweis auf höhere 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.

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 nur zu spät realisiert werden.

Das Krankenhausstrukturgesetz hatte zum Ziel, die Qualität der Versorgung zu verbessern, strukturelle und personelle Versorgungslücken zu schließen und Fehlanreize zu beseitigen. Jetzt ist zu prüfen, ob die erwünschten Effekte eintreten oder ob Nachbesserungsbedarf besteht.

Wettbewerb unter den Leistungserbringern, aber auch unter den Kostenträgern, kann bezogen auf die Qualität der Versorgung nur positiv gesehen werden; das gilt auch für die Einführung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren.

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.

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.

So haben seit Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) im Juli 2015 alle gesetzlich krankenversicherten Patienten vor bestimmten medizinischen Eingriffen einen Rechtsanspruch auf Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung.

Erst im September 2017 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-PA) die Verfahrensregeln beschlossen, nach denen Patientinnen und Patienten zukünftig vor bestimmten planbaren Eingriffen eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen können. Geregelt wurde im Zuge dessen auch, über welche besonderen Qualifikationen zweitmeinungsgebende Ärztinnen und Ärzte verfügen müssen und welche genauen Aufgaben sie haben. Noch immer nicht entschieden worden ist über die Höhe der Vergütung im einheitlichen Bewertungsmaßstab.

Die Koalitionäre sollten besonders diese Zweitmeinungsverfahren im Interesse der Patientensicherheit im Auge behalten.

Neuordnung der Krankenhausfinanzierung

Dringender Klärungsbedarf besteht im Bereich der Krankenhausinvestitionen. Die duale Finanzierung funktioniert nur unzureichend.

Ganz im Vordergrund des Investitionsstaus steht der erhebliche Nachholbedarf auf dem Feld der Digitalisierung deutscher Krankenhäuser. Gesundheitsminister Hermann Gröhe hatte einen staatlichen Zuschuss für die IT-Ausstattung der Krankenhäuser angekündigt, auf europäischer Ebene stehen Fördermittel aus dem Bereich E-Government bereit.

In dem komplexen Thema gilt die Maxime, nicht nur Technik, sondern auch neue (digitale) Kulturen schaffen zu wollen.

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, beteiligen sich aber bisher nicht an investiven Maßnahmen.

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 dazu kommen, dass die Bedarfslage nicht mehr in Krankenhaus und Praxis differenziert, 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.

Patienten sind heute bereit, für eine qualitativ hochwertige und planbare Versorgung längere Wege auf sich zu nehmen. Den identifizierten Überkapazitäten im akutmedizinischen Krankenhausbereich sollte durch Auflegen des Strukturfonds entgegengetreten werden. Dieser Fonds hat aber bisher nur zarte Wirkung entfaltet; die Mittel aus dem Strukturfonds sollten zukünftig für den (Über-)Kapazitätsabbau eingesetzt werden.

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; der von Hochschulseite geforderte Systemzuschlag für Universitätskliniken ist in der vergangenen Legislaturperiode intensiv diskutiert und verworfen worden. Die wirtschaftliche und inhaltliche Stärkung der Hochschulambulanzen ist konsentiert, aber noch immer nicht umgesetzt worden. Der Gründung des

Berliner Institutes für Gesundheitsforschung (BIG) sollten weitere Modelle folgen, bei denen die Kompetenzen von Bund, Ländern und Hochschulen gebündelt werden können.

Die Vorschläge des Bundeswirtschaftsministeriums, den digitalen Transformationsprozess der Universitätskliniken mit 500 Mio. Euro zu unterstützen und die Hochschulkliniken zum Vorreiter der digitalen Krankenhausmedizin zu entwickeln, sollten realisiert und prozessiert werden.

Von der Telemedizin zur 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 Digitalisierung bietet umfassende Möglichkeiten, die Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Von der Online-Sprechstunde über Expertensysteme zur Unterstützung der Entscheidungsfindung (Decision Support Systems) bis hin zur Begleitung von chronisch Kranken über Smartphone Apps, Chatbots und Personal Digital Assistants. Diese Anwendungen und die kurzfristig erwartbaren Entwicklungen im Bereich der Künstlichen Intelligenz und der Spracherkennung (Natural Language Processing) werden dazu führen, dass Krankheiten verhindert, Krankheitsverläufe optimal begleitet und Kosten gesenkt werden können. Durch die digitale Vernetzung wird außerdem die sektorale Trennung aufgehoben werden.

Die Bedeutung dieser digitalen Zukunftssicherung für Deutschland und die Gesundheitspolitik ist so hoch anzusetzen, dass eine ausführliche Darstellung der Anregungen im Anhang aufgeführt werden.

(siehe Anhang DIGITALE TRANSFORMATION GESUNDHEIT ab Seite 12)

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 Gesundheitstelematikinfrastruktur 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 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.

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 mehreren gescheiterten Gesetzgebungsverfahren konnte endlich ein Bundespräventionsgesetz verabschiedet werden. 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 inzwischen eingetretene 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 zeitigen. 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 weiteren Modellversuche tragen.

Arzneimittel

Mit dem Arzneimittelneuordnungsgesetz wurde die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln etabliert. Alle Beteiligten haben prinzipiell akzeptiert, dass in Deutschland der Nutzen von neuen Arzneimitteln bewertet wird. In der Praxis des Verfahrens sowohl bei der Nutzenbewertung als auch bei den Verhandlungen des Erstattungsbetrags zeigen sich aber Hürden, die einem fairen Ausgleich der Interessen aller Beteiligten und einem Zugang von Arzneimittelinnovationen in das System der gesetzlichen Krankenversicherung entgegenstehen. Hier muss der Gesetzgeber in der 19. Wahlperiode nachbessern, damit Unternehmen und Institutionen in den Pharmastandort Deutschland weiterhin investieren.

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, das Deutschland eine der niedrigsten Raten an Krankenhausapothekern europaweit zu verzeichnen hat. Es bedarf der Entwicklung neuer IT-gestützter Verfahren zur Erhöhung der Arzneimittelsicherheit. Medikationspläne gehören nicht auf Papier, sie sind rasch in IT-Systeme zu integrieren. Politik und Experten müssen auf die in Kürze erwarteten Urteile des EuGH zum Versandhandel und des Landessozialgerichtes Berlin-Brandenburg zu Mischpreisen reagieren.

Medizintechnik

Während mehrerer Jahre 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 gilt die Arzneimittelforschung und der dortige hochkomplizierte Übertritt neuer Produkte in den Markt.

Durch Skandale sensibilisiert hat sich die EU dieser Thematik angenommen, 2016 konnte Einigkeit über die EU-Medizinprodukteverordnung erzielt werden. Durch die neuen Regelungen werden wichtige Elemente aus dem deutschen Recht auch auf europäischer Ebene eingeführt. Mit der Umsetzung ist ab 2020 zu rechnen.

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

Gesundheitswirtschaft

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, 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. Wegen der national, häufig auch international agierenden Haftpflichtversicherungen stoßen die Bundesländer an ihre Grenzen, das Bundesministerium für Gesundheit ist gefordert.

Allgemeines

Die frühere „Fließbandmedizin“ wandelt sich in eine individuelle, individualisierte und komplexer werdende Medizin, was zu begrüßen ist. Dabei entstehen Steuerungs- und Governanceprobleme. 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.

ANHANG DIGITALE TRANSFORMATION GESUNDHEIT

Während beispielsweise Schweden beschlossen hat, bis 2025 in Europa Spitzenreiter in der digitalen Gesundheitsversorgung zu werden und in den USA die Zulassung digitaler Gesundheitsapplikationen gerade zur Regel wird, fehlt es in Deutschland bereits an einem klaren Bekenntnis, welchen Stellenwert die Digitalisierung in unserem Gesundheitssystem haben soll.

Um dieses enorme Potenzial der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu realisieren, bedarf es folgender Maßnahmen:

- Deutschland bekennt sich zu einer umfassenden digitalen Transformation des Gesundheitswesens mit dem Ziel der Vorbildfunktion für andere Gesundheitssysteme.
- Die Voraussetzungen für die Zulassung digitaler Technologien in die Regelversorgung z.B. über ein „Digital-AMNOG“ werden schnellstmöglich geschaffen. Dazu müssen verbindliche Zulassungskriterien definiert und ein den kurzen Entwicklungszyklen digitaler Technologien angemessener Prozess etabliert werden.
- Verbindliche Digital-Budgets für Krankenkassen: Krankenkassen werden verpflichtet, Digital-Budgets zur Verfügung zu stellen bzw. die vorhandenen Budgets (z.B. für Prävention, betriebliches Gesundheitsmanagement usw.) anteilig für digitale Lösungen (digitale Diagnose und Therapiebegleiter / sog. Health Companions) zu verwenden.
- Verbindliche Digital-Budgets für die ambulante Versorgung Die Budgets der Kassenärztlichen Vereinigungen werden anteilig für digitale Lösungen allokiert. Die Online-Sprechstunde wird von der reinen Beratungsleistung hin zu einer diagnostischen und therapeutischen Leistungserbringung ausgebaut und entsprechend vergütet. Die Nutzung digitaler Disease-Management-Applikationen wird verpflichtend eingeführt und die Begleitung der Patienten bei deren Nutzung angemessen vergütet
- Virtuelle Vertragsarztsitze: Die fortschreitende Digitalisierung wird über den Einsatz von Sensoren, Programme zur Mustererkennung und mit Hilfe von Expertensystemen eine qualitätsgesicherte Versorgung von Patienten ohne einen physischen Arztkontakt ermöglichen. Um diese Entwicklung auch strukturell abzubilden, bedarf es virtueller Vertragsarztsitze, in der Ärzte und Therapeuten ausschließlich über Online-Sprechstunde, Chat etc. Patienten versorgen.

- Abschaffung des „Fernbehandlungsverbots“: Das „Fernbehandlungsverbot“ in der Berufsordnung für Ärzte muss gestrichen und die „Digitale Medizin“ in die ärztliche Weiterbildung aufgenommen werden.
- Versorgungsdefizite in unterversorgten Gebieten können so ausgeglichen werden und Arztbesuche mit einem unverhältnismäßigem Aufwand für Patienten und Ärzte werden verhindert.
- Disease-Management-Programme werden vollständig digital reorganisiert und stehen je nach Patientenwunsch analog und digital zur Verfügung. Das Konzept des DMP stammt aus der analogen Denkwelt. DMP digital gedacht bedeutet, ein Patientenmanagement einzuführen, bei dem der gesamte Versorgungsprozess digital abgebildet und begleitet wird. Nach heutigem Stand der Technik wird die individuelle Therapieplanung und -begleitung über eine DMP-App erfolgen, die alle für die Versorgung notwendigen Therapieelemente enthält und den Versorgungsprozess koordiniert.
- Externe Qualitätssicherung 2.0: Die im Sozialgesetzbuch verankerte externe Qualitätssicherung wird dahingehend ergänzt, dass digital unterstützte Behandlungspfade – z.B. über den Einsatz von Health-Companions, Disease-Management-Apps etc. – obligatorisch definiert und qualitätsgesichert werden.
- Abschaffung von eigenen Patientenakten in der Arztpraxis und im Krankenhaus: Arztpraxen und Krankenhäuser müssen direkt in eine zentral verfügbare digitale Patientenakte in der Cloud dokumentieren. Über eine einzige Patientenakte für jeden Patienten wird die Vollständigkeit der Informationen auch strukturell sichergestellt.
- Qualitätssicherung von medizinischen Expertensystemen und Substitution ärztlicher Tätigkeiten: Die Entwicklung von Expertensystemen (Decision Support Systems) schreitet bedingt durch die Fortschritte rund um Anwendungen der Künstlichen Intelligenz rasant voran und wird in der Patientenversorgung zur Regel werden. Bereits heute erreichen solche Expertensysteme bei einzelnen Anwendungen bzw. Fragestellungen das Niveau von Fachärzten. Es ist abzusehen, dass die Substitution bestimmter ärztlicher Tätigkeiten (z.B. die Bewertung von Blutzuckerwerten, die Diagnostik von Herzrhythmusstörungen und die Online-Therapie von psychischen Erkrankungen) bereits mittelfristig Realität wird. Um diese Entwicklung zu begleiten, bedarf es neuer Prüf- und Zertifizierungsverfahren, deren Entwicklung heute beginnen muss und für die Strukturen zu schaffen und die Finanzierung sicherzustellen ist. Der Wettbewerb zwischen traditionell ärztlichen Tätigkeiten und digitalen Diagnose- und Therapieapplikationen muss dabei neutral begleitet werden. Der perspektivisch nicht unerhebliche Umsatzverlust in der klassischen Arztpraxis muss bewertet und ggf. ausgeglichen werden.
- Investitionsmittel für die Digitalisierung der Krankenhäuser bereitstellen: Die Krankenhausfinanzierung muss für die digitale Transformation der Kliniken ausreichend Mittel zur Verfügung stellen. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass diese Mittel nur im Rahmen eines digitalen Gesamtkonzepts allokiert werden können, das sowohl die digitalen Prozesse im Krankenhaus als auch die prä- und poststationäre Versorgung umfasst.

- Neue Partnerschaften für die digitale Transformation im Gesundheitswesen. Eine ausreichende Kompetenz für eine zielgerichtete digitale Transformation ist weder bei den Leistungserbringern noch den Kostenträgern vorhanden. Gleichzeitig sind technische Lösungen nicht „von der Stange“ zu erwerben. Damit die notwendigen Lösungen zielgerichtet und zeitnah entwickelt und implementiert werden können, sind Partnerschaften zwischen den traditionellen Vertretern der Gesundheitswirtschaft und Technologie-Unternehmen sinnvoll und z.B. im Rahmen Investitionsfinanzierung oder über Förderprogramme zu unterstützen.
- Kooperationen mit Startup-Incubatoren: Digitale Innovationen werden heute häufig von Startup-Unternehmen entwickelt, die allerdings regelmäßig kein tieferes Wissen um die Besonderheiten des Gesundheitssystems (Finanzierung, Zulassung etc.) aufweisen. Startup-Incubatoren lösen dieses Problem, indem sie die Startups bei der marktgerechten Entwicklung digitaler Lösungen unterstützen und den Markteintritt begleiten. Durch Partnerschaften zwischen Incubatoren und Unternehmen der traditionellen Gesundheitswirtschaft können Reallabore entstehen, in denen innovative Lösungen gemeinsam entwickelt und schnell zur Marktreife gebracht werden. Incubatoren und deren Partnerprogramme müssen Fördermittel bereitgestellt werden.