



Chancen der Gesundheitswirtschaft nutzen

Vertragsfreiheit | Vernetzung | Versorgungsqualität



Deutscher
Industrie- und Handelskammertag



Chancen der Gesundheitswirtschaft nutzen: Vertragsfreiheit, Vernetzung, Versorgungsqualität

Inhaltsverzeichnis

1. Wo wir stehen	2
2. Vernetzung der Sektoren endlich voran bringen	3
Mehr Vielfalt durch größere Vertragsfreiheit.....	3
Prävention in den Fokus rücken	4
3. Durch die Finanzierung richtige Anreize und Qualität fördern	5
Einheitliche Vergütungssystematik schaffen	5
Qualität in den Blick nehmen	6
Krankenhausfinanzierung zukunftsfest aufstellen	6
4. Versorgung in Stadt und Land verbessern	7
Technische Rahmenbedingungen schaffen	7
Zukunftsweisende Qualifikationen und Akzeptanz technischer Möglichkeiten stärken	8
Sicherstellung von Versorgung neu denken	9
5. Gesundheitsberufe und Tätigkeitsfelder weiterentwickeln	10
Attraktivität der Gesundheitsberufe verbessern.....	10
Veränderungen der Arbeitswelt Rechnung tragen.....	11

1. Wo wir stehen

Die deutsche Gesundheitswirtschaft ist ein wachsender Sektor, der vergleichsweise konjunkturunabhängig ist. Langfristige Entwicklungen wie der demografische Wandel und die damit verbundene steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen im ersten wie im zweiten Gesundheitsmarkt schaffen Wachstums- und Beschäftigungschancen.

Vor dem Hintergrund steigender Ausgaben und einer gleichzeitig schrumpfenden Finanzierungsbasis ist die Aufgabe, Effizienzreserven im System zu heben, wichtiger denn je. Zudem darf die Gemeinschaft der Beitragszahler (Versicherte und Betriebe) nicht mit vermeidbaren Kosten belastet werden. Die Versorgungsseite des Gesundheitswesens ist derzeit davon geprägt, dass die Akteure der verschiedenen Bereiche – Prävention, ambulante und akutstationäre Versorgung, Rehabilitationssektor, Pharmaindustrie, Medizintechnikhersteller, IT-Spezialisten, Apotheken, Orthopädie- und Reha-Techniker, Krankenkassen und Private Krankenversicherungen etc. – eher nebeneinander agieren und wenig Austausch, Kooperation und Vernetzung zwischen den Sektoren stattfindet.

Strukturen, die diese Akteure miteinander vernetzen – real wie virtuell – ermöglichen eine effiziente Zusammenarbeit und helfen, die Übergänge zwischen den Sektoren zu koordinieren. Insbesondere die ITK-Vernetzung kann zu Vorteilen für alle Beteiligten und zu Ersparnissen – ebenfalls bei allen Beteiligten – führen.

Die Patienten könnten besser durch die verschiedenen Stationen geleitet werden, unnötige Brüche in der Behandlungskette würden abgeschafft und insgesamt würde eine bessere Versorgung zu geringeren Kosten ermöglicht. Wichtig hierfür ist die richtige Ausstattung der Anbieter, die die jeweilige Infrastruktur bereitstellen müssen, um zum Beispiel den Übergang von der stationären Behandlung in die Reha zu gewährleisten. Das ist grundlegend für den Behandlungserfolg und damit auch wichtig für die Patienten und die Gemeinschaft der Beitragszahler und Versicherten. Eine bessere Vernetzung der Sektoren und Akteure hilft darüber hinaus, das Thema Prävention stärker voran zu bringen und ihre Potenziale zu heben – nicht zuletzt die der betrieblichen Prävention.

Auch die Patienten müssen künftig verstärkt in die Lage versetzt werden, mündige Entscheidungen über ihre Versorgung treffen zu können. Dafür ist nicht zuletzt ein höheres Maß an Transparenz etwa über die Qualität von Anbietern notwendig.

Die Versorgung im ländlichen Raum ist ein weiteres Feld, in dem sich große Aufgaben stellen. Hier geht es insbesondere darum, im demografischen Wandel die Versorgung strukturschwacher Regionen sicherzustellen, etwa durch eine sinnvolle Kombination von telemedizinischer Betreuung und mobiler erster Hilfe. Die technologische Entwicklung in Form der zunehmenden Digitalisierung vieler Lebens- und Arbeitsbereiche bietet große Chancen, dieses Ziel zu erreichen und die Beteiligten sinnvoll und effizient zu vernetzen. In der Verantwortung stehen hier neben den Leistungserbringern vor Ort auch Länder und Kommunen.

2. Vernetzung der Sektoren endlich voran bringen

Mehr Vielfalt durch größere Vertragsfreiheit

Mit Blick auf den derzeitigen Grad der Vernetzung der Versorgungsektoren – Prävention, Kuration (ambulant und stationär) und Rehabilitation – fallen strukturelle Schwierigkeiten auf.

Die Regel ist nach wie vor die kollektivvertragliche Lösung, d. h. alle Krankenkassen müssen allen zur Versorgung zugelassenen Krankenhäusern – und allen niedergelassenen Vertragsärzten – ihre Leistungen vergüten. Damit bestehen nur wenige Anreize für die Krankenkassen eine Integrierte Versorgung voranzutreiben. Deren Ziel ist, die Sektoren – etwa die ambulante Versorgung und den Krankenhaussektor – stärker miteinander zu verzahnen. Dies geschieht über Verträge für bestimmte Indikationen und Patientengruppen, vor allem für chronisch Kranke. Im Rahmen solcher Versorgungsmodelle und -verträge sind eine gemeinsame Behandlung mit intensiver Abstimmung zwischen den Akteuren – stationäre und ambulante Ärzte, Pfleger, Rehabilitationsträger, Heilberufler etc. – , ein besserer Informationsaustausch sowie eine koordinierte Betreuung in der Nachsorge möglich. Eine weitere Verbreitung Integrierter Versorgungsverträge würde damit auch einen wichtigen Beitrag zu einem funktionierenden Überleitungsmanagement leisten.

Die Hindernisse für die Integrierte Versorgung sind vielfältig, neben bürokratischen Zulassungsverfahren und komplizierten Aufsichtsregelungen sind es auch unterschiedliche Vergütungssysteme. Insbesondere hemmt jedoch der erwähnte Kontrahierungszwang eine Weiterentwicklung. Nach wie vor gibt es keine echten Selektivverträge, bei denen die Krankenkassen ausschließlich mit einzelnen Akteuren und Anbietern Verträge über das jeweilige Angebot und die dazugehörigen Preise schließen können.

DIHK-Vorschlag

Um die Hürden in der sektorübergreifenden Versorgung abzubauen und die positiven Kräfte des Wettbewerbs auch auf der Versorgungsseite im Gesundheitswesen zu nutzen, muss insbesondere das Prinzip der Vertragsfreiheit in stärkerem Maße als bislang umgesetzt werden.

Die gesetzlichen und privaten Krankenversicherer als Finanzierungsträger müssen stärker steuernd eingreifen können, um die Versorgung mit den jeweiligen Anbietern sicherstellen zu können, die ihrer Meinung nach die beste Qualität zu angemessenen Preisen liefern.

DIHK-Vorschlag

Eine solche größere Vertragsfreiheit ist durch den entsprechenden wettbewerbs- und kartellrechtlichen Rahmen abzusichern, so dass Ungleichgewichte im Wettbewerb verhindert werden.

Das gilt sowohl für das Verhältnis der Kassen untereinander als auch für das Verhältnis von Kassen zu den Leistungserbringern. Auch eine angemessene Fusionskontrolle bei der Betrachtung relevanter Märkte, etwa dem stationären Sektor, ist notwendig, um fairen Wettbewerb zu gewährleisten. Dies bezieht sich sowohl auf privat-rechtliche als auch auf öffentliche oder gemeinnützige Krankenhäuser.

Seitens der Bundesregierung ist geplant, eine größere Anzahl an Trägern für Medizinische Versorgungszentren – sektorenübergreifende Behandlungszentren, die die übergreifende und koordinierte Versorgung ermöglichen – zuzulassen, etwa Kommunen. Die bisherige enge Eingrenzung der möglichen Gründungsakteure führt u. a. dazu, dass neben der Patientenorientierung betriebswirtschaftliche Aspekte nicht angemessen berücksichtigt werden. Die geplante Änderung ist daher prinzipiell ein richtiges Signal, sie geht allerdings aus Sicht der Wirtschaft noch nicht weit genug. Denn der Einbezug von Kommunen in den Kreis der Träger ändert an den beschriebenen Schwierigkeiten nicht viel. Ziel muss vielmehr sein, privatwirtschaftliche Unternehmen in stärkerem Maße einzubeziehen und damit auch die Bedeutung innovativer Gesundheitsunternehmen und ihre Rolle in der Versorgung zu stärken. So sollten z. B. auch AGs oder OHGs Medizinische Versorgungszentren gründen können, ohne etwa den Weg über Umwegkonstruktionen wie GmbHs gehen zu müssen.

Prävention in den Fokus rücken

Prävention ist ein zentraler Baustein im Gesundheitsmarkt. Gute Prävention kann Behandlungskosten einsparen helfen. Das gilt beispielsweise für Indikationen wie Adipositas oder raucherbedingte Krankheitsbilder. Leider herrscht im Präventionssektor noch der geringste Grad an Professionalität und Vernetzung mit den anderen Sektoren (Kuration und Rehabilitation). Es fehlen sinnvolle und vernetzte Strukturen ebenso wie Instrumente der Qualitätssicherung. Seitens der Bundesregierung ist ein Präventionsgesetz in Planung.

Fest steht, dass Prävention künftig einen höheren Stellenwert erhalten muss. Aus Sicht der Wirtschaft bietet insbesondere das Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung große Potenziale. So beträgt der Ertrag eines eingesetzten Euro in der betrieblichen Prävention nach einschlägigen Studien zwischen zwei und drei Euro. Der Arbeitgeber ist zudem ein wichtiger Akteur, wenn es um den Zugang zu Prävention für einen großen Teil der Bevölkerung geht. Dies gilt sowohl für Primärprävention – also Maßnahmen, die das Auftreten neuer Krankheiten verhindern sollen – als auch für die Sekundärprävention bis hin zur Rehabilitation. Hier steht auch die IHK-Organisation bereit, um gerade die kleinen und mittleren Unternehmen stärker zu informieren, Best-Practice-Beispiele zu verbreiten und generell als Ansprechpartner für erste Schritte zur Verfügung zu stehen.

Aber auch im Gefüge der Sozialversicherungszweige – Gesetzliche Unfallversicherung, Gesetzliche Krankenversicherung, Gesetzliche Rentenversicherung, Soziale Pflegeversicherung – muss die Prävention stärker in den Fokus rücken. In vielen Zweigen ist sie bereits

explizit als Ziel aufgenommen. Wichtig ist zudem, dass die Sozialversicherungen untereinander mehr kooperieren.

DIHK-Forderung

Insgesamt fehlt ein schlüssiges Gesamtkonzept, das die verschiedenen Felder der Prävention integriert und mit mehr finanziellen Mitteln ausstattet. Mit Blick auf die Einsparpotenziale, die sinnvolle Prävention bewirken kann, ist dies durchaus zu begründen.

Auch hier sollte die betriebliche Gesundheitsförderung in den Blick genommen werden. Die derzeitigen Ist-Ausgaben der Krankenkassen liegen bei gerade einmal 66 Cent pro Versichertem (2012). Ein Präventionsgesetz sollte daher den finanziellen Rahmen ausweiten. Der Fokus der Krankenkassen bei der Durchführung von Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung sollte sich zudem künftig stärker auf kleine und mittlere Unternehmen richten.

Die betriebliche Gesundheitsförderung wird derzeit durch den 500-Euro-Steuerfreibetrag nach Paragraph 3 Nr. 34 EStG gefördert. Dieser Freibetrag wird nach einer DIHK-Umfrage von 17 Prozent der Unternehmen in Anspruch genommen. Hier besteht also noch Raum für eine größere Verbreitung. Gründe hierfür sind vor allem die komplizierte Abwicklung und die Beschränkung auf die im „Leitfaden Prävention“ genannten Maßnahmen. Durch eine Entbürokratisierung könnte hier ein wertvoller Beitrag zur Prävention in den mittleren und kleineren Betrieben geleistet werden. Bei all dem darf allerdings nicht aus dem Blick verloren werden, dass der einzelne Mitarbeiter eine eigene, persönliche Verantwortung für seine Gesundheit hat, die ihm der Arbeitgeber nicht abnehmen kann.

3. Durch die Finanzierung richtige Anreize und Qualität fördern

Einheitliche Vergütungssystematik schaffen

Die sektorspezifische Vergütung ist ein Problem für integrierte Strukturen. Im ambulanten Sektor erfolgt die Vergütung der Vertragsärzte durch die gesetzlichen Krankenkassen bzw. präziser über die Kassenärztlichen Vereinigungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), im PKV-Bereich wird nach der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte kalkuliert. Die Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser erfolgt dagegen einheitlich über die so genannten Diagnosis Related Groups (DRGs). Die Investitionskosten werden dem Grunde nach durch die Länder gedeckt. Die Sektoren der ambulanten und der stationären Versorgung werden damit nach unterschiedlichen Bewertungssystemen vergütet. Aus diesem Grund bestehen immer noch Anreize, Patienten stationär statt ambulant zu behandeln.

DIHK-Forderung

Leistungen, die ambulant wie stationär erbracht werden können, müssen prinzipiell gleich vergütet werden.

Solange dies nicht grundsätzlich möglich ist, sollte man versuchen, über Verträge zur Integrierten Versorgung gleiche Preise für gleiche Leistungen zu vereinbaren. Wenn Krankenversicherer mit einzelnen Leistungserbringern spezifische Leistungen zu bestimmten Konditionen vereinbaren, kann auch die Vergütung im Rahmen der Vertragsgestaltung festgelegt werden.

Qualität in den Blick nehmen

Es gibt derzeit in keinem Sektor ein Vergütungssystem, das sich konsequent an der Qualität der Leistungen orientiert, d. h. es existiert kein „Pay for Performance“. Auch hier steht im Kern die fehlende Vertragsfreiheit der Krankenkassen und Krankenversicherungen im Weg. Allerdings ist politisch derzeit ein Trend zu stärkerer qualitätsorientierter Honorierung erkennbar. So plant die Bundesregierung ein „Qualitätsinstitut“, das Informationen etwa über die Qualität der Krankenhausversorgung aufbereitet und öffentlich zur Verfügung stellt.

Qualität muss sich stärker lohnen als bislang. Die Instrumente dafür gibt es bereits. Denn der Weg über Integrierte Versorgungsverträge eröffnet die Möglichkeiten, die Parameter der Leistungserbringung flexibler festzulegen (welche Leistungserbringer werden eingebunden, welche Qualifikationen müssen sie haben, welche Preise werden festgelegt, welche Rolle spielen Schnelligkeit, Wohnort- und Patientennähe etc.) und auch eine konstruktive Vernetzung möglich zu machen. Über die entsprechende Vertragsgestaltung kann z. B. auch ausgeschlossen werden, dass Leistungserbringer auf spezielle lukrative Behandlungen ausweichen, in denen sie aus Qualitätsgesichtspunkten zu wenig Erfahrung haben und zu wenige Fallzahlen aufweisen.

DIHK-Forderung

Künftig sollte eine Evaluation solcher Integrierter Versorgungsmodelle und -verträge erfolgen. Positiv evaluierte Modelle müssen dauerhaft finanziert werden.

Krankenhausfinanzierung zukunftsfest aufstellen

Für die Investitionsfinanzierung im stationären Sektor ist der mittelfristige Übergang zur monistischen Finanzierung (die Finanzierung sowohl von Betriebs- wie auch von Investitionskosten durch die Krankenkassen) sinnvoll.¹ Auf diese Weise würde die Einheit von Kosten- und Ausgaben- bzw. Investitionsverantwortung hergestellt und die Investitionsplanungen würden ein Stück weit unabhängiger von politischem Einfluss. So lange die monistische Finanzierung nicht durchsetzbar ist, liegt die Pflicht der Investitionsfinanzierung bei den Ländern. Der Finanzierungsanteil der Länder ist seit Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972 dramatisch gesunken.

¹ Vgl. Der Krankensektor in Deutschland – Sinnvolle Investitionsfinanzierung ist geboten, DIHK 2010.

DIHK-Forderung

Die Forderung nach monistischer Finanzierung zieht nach sich, dass Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft keine Zuschüsse von der Kommune bekommen dürfen.

Mit Blick auf fairen Wettbewerb darf es eine solche generelle Quersubventionierung nicht geben, denn Krankenhäuser in privater Trägerschaft haben diese Möglichkeiten nicht. Unabhängig davon gilt aber, dass es zur Sicherstellung der Versorgung in strukturell benachteiligten Regionen für Krankenhäuser – auch für kommunale – einen finanziellen Ausgleich geben sollte.

4. Versorgung in Stadt und Land verbessern

Technische Rahmenbedingungen schaffen

Die Versorgung im ländlichen Raum und insbesondere in strukturschwachen Regionen ist eine der großen, künftigen Aufgaben. Denn der demografische Wandel führt dazu, dass in einigen Regionen in den kommenden Jahren und Jahrzehnten die Bevölkerungsdichte massiv abnehmen wird. Wanderungsbewegungen von jungen Menschen, aber auch so genannten „jungen Alten“, die im höheren Alter ihr Leben im städtischen Umfeld verbringen möchten, verstärken diese Entwicklung. Sie geht mit einem steigenden Durchschnittsalter der verbleibenden Bevölkerung einher und damit mit einem steigenden Bedarf an medizinischer Betreuung. Doch auch in diesen ländlichen Regionen muss die medizinische Versorgung aufrechterhalten werden, denn es gibt letztlich eine gesellschaftliche Pflicht, für gleiche Lebensbedingungen und gleiche Lebensqualität zu sorgen.

Um die Attraktivität dieser ländlichen Räume und auch den Standard der Lebensqualität aufrecht zu erhalten sowie auch nicht zuletzt, um Fachkräfte in diese Regionen zu ziehen, kommt der Vernetzung der Sektoren ein hoher Stellenwert zu. Gerade in dünn besiedelten Gebieten spielen die unter dem Oberbegriff E-Health zusammengefassten Aktivitäten eine große Rolle. Zu den möglichen Einsatzgebieten zählen die Telemedizin, die die räumliche Trennung von Arzt und Patient überbrücken soll, sowie z. B. der Versandhandel, aber auch die Potenziale, die eine elektronische Gesundheitskarte bieten. Diese Potenziale liegen z. B. darin, dass letztere mit einer elektronischen Patientenakte verknüpft werden kann und auf diese Weise Behandlungsabläufe besser abgestimmt werden können. Denn die verschiedenen Anbieter – Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker etc. – erhalten einen genaueren Einblick in die Abläufe, Therapien und Medikationen. Das vermeidet kostenträchtige und unnötige Doppeluntersuchungen und erleichtert die Abstimmung der Behandlung. Auch die Ärzteschaft ist aufgefordert, dieses Ziel mit voranzutreiben.

Hindernisse liegen insbesondere noch in fehlenden flächendeckenden, bundesweiten schnellen Breitbandanschlüssen. Auch die heutigen heterogenen IT-Landschaften in der Versorgung sind ein wesentlicher Hemmschuh für eine bessere Zusammenarbeit. Die Bundesregierung hat diese Herausforderungen erkannt und plant laut Koalitionsvertrag eine

Ausweitung der Telemedizin. Dieses Ziel ist prinzipiell sinnvoll, der Weg dorthin ist jedoch noch zu konkretisieren.

Fest steht, dass die Digitalisierung ein wichtiger Bestandteil sinnvoller Vernetzung ist. Sie kann Raum und Zeit überbrücken, ermöglicht den einfachen Austausch von Daten und damit die (über)regionale Vernetzung der Akteure untereinander.

DIHK-Forderung

Ein flächendeckender Breitbandzugang ist neben einer homogeneren IT-Struktur Voraussetzung für eine weitere Vernetzung der Sektoren. Die Bundesregierung strebt in ihrer Digitalen Agenda richtiger Weise einen flächendeckenden Breitbandzugang an. Insgesamt ist es nötig, in der Gesetzgebung, die das Gesundheitswesen betrifft, die IT-Umsetzung stets mit einzuplanen. Auch Krankenkassen müssen die Herausforderungen, die mit einer stärkeren (digitalen) Vernetzung verbunden sind, annehmen und ihre Geschäftsmodelle und Investitionen hierauf abstimmen.

In diesem Zusammenhang müssen datenschutzrechtliche Fragen abschließend geklärt werden. Dabei muss ein ausgewogener Mittelweg zwischen der datenschutzrechtlichen Sensibilität der Daten und den Erfordernissen einer guten Gesundheitsversorgung auch für diejenigen, die räumlich schwer erreichbar sind, gefunden werden.

Zukunftsweisende Qualifikationen und Akzeptanz technischer Möglichkeiten stärken

Die Qualifizierung der Akteure hinkt den Bedarfen noch hinterher. Der Umgang mit den heute technisch möglichen Versorgungsformen ist für Viele noch kein Standard. Dabei bieten Anwendungen wie etwa Online-Sprechstunden und -Behandlungen große Chancen, die Versorgung schneller, zielgenauer und mit größeren Heilungschancen zu gestalten. Sie können z. B. im Rahmen von Kooperationen kleinerer ländlicher Krankenhäuser mit Spezialkliniken oder durch eine Vernetzung von Notfalldiensten mit Fachärzten, die den Einsatz online begleiten, durchgeführt werden.

Zusätzlich muss ein Akzeptanzproblem bei den Patienten überwunden werden: Insbesondere Ältere sehen häufig den Mehrwert neuer technischer Methoden nicht. Oder sie verfügen nicht über die notwendige Ausstattung bzw. das Wissen, um sie anzuwenden, etwa wenn es um die medizinische Online-Betreuung zu Hause geht. Das ist insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Versorgung im ländlichen Raum in immer größerem Maße ältere Menschen betrifft, eine große Herausforderung.

Die Zusammenarbeit der Leistungsanbieter muss neu gedacht werden.

DIHK-Forderung

Eine stärkere Delegation und auch Substitution von ärztlichen Leistungen auf andere Berufsgruppen, wie etwa Pflegende muss möglich sein.

Ein gutes Beispiel ist das Projekt „Agnes“ (Arztentlastende, Gemeinde-nahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention). In diesem Projekt machen speziell qualifizierte Arzthelferinnen bundesweit Hausbesuche bei Patienten und führen ärztliche Routinearbeiten wie das Messen von Puls und Blutdruck, Blutabnahme oder die Kontrolle der Arzneimittel auf deren Rechnung durch. Diese strukturellen Änderungen fordern ein Umdenken aller Beteiligten, insbesondere auf Seiten der Ärzte.

Bei einer Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum ist es wichtig, dass alle Handelnden einbezogen werden. Das betrifft die Leistungserbringer vor Ort (Ärzte, Krankenhäuser, Pflegedienste, private Rettungsdienste, Apotheken etc.) aber auch die Krankenkassen, private Krankenversicherungen und die weiteren Finanzierungsträger. Dienstleister der elektronischen Vernetzung sind ebenfalls wichtige Partner und nicht zuletzt müssen sich auch die Kommunen aktiv einbringen. Sie können vor Ort durch begleitende Assistenz unterstützen. So könnte man geschulte, ehrenamtliche Ersthelfer oder medizinisch/pflegerisch geschulte Gemeindefrauen in Betracht ziehen, die erster Ansprechpartner sind, wenn über technische Systeme gemeldet wird, dass ein Notfall eingetreten ist. Bei all den genannten Überlegungen ist also nicht nur die Technikzentrierung ausschlaggebend. Vielmehr muss die Vernetzung mit der realen Welt stattfinden.

Sicherstellung von Versorgung neu denken

In vielen städtischen Regionen liegt im ambulanten Bereich Überversorgung vor, dagegen ist die Versorgung auf dem Land etwa im fachärztlichen Bereich oft schwierig. Zur medizinischen Versorgung auf dem Land sind zusätzliche Anreize zur Niederlassung geplant. Um die Versorgungsdichte stärker zu steuern und eine sinnvolle Verteilung der Arztsitze zu fördern, soll z. B. auch der Aufkauf von Arztsitzen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ausgeweitet werden. Das ist prinzipiell richtig, da auf diese Weise überversorgte Gebiete für die weiteren Zulassungen geschlossen werden und Kassenärzte stärker in unterversorgte Gebiete gelenkt werden. Zusätzlich könnten die Kassenärztlichen Vereinigungen verstärkt von ihrer Möglichkeit Gebrauch machen, bei der Erstellung oder Anpassung des Bedarfsplans von der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses abzuweichen, um regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Die Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante fachärztliche Versorgung in unterversorgten Regionen kann ebenfalls ein Lösungsweg sein. Wo Menschen leben und Unternehmen Mitarbeiter beschäftigen, sollte auch die medizinische Versorgung sichergestellt sein. Sie ist auch ein positiver Standortfaktor und damit aus wirtschaftlicher Sicht, gerade auch für kleine und mittlere Unternehmen, erstrebenswert.

Die derzeitigen differenzierten Sicherstellungsaufträge (die Kassenärztlichen Vereinigungen sind für die ambulante Versorgung zuständig, die Länder für die stationäre Versorgung) sind langfristig nicht sinnvoll. Wenn das Ziel eine bessere Vernetzung aller Akteure ist, dann muss auch die Sicherstellung der (vernetzten) Versorgung das Ziel sein.

DIHK-Forderung

Perspektivisch sollte ein gemeinsamer Sicherstellungsauftrag von Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und der öffentlichen Hand angestrebt werden.

5. Gesundheitsberufe und Tätigkeitsfelder weiterentwickeln

Attraktivität der Gesundheitsberufe verbessern

Eine patientenzentrierte Versorgung muss das Ziel sein. Dabei ist es wichtig, dass die wirklich drängenden Erkrankungen prioritär behandelt werden. Sinnvolle Arbeitsteilung schafft Kapazitäten und die Möglichkeit für alle Akteure, sich auf die dringenden Tätigkeiten zu konzentrieren. Die Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegekräften und anderen Heilberufen ist allerdings derzeit nicht immer von Kooperation und sinnvoller Arbeitsteilung gekennzeichnet.

Bei allen Veränderungen im System muss auch in Zukunft der Patient im Fokus stehen, das gilt insbesondere für multimorbide und ältere chronische Kranke. Um eine gute Versorgung zu gewährleisten ist sowohl mehr interdisziplinäre als auch interprofessionelle Zusammenarbeit nötig. Wenn sie gewährleistet sind, fördert das wiederum die dringend benötigte Attraktivität der Gesundheitsberufe. Mit Blick auf den zunehmenden Fachkräftemangel ist das der richtige Weg.

Die politischen Akteure sehen derzeit keine grundlegenden Änderungen im Gefüge der Gesundheitsberufe und ihrer Zusammenarbeit vor. Im Koalitionsvertrag wird lediglich das Thema Medizinstudium aufgegriffen. Immerhin wird aber für den Bereich der Pflege angekündigt, den Wechsel zwischen den Berufen erleichtern zu wollen. Zudem sehen aktuelle Pläne eine einheitliche, kostenlose Ausbildung für Alten- und Gesundheitspflegeausbildungen vor.

Um noch einen Schritt weiter zu gehen, sollte man erwägen, die Zuständigkeiten für die Gesundheitsberufe – insbesondere ihre Ausbildungen – neu zu ordnen. Bislang liegen diese häufig allein in staatlicher Hand (mit staatlicher Prüfungskompetenz).

DIHK-Forderung

Künftig sollte überlegt werden, ob die Zuständigkeiten in geeigneten Fällen in die Hände der jeweiligen Selbstverwaltung übergeben werden sollte.

Sie gewährleistet eine bessere Anpassung an den fachlichen und professionellen Bedarf. So setzt sich beispielsweise auch die IHK-Organisation dafür ein, die Kompetenz der IHK-Ausbildung auch im Kranken- und Altenpflegebereich durch einen ergänzenden IHK-Pflegeberuf einzubringen.

Insgesamt muss auch in den Gesundheitsberufen die Durchlässigkeit steigen. Ziel sollte sein, dass man aus einer Ausbildung heraus leichter als heute den Weg in eine Aufstiegsfortbildung oder in ein Bachelor- oder Master-Studium wählen kann.

Zudem werden neue Berufsbilder benötigt. Das Beispiel von Orthoptisten, Physiotherapeuten und Diabetesschulungen zeigt, dass diese Tätigkeiten nicht in ärztlicher Hand liegen müssen. Neben mehr Delegation von ärztlichen Leistungen ist damit auch die Substitution medizinischer Tätigkeiten auf eigenständige Berufszweige sinnvoll und mit Blick auf effizientere Arbeitsteilung notwendig.

Die bereits erwähnte Methodenqualifikation, die für die Akteure im ländlichen Raum notwendig ist, um die Möglichkeiten moderner IT-Ausstattungen stärker zu nutzen, ist auch für neue Berufe stets einzuplanen. Künftig müssen daher sowohl für neue Berufe als auch für etablierte Akteure in allen Berufs- und Tätigkeitsfeldern die technischen Möglichkeiten und Notwendigkeiten von E-Health vermittelt werden.

Veränderungen der Arbeitswelt Rechnung tragen

In den vergangenen Jahren hat es insbesondere im Medizinerberuf eine strukturelle Verschiebung gegeben. Der Begriff der so genannten „Feminisierung“ der Medizin beschreibt die steigende Zahl von Frauen, die ein Medizinstudium abschließen – es sind bereits 60 Prozent. Das führt wie in allen anderen Bereichen der Wirtschaft zu der Frage, wie man diese Frauen im Beruf halten kann, wenn sie familienbedingt Erwerbspausen einlegen – auch im niedergelassenen Bereich oder in anderen Formen ärztlicher Tätigkeit. Das gesamte Spektrum der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sollte hier abgerufen werden. Damit sind die Arbeitgeber, die Politik und auch die Beschäftigten selber gefordert, gemeinsam Lösungen zu finden.

Mit Blick auf die Tätigkeit als niedergelassene Ärztin stellen sich allerdings neue Fragen. Denn neben den Rahmenbedingungen – etwa eine gut ausgebaute Kinderbetreuungsinfrastruktur mit flexiblen Öffnungszeiten – sind für die Vereinbarkeit bestimmte Arbeitsstrukturen von Vorteil bzw. gewünscht, etwa kalkulierbare Arbeitszeiten, ein Angestelltenverhältnis oder die Möglichkeit von Teilzeittätigkeit. Auch ein hohes Maß an bürokratischen Aufgaben schreckt häufig ab, wenn man sich – weil man z. B. in Teilzeit arbeitet – in dieser Zeit auf medizinische Fragen fokussieren will.

Die klassische Tätigkeit eines niedergelassenen Arztes verliert damit immer stärker an Attraktivität für weibliche Mediziner, da sie viele dieser Kriterien nicht erfüllt. Aus diesem Grund ist es wichtig, neue Formen der Leistungserbringung wie MVZ oder andere Behandlungszentren, in denen das Angestelltenverhältnis die Regel ist, weiter zu entwickeln und in größerem Umfang zu ermöglichen und zu etablieren. Damit kann ein Beitrag zur Fachkräftesicherung geleistet werden, nicht zuletzt auch in ländlichen Regionen.

Das vorliegende Papier wurde am 12. November 2014 vom DIHK-Vorstand beschlossen. Vorgegangen war die Erstellung in Verbindung mit intensiven Beratungen im DIHK-Ausschuss für Gesundheitswirtschaft. Die Themen wurden in mehreren Sitzungen des Ausschusses behandelt und das Papier im Rahmen einer Ad-hoc-AG mit Ausschuss-Vertretern erarbeitet.

Im DIHK-Ausschuss für Gesundheitswirtschaft sind Unternehmerinnen und Unternehmer aus den Bereichen Krankenhausträger, Krankenversicherungen, Medizintechnikhersteller, Pharmahersteller und -großhändler, Pflegeanbieter, Beratungseinrichtungen, Apotheken, Kurwesen, Functional Food etc. vertreten.