

Dr. Patricia Ex, BMC
Mittwoch, 15. Juli 2020
Redezeit: 10 Minuten
Es gilt das gesprochene Wort!

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

1. Baustellen des deutschen Gesundheitssystems

Wenn ich international über das deutsche Gesundheitssystem rede, nutze ich meist folgende Beschreibung:

- Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist ausgesprochen gut, mit umfassendem Leistungskatalog und geringen Zuzahlungen
- System allerdings so strukturiert, dass bei Akteuren **sehr geringen Handlungsdruck** und **fest zugeteilte Finanztöpfe** gibt
 - für die Wirtschaftlichkeit einer ambulanten Praxis oder Krankenhauses spielt Qualität keine Rolle
 - wenig Transparenz, quasi Monopole
 - rationale und legitime Interessen, aber **Gestaltung** durch Gesundheitspolitik scheitert regelmäßig an Beharrungskräften
- Covid-19 gibt trügerisches Gefühl, dass System makellos sei: Vieles während Pandemie hervorragend gemacht, aber das sollte nicht die Reformbedürftigkeit des Systems verschleiern
- **Herausforderungen** sind seit vielen Jahren eindeutig:
 - **Unterversorgung und schwindende Versorgungsstrukturen**, vor allem in ländlichen und sozioökonomisch schwachen Gebieten
 - **schlechte Koordination und ineffizienter Ressourceneinsatz** führen zu Über- und Fehlversorgung sowie Personalmangel
 - Prioritäten des Gesundheitspersonals ändern sich: Interesse an eigener Praxis nimmt ab, planbare Arbeitszeiten legen zu (kein Frauenthema, sondern Generationenthema)

2. Konzepte für eine bedarfsgerechte, gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum

- Thema integrierte Versorgung: Probleme der Gräben-Kämpfe an Sektorengrenzen hinlänglich bekannt
- Wichtig hervorzuheben, dass nicht nur Frage der Rahmenbedingungen: **Kultur der professionsübergreifen Kooperation und Akzeptanz** abhandengekommen.
- Standesdenken wird über Generationen weitergetragen und früh in der nach Berufsgruppen getrennten Ausbildung gefestigt.
- Im Folgenden einige Themen anreißen:
 - die Ausgestaltung neuer Gesundheitsberufe und Attraktivität von Gesundheitsberufe
 - ergänzt durch digitale Prozesse und Einsatz von Telemedizin

2.1. Neue Gesundheitsberufe

- Im Schnitt behandelt eine Hausarztpraxis täglich 52 Patienten. Patienten verlangen Aufklärung, Information und Austausch; Befragungen: große Unzufriedenheit unter Ärzten
- Bestehende Strukturen durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe stärken: Physician Assistants und Praxisassistenten für niedrigschwellige Primärbetreuung // Lotsenkonzepte für Koordination der Versorgung

Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung?

- Stellen Sie sich eine Versorgungseinrichtung vor Ort vor, in der Hausärzte, Physician Assistants oder Praxisassistenten wohnortnah verfügbar sind
→ diese binden haus-/fachärztl. Leistungen per Telemedizin und über indikationsbezogene Konsile ein.
In der Schweiz sieht das Modell aus wie folgt: Eine Patientin geht in eine Walk-in Clinic, trifft dort auf einen Praxisassistenten, der die Erstbetreuung übernimmt und bei Bedarf jederzeit entsprechende Fachärzte einbeziehen kann.

2.2. Fachkräftemangel und attraktive Arbeitsplätze

- Lange Zeit machte es den Anschein, dass uns zuerst das Geld ausgeht. Nun stellen wir fest, dass uns vor dem Geld das Personal ausgeht.
- Dabei bilden wir genügend Pflegekräfte in Deutschland aus. Aus zwei Gründen problematisch:

- Pro Bürgerin und Bürger sind wir exzellent mit Pflegekräften ausgestattet. Gleichzeitig setzen wir aber Anreize dafür, möglichst viele Fälle zu behandeln und halten Doppelstrukturen
- Arbeitsbedingungen, die Pflegekräfte aus ihrem Beruf scheuchen: Verweildauer von Kranken- und Altenpflegekräften im Beruf liegt im Durchschnitt bei 8 Jahren. Die Hälfte der Pflegekräfte geben in Umfragen an, mit heutigem Wissen nicht noch einmal für Beruf entschieden hätten
- Herausforderung ist nicht Gewinnung neuer Pflegekräfte, sondern die Haltung von ausgebildeten Kräften im Beruf und aus dem Beruf ausgestiegenen Personen vor Ort einen Wiedereinstieg zu ermöglichen, der zu ihrer Ausbildung und ihrer aktuellen Situation passt.
- Was braucht es für attraktive Arbeitsplätze?
 - Elementare Maßnahme ist, die Pflege als eigenständige qualifizierte Leistung anzuerkennen, die viel mehr ist als Arztassistent. Lassen Sie es mich so klar sagen: Pflegekräfte können bestimmte Dinge besser als ein Arzt!
 - Für neue Gesundheitsberufe konkrete Ausgestaltung wichtig, damit sie keine Rohrkrepierer werden: klare Verantwortung? direkter Ansprechpartner für Patienten?
 - Vergütung: Gehen wir von einer ausgebildeten Pflegefachkraft aus, die 30 Stunden pro Woche arbeitet und verheiratet ist: Durchschnitt 2400 Euro Bruttogehalt für Vollzeitstelle
Der ausgebildeten Pflegekraft bleiben 1000 Euro im Monat netto!
→ Wir benötigen **mittelschichtige Vergütung**: mit dem Lohn eine Familie ernähren können ohne sich die Frage stellen zu müssen, ob die Berufstätigkeit wirtschaftlich überhaupt Sinn macht.
 - Mehr als die Hälfte aller Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege arbeitet in Teilzeit oder geringfügiger Beschäftigung. Das ist nicht nur freiwillig, sondern wegen mangelnder Planbarkeit: zuverlässige Dienste sind ein Muss.

2.3. Unterstützung durch Digital Health

- Die sektorenübergreifende Versorgung und die Digitalisierung haben eines gemeinsam: Es wird viel darüber gesprochen, einiges probiert, aber im Grunde will sie keiner.
- Die Pandemie hat Schwung gebracht, aber bereits jetzt verschwindet Telemedizin schon wieder aus der Anwendung

- Sagen Sie es mir: Warum sollte eine 100%ig ausgelastete Arztpraxis an der Videosprechstunde interessiert sein? Gleiches gilt für eine institutionsübergreifende und gut gefüllte Patientenakte.
- Wenn man Digital Health patientenorientiert und einrichtungsübergreifend möchte, gibt es nur zwei Möglichkeiten
 - entweder lässt man daraus ein Geschäftsmodell entstehen, sodass sie für Arztpraxen, Krankenkassen und Patienten interessant wird
 - muss sie auf **Systemebene durchgedrückt** werden – auch entgegen mancher Einzelinteressen

3. Schluss: Handlungsfelder

Was kann auf Landesebene getan werden? Drei Punkte zum Schluss mitgeben:

1. Public Health war oft das hässliche Entlein der Gesundheitsdisziplinen. Covid 19 hat gezeigt, dass neben der individuellen Betrachtung des Systems auch Public Health-Perspektive relevant ist:
→ In Public Health investieren, insbesondere öffentlichen Gesundheitsdienst inhaltlich, personell und finanziell aufwerten
2. **Strategische Planung:** Wissen Sie, dass die aktuelle Bedarfsplanung im Grunde ein Fortschreiben von Verhältniszahlen aus der Vergangenheit ist? Etwas zu managen ohne den Bedarf zu kennen, ist chancenlos: Wir brauchen eine strategische Planung, die regionale Bedarf sowie vorhandene Strukturen analysiert.
 - Für die Aufwertung regionaler Strukturen können **Gesundheitszentren** sinnvoll sein, in denen ärztliche Versorgung, ambulante Reha, Heilberufe wie Physiotherapie, Logopädie, etc. zusammensitzen. **Grundgedanken von Polikliniken** hier nicht fremd.
 - **Krankenhäusern** können eine wesentliche Funktion der ambulanten Versorgung übernehmen – das schlägt auch die Bund-Länder-AG vor (dafür engere Verzahnung zwischen ambulant und stationär!)
 - **Regionalbudgets:** besonders schwer zu versorgende Strukturen geben, in denen Maßnahmen zur flächendeckenden Versorgung nicht wirken: Einige Länder machen gute Erfahrungen damit (Baskenland, Christchurch). Kann attraktive Option sein, die Sicherstellung über einen längerfristigen Zeitraum (also 5-10 Jahre) zu übernehmen.
3. **Strukturen sind nur zukunftsfähig, wenn sie den Bedürfnissen des Arbeitsmarktes entsprechen.**

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.