

# WELCHE ELEMENTE MÜSSTE EIN KOALITIONSVERTRAG ENTHALTEN?

Gruppe C hat die drei Kernthemen Bildung, Organisation und Digitalisierung als die wesentlichen Handlungsfelder für eine neue Koalition der nächsten Legislaturperiode bis 2021 identifiziert. Maßgeblich ist dabei, dass in allen drei Themengebieten der Grundstein für nachfolgende Regierungen gelegt wird, denn die Maßnahmen sind nicht immer vollumfänglich innerhalb einer Legislaturperiode umsetzbar.

In der nachfolgenden Matrix sind die Kernthemen in Bezug auf die Akteure des Gesundheitswesens – Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger – dargestellt. Die einzelnen Themen werden anschließend kurz umrissen, um die Kernbotschaften der einzelnen Maßnahmen herauszustellen.

THEMEN-ZIELGRUPPEN-MATRIX			
	 Patient	 Leistungserbringer	 Kostenträger
Bildung	Schulfach Gesundheit. Soziales Pflichtjahr.	Gesundheitsausbildungscampus. Aus-/Weiterbildung.	Förderung von Prävention.
Organisation	Patientensteuerung.	Aufhebung Apothekenfremdbesitzverbot. Flexibilisierung Renteneintritt. Familienplanung. Reorganisation ärztlicher Aufgaben.	Öffnung GKV-Markt. Monistische KH-Finanzierung. Zentrale Qualitätsdatensammlung. Neuorganisation Grund-/Spezialversorgung.
Digitalisierung	ePA. eRezept. Digitaler Impfpass.	ePA. KI-Assistenz des Arztes. Aufhebung Fernbehandlungsverbot.	Apps als Medizinprodukte.

Der Kernbereich Bildung betrifft alle Akteure des Gesundheitswesens übergreifend, und bezieht sich zum einen auf einen Ausbau der Prävention, die bereits in der Schule beginnen muss. Zum anderen müssen sich die Gesundheitsberufe den wandelnden Anforderungen anpassen. Dies betrifft die demographische Perspektive einerseits und die Attraktivität der Berufe auf der anderen Seite.

Der Kernbereich Organisation bedarf zahlreicher großer systemischer Eingriffe, um die Effizienz des Gesundheitssystems zu erhöhen und damit auch weiterhin eine hochqualitative Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung zu bezahlbaren Preisen bzw. Beiträgen sicherzustellen. Der Fokus liegt dabei auf einer umfangreichen Veränderung der intersektoralen Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern.

Verschiedene Einzelmaßnahmen sind allerdings ebenso notwendig und auch in der nächsten Legislaturperiode umsetzbar.

Das dritte Kernthema – Digitalisierung – muss eng einhergehend mit den bisherigen Anstrengungen der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der e-Health-Strategie seinen Weg in die Umsetzung finden und soll sich an den parallel stattfindenden Umbrüchen im Bereich Industrie 4.0 orientieren. Auf die besonderen Anforderungen des Gesundheitswesens ist dabei Rücksicht zu nehmen.

## BILDUNG

### Patient/Versicherter

#### Schulfach

Wir wollen, dass die Länder ein Schulfach mit Inhalten rund um Gesundheitserziehung und Ernährung für die Sekundarstufe 1 in den Lehrplan aufnehmen. Dadurch soll die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen systematisch verbessert werden. Die Ausgestaltung des Schulfaches soll den Bundesländern obliegen, wenngleich das Fach verpflichtend für alle Schulformen vorgesehen ist.

#### Soziale Pflichtjahr

Unser Ziel muss es sein, dass das Ergreifen bzw. Erlernen von Berufen im Gesundheitswesen reizvoller wird. Um dies zu erreichen wollen wir ein verpflichtendes soziales Jahr für alle Geschlechter einführen. Durch diese Maßnahme soll einerseits die Anerkennung für die sozialen Berufe gestärkt und andererseits gleichzeitig das Interesse für diese Berufsbilder durch praktische Erfahrung gesteigert werden. Ein begleitendes Seminar zum Thema „Gesundheit“ soll das Gesundheitsverständnis der Absolventen verbessern. Das soziale Jahr kann ersatzweise durch das Ableisten des gleichen zeitlichen Umfangs bei der Bundeswehr absolviert werden.

### Leistungserbringer

#### Gesundheitsausbildungscampus

Zur Förderung einer sektoren- und berufsübergreifenden Gesundheitsversorgung wird die Ausbildung für akademische und nichtakademische Gesundheitsberufe zentralisiert (Gesundheitsausbildungscampus). Unter Beteiligung von Bund, Länder, Krankenkassen und sonstigen Sozialversicherungsträgern wird als finanziellen Grundlage ein Gesundheitsausbildungsfonds etabliert, um die Voraussetzungen zur Finanzierung der Ausbildungen zu vereinheitlichen. Die Länder sind dazu verpflichtet sich mit den Leistungserbringerverbänden abzustimmen, um die Anzahl benötigter Ausbildungsplätze bedarfsgerecht zu ermitteln. Durch eine interdisziplinäre Grundausbildung wird ein einheitliches Versorgungsverständnis geschaffen, welches Grundvoraussetzung für intra- und intersektorale Zusammenarbeit darstellt.

Aus dem Expertengremium zur Substitution- und Delegation von ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungen wird zudem der Bedarf für neue Tätigkeitsfelder abgeleitet und deren Ausbildung in die Gesundheitscampus integriert.

#### Aus- und Weiterbildung

Wir wollen Maßnahmen erheben, damit die Arbeitgeber über das Thema flexible Arbeitszeit- und Weiterbildungsmodelle oder die Nutzung von Telemedizin Wettbewerb betreiben, um so die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu fördern.

## Kostenträger

Die Kostenträger unterstützen präventive Maßnahmen der Verhältnis- und der Verhaltensprävention.

## ORGANISATION

### Patient/Versicherter

#### Patientensteuerung

Die Steuerung der Patienten soll effektiver erfolgen. Ein Vorbild dafür könnte Dänemark sein. Ziel soll es sein, dass der Patient bereits vor der Inanspruchnahme von Leistungen von einem medizinischen Koordinator zum relevanten Leistungserbringer gelotst wird. Diese Maßnahme soll zum einen den Überlauf der Notaufnahmen der Krankenhäuser entlasten. Zum anderen soll vermieden werden, dass Untersuchungen doppelt erbracht werden und der Patient zum „richtigen“ Anbieter für sein Anliegen und Qualitätsaspekten gelangt. Dafür soll Patientinnen und Patienten zukünftig eine zentrale virtuelle (digitale oder via Telefon) oder reale Anlaufstelle für das medizinische Versorgungsgeschehen zur Verfügung stehen. Im Sinne der Patientinnen und Patienten sollte dies durch die Krankenversicherungen organisiert und sichergestellt werden. Diese haben den besten Überblick über das vollumfassende Versorgungsgeschehen.

### Leistungserbringer

#### Aufhebung von Fremdbesitz und Mehrbesitz bei Apotheken

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits 2014 in seinem Gutachten konstatiert, dass das Fremd- und Mehrbesetzverbot bei Apotheken „[...] ein Relikt mittelalterlicher Zunftstrukturen“ ist. Nachvollziehbare und wissenschaftliche Gründe, weshalb ein angestellter Apotheker mehr oder weniger Sorgfalt bei der medizinischen Beratung oder Motive der „Gewinnmaximierung“ bei der Distribution von Arzneimitteln hat, sind nicht zu finden. Der einheitliche Gedanke des Schutzes des Berufsbildes darf nicht vor der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten stehen. Es sollten daher mehrere Modellprojekte zur Aufhebung des Fremdbesitzverbotes für ausgewiesene Indikationsgebiete getestet werden.

#### Flexibilisierung Renteneintritt

Zur Bewältigung des bereits heute in der Ärzteschaft und Pflege sichtbaren Fachkräftemangels, soll eine Flexibilisierung des Renteneintritts ermöglicht werden. Besonders die in der letzten Legislaturperiode eingeführte Rente nach 45 Beitragsjahren kann zu Anreizen bei Beschäftigten führen, eine Stelle als dringend benötigte Fachkraft im arbeitsfähigen Alter aufzugeben. Über die Möglichkeit bis 65 bzw. 67 Jahre zu arbeiten muss es zudem möglich sein, den eigenen Renteneintritt in die Zukunft zu verschieben, solange der Arbeitnehmer weiter am Erwerbsleben teilnehmen möchte. Dadurch soll auch die Möglichkeit geschaffen werden, dass der Erwerbstätige zusätzliche Rentenanwartschaften erwirbt.

#### Familienplanung

Neben der Rente ist die Harmonisierung von Berufs- und Privatleben eine sehr wichtige Stellschraube – insbesondere mit Blick auf die Familienplanung. Die Bundesregierung soll Familien fördern und die Gründung einer Familie erleichtern. Dafür müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, bei denen die Arbeitgeber sich beteiligen sollen. Die Kinderbetreuung soll ausgebaut werden, um auch bei Schichtdienst die Betreuung der Kinder sicherzustellen. Betriebskindergärten sollen dafür bei Leistungserbringern ausgebaut werden.

Die Unternehmen sind zudem dazu angehalten sich mit den Gewerkschaften auf vertretbare Vereinbarungen zu Teilzeit, (Langzeit-)Arbeitszeitkonten und flexible Arbeitszeitgestaltung zu verständigen. Eine Gesetzgebung dazu soll allenfalls unterstützend stattfinden.

### **Delegation medizinischer Leistungen**

Die medizinische Versorgung ist gegenwärtig keine „patientenzentrierte“, sondern „arztzentrierte Versorgung“. Diese Analyse überträgt sich auch auf das medizinische Versorgungsangebot und die damit verbundene Erbringung der Leistungen. Es muss zu einer Evaluation und Erweiterung der Delegation- und Substitutionsmöglichkeiten ärztlicher Leistungen kommen. Der Gesetzgeber sollte die Berufsverbände und Selbstverwaltungsorgane anweisen, einen Katalog arztersetzer bzw. ergänzender Leistungen zu etablieren. Hierbei müssen auch die haftungsrechtlichen Rahmenbedingungen überarbeitet werden.

### **Kostenträger**

#### **Sektorenunabhängige Versorgungsplanung – Neuordnung der Grundversorgung**

Ein wichtiger Baustein für eine sektorenübergreifende Versorgung ist die Planung und Steuerung der Versorgungskapazitäten. In einer Analyse der Gesundheits-Reformen der letzten 15 Jahre wird deutlich, dass der Gesetzgeber einen „Flickenteppich“ mit diverseren Versorgungsmanagement-Tools etabliert hat. So sollten Modelle zur integrierten Versorgung regionale Versorgungsdefizite lösen und den Fokus auf eine „patientenzentrierte Versorgung“ lenken. Zusätzlich wurden neue Versorgungsformen erprobt und Behandlungsmethoden für besondere Erkrankungen etabliert.

Die gegenwärtig sektoral-getrennte Planung der stationären und ambulanten Strukturen ist nicht mehr sachgerecht und entspricht in Teilen auch nicht mehr der Versorgungsrealität der Leistungserbringer. Aufgrund des medizin-technischen Fortschritts können medizinische Versorgungsleistungen von Krankenhäusern zu immer größer werdenden Teilen ambulant erbracht werden. Ein Krankenhausbett ist für eine qualitative hochwertige Versorgung kein grundlegender Baustein mehr. Darüber hinaus kann konstatiert werden, dass es zu einer Zentralisierung von spezialisierten und hochspezialisierten medizinischen Leistungen kommt. Gemäß den Grunddaten des Statischen Bundesamtes sind 45% aller deutschen Krankenhäuser für 85% aller stationären Aufnahmen verantwortlich.

Versorgung muss regional und populationsbezogen gestaltet werden, um eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu gewährleisten. Wir empfehlen daher eine vollumfängliche Analyse der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen durch eine Enquete-Kommission in den nächsten fünf Jahren. Ziel der Untersuchung ist eine Analyse und Etablierung von „sektorenunabhängigen Versorgungsclustern/-regionen“. Diese neu zu bildenden Versorgungsregionen (Orientierung können die Raumordnungsregionen sein) sind die Ausgangsbasis für die Neuordnung der Versorgungsstrukturen. Die bestehenden Versorgungsaufträge sollten in „Versorgungsstufen/-Segmenten“ überführt werden, die durch neu zugründende Regionalgremien ausgestaltet und sichergestellt werden. Die zukünftige Kapazitätsplanung wird somit sowohl ambulante vertragsärztliche als auch stationäre Kapazitäten berücksichtigen und planen. Dieses Vorhaben geht nicht ohne eine Überprüfung der gegenwärtigen Sicherstellungsaufträge in der ambulanten und stationären Versorgung. Die regionalen Gremien sollten aus Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen und Ländervertretern besetzt werden, wobei die Stimmverhältnisse paritätisch auf Leistungserbringer und Kostenträger verteilt sein sollten. Die gegenwärtigen Budgets

müssen den Versorgungsregionen nach einer morbiditäts- und altersbezogenen Zuordnung den regionalen Gremien zur Verfügung stehen.

Die Vergütung erfolgt anschließend prospektiv und qualitätsorientiert. Das IQTIG sollte daher zukünftig auch die Qualitätssicherung der niedergelassenen Vertragsärzte übernehmen, um somit den Regionalgremien eine vollumfängliche Transparenz zum medizinischen Leistungsgeschehen zu ermöglichen

## DIGITALISIERUNG

### Patient/Versicherter

#### **ePA, eRezept, digitaler Impfpass**

Patienten sollen zukünftig die Möglichkeit erhalten, eine digitale Infrastruktur hinsichtlich einer elektronischen Gesundheitskarte bzw. elektronischer Patientenakte (ePA), elektronische Rezepte und eines digitalen Impfpasses, nutzen zu können. Dafür werden die entsprechenden Instrumente ausgeschrieben. Bereits am Markt bestehende Anbieter können ihre Lösungen anbieten. Die Krankenkassen werden ab 2020 verpflichtet, die Instrumente flächendeckend anzubieten. Alle Leistungserbringer, die mit gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen Leistungen abrechnen wollen, müssen ab 2020 die zur Verfügung stehenden Instrumente nutzen.

### Leistungserbringer

#### **KI-Assistenz des Arztes**

Die Nutzung künstlicher Intelligenz (KI) soll für diagnostische Zwecke gefördert werden. Ziel soll es sein, die Ärzte bei der Diagnosestellung zu unterstützen und durch die Auswertung großer Datenmengen und wissenschaftlicher Studien die bestmögliche Therapie auszuwählen. Innerhalb der nächsten Legislaturperiode sollen neuen Konzepte in Pilotprojekten erprobt werden. Ein KI-MED-Fonds kann die Vorhaben mit einem geringen Millionenbetrag unterstützen.

#### **Aufhebung des Fernbehandlungsverbotes**

Die Telemedizin muss weiter gefördert und ausgebaut werden. Damit soll auch eine hoch qualitative Medizin in ländlichen Regionen ermöglicht werden, ohne dass Spezialisten vor Ort den Patienten persönlich betreuen. Das Fernbehandlungsverbot ist abzuschaffen. Die Kostenträger sollen sich mit den Leistungserbringern über mögliche Vergütungsmodelle einigen, und erste Pilotprojekte umsetzen.

### Kostenträger

#### **App als Medizinprodukt**

Die Qualität und der Nutzen medizinischer Apps soll über eine Zertifizierung sichergestellt werden. Apps, die von den Krankenkassen bezahlt werden sollen als Medizinprodukte gekennzeichnet und einer entsprechenden Prüfung unterzogen werden.

## Autoren

Nina Viktoria Heine, Maike Pfeiffer, Alexander Veitinger, Michael Slowik, Philipp Köbe.