

R. Kühne | J. Graalmann
F. Knieps (Hrsg.)

Die Zukunft der Gesundheits- (fach)berufe

Mehr Kompetenzen
— mehr Verantwortung



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Roy Kühne | Jürgen Graalmann | Franz Knieps (Hrsg.)

Die Zukunft der Gesundheits(fach)berufe



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Roy Kühne | Jürgen Graalman | Franz Knieps (Hrsg.)

Die Zukunft der Gesundheits(fach)berufe

mit Beiträgen von

F. Becker | W. Böhne | A. Borchering | A.P.F. Ehlers | J. Flux | I. Frings
U. Geppert-Orthofer | B. Gibis | J. Graalman | O. Hagemeier | H. Hansen
R. Hecker | A. Herrmann | H. Höppner | H.-P. Hündorf | A. Kasberg
B. Klapper | F. Knieps | I. Köster-Steinebach | R. Kühne | P. Lehle
K.-J. Lotz | C. Maschek | R. Neiheiser | J. Peter | S. Postel | H. Reiners
J. Reytarowski | C. Rybak | J. Schick | C. Steves | H. Stinus | F. Weidner
J. Wetzels | F. Zamath | S. Zimmer



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Das Herausgeberteam

Dr. Roy Kühne, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Jürgen Graalmann
Die Brückenköpfe GmbH
Mohrenstraße 34
10117 Berlin

Franz Knieps
BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Unterbaumstraße 4
10117 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-632-4 (eBook: PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2021

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. Im vorliegenden Werk wird zur allgemeinen Bezeichnung von Personen nur die männliche Form verwendet, gemeint sind immer alle Geschlechter, sofern nicht gesondert angegeben. Sofern Beitragende in ihren Texten gendergerechte Formulierungen wünschen, übernehmen wir diese in den entsprechenden Beiträgen oder Werken.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Der Verlag kann insbesondere bei medizinischen Beiträgen keine Gewähr übernehmen für Empfehlungen zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen oder für Dosierungsanweisungen, Applikationsformen oder ähnliches. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit hin überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Anna-Lena Spies, Berlin

Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin

Layout, Satz, Herstellung: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin

Coverbild: @michaeljung/stock.adobe.com

© Foto Dr. Roy Kühne: Deutscher Bundestag – Thomas Trutschel

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Unterbaumstr. 4, 10117 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Geleitwort des Bundesministers für Gesundheit Jens Spahn

Die Corona-Pandemie hat für eine breite Öffentlichkeit sichtbar gemacht, was gesundheitspolitische Insider schon lange beschäftigt: Das deutsche Gesundheitswesen ist leistungsfähig, aber seine Ressourcen sind nicht unendlich. Die Grundlagen dieser Leistungsfähigkeit müssen immer wieder neu erarbeitet werden. Ob unsere Versorgung auf hohem Niveau bleibt, hängt auch davon ab, ob die Arbeit in den Gesundheitsberufen so attraktiv wie möglich ist, und ob das Berufsbild, die Ausbildung und das spätere Arbeitsumfeld so ansprechend sind, dass sich junge Menschen dafür entscheiden. Gerade weil wir Pflegekräfte oder Laboratoriumsassistenten in der Pandemie so stark wahrgenommen haben, bekommen diese Berufe neben den Ärztinnen und Ärzten zu Recht mehr Beachtung.

Mit dieser neuen Wahrnehmung nähern wir uns dem Verständnis, um das es in diesem Buch geht: Wir haben in Deutschland gut ausgebildete, zur eigenständigen Entscheidung und Arbeit in ihrem Beruf befähigte Fachkräfte. Sie sind tragende Kräfte in unserem Gesundheitssystem. Fehlen sie, wird das Fundament brüchig. Ihre ausdifferenzierten fachlichen Fähigkeiten, die sie in spezifischen Ausbildungen erworben haben und in den Beruf einbringen, machen unsere hochqualifizierte und umfassende Gesundheitsversorgung erst möglich: Pflegekräfte, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Hebammen und Entbindungspfleger, Logopädinnen und Logopäden, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, die Berufe in der medizinischen Technologie, Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter – um nur einige zu nennen.

Um ihre tragende Rolle auszufüllen, müssen sie auf dem Fachkräftemarkt verfügbar sein. Damit wir sie dort finden, müssen sie sich zuvor für eine Ausbildung entschieden haben. Und diese Ausbildung sollte auf vieles vorbereiten, was sich schon seit Langem abzeichnet: Die Lebenserwartung in Deutschland steigt. Chronische Erkrankungen, Mehrfacherkrankungen, Demenz und die Zahl psychisch erkrankter Menschen nehmen zu. In der weltweit zweitältesten Gesellschaft nach Japan gewinnen Prävention und Rehabilitation an Bedeutung. Kulturelle und religiöse Besonderheiten spielen in der Vielfalt der Gesellschaft eine größere Rolle. Die Digitalisierung verändert die Gesundheitsversorgung. Evidenzbasierte Medizin erneuert sich mit rasanter Zunahme des Wissens. Kurzum: Die Gesundheitsversorgung wird immer komplexer. Es gibt hohe Anforderungen an die Patientensicherheit. Das macht die Arbeit für angehende Fachkräfte sehr anspruchsvoll. Dieser Anspruch führt aber eben auch zu einem Alleinstellungsmerkmal gegenüber anderen Berufen und im besten Falle zu einer beruflichen Erfüllung.

Deshalb haben wir begonnen, überall wo das geboten ist, die Gesundheitsfachberufe zu modernisieren. In enger Abstimmung mit den Bundesländern und unter Einbeziehung der Verbände ist im März 2020 ein Gesamtkonzept entstanden, das als Grundlage für die gesetzliche Neuordnung dient.

Es geht um die in der Ausbildung zu lehrenden Inhalte: Ausbildungsordnungen, die zum Teil mehrere Jahrzehnte alt sind, können den rasanten medizinischen Fortschritt nicht abbilden. Sie müssen von Grund auf angepasst werden. Es geht um die finanziellen Anreize für die Ausbildung: Ist es noch zeitgemäß, in Berufen, in denen wir auf einem leergefegten Arbeitsmarkt dringend Fachkräfte suchen, Schulgeld zu erheben? Muss nicht vielmehr eine angemessene Ausbildungsvergütung gezahlt werden? Es geht um die Durchlässigkeit und eine mögliche Akademisierung: Ist es

nicht attraktiver für einen ambitionierten jungen Menschen, dass – etwa im reformierten Pflegeberuf – jetzt auch der Weg in den Beruf über ein Studium offensteht?

Die neue Pflegeausbildung – teilakademisiert – ist ein gutes Beispiel dafür, dass wir sorgfältig abwägen müssen, wie Ausbildung und Zugang zum Beruf verändert werden. Um den hohen fachlichen Anforderungen gerecht zu werden, haben wir uns etwa bei der Reform der Hebammenausbildung für eine vollständige Akademisierung entschieden, wie sie auch international Standard ist. Aber brauchen wir in bestimmten Berufen nicht auch weniger hohe Eintrittsschwellen, über die dann umso mehr Fachkräfte den Weg in das Gesundheitswesen finden? Diese Abwägung gilt es bei jedem Beruf neu zu treffen.

Mit der Ausbildungsmodernisierung drängt sich zudem die Frage auf, welche Stellung die Fachkräfte im Gefüge der Berufsgruppen untereinander haben. In ihrem Fachbereich auf Augenhöhe, aber im Diagnostizieren und Verordnen doch von Ärztinnen bzw. Ärzten abhängig? Können zum Beispiel Physiotherapeuten oder Logopädistinnen nicht mindestens so gut mit den Patienten die richtige Therapie erarbeiten wie die verordnende Ärztin?

Die so genannte „Blankoverordnung“ kommt. Aber sie kommt weiterhin aus der Arztpraxis. Das ist ein großer und sinnvoller Schritt. Und es ist nachvollziehbar, dass sich die Frage anschließt: Warum können die Patientinnen und Patienten dann nicht direkt zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten gehen. Würde das nicht Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte weiter entlasten?

Bevor wir diesen Schritt gehen, müssen viele gewachsene Strukturen und Interessen durchleuchtet werden. Die Ausbildungen und Regelungen zur Berufsausübung müssen auf diese Art der Verantwortung vorbereiten. Auch hier geht es um sorgfältiges Abwägen und Herantasten. Und um das einzelne Betrachten jedes Berufes. Schließlich lautet die alles bestimmende Frage: Was ist am ehesten im Sinne der Patientinnen und Patienten und einer funktionierenden Gesundheitsversorgung?

Bewerberinnen und Bewerber für Gesundheitsfachberufe zu finden, sie zu Fachkräften auszubilden und sie so einzusetzen, dass sie auf lange Sicht im Beruf bleiben – das steht in Wechselwirkung zueinander. Ist der Beruf attraktiv, steigt das Ansehen, gibt es mehr Bewerber, gibt es Entspannung bei den Arbeitsbedingungen. Und auch umgekehrt.

Wie sich eine Mangelsituation immer weiter zuspitzen kann, konnten wir in der Pflege beobachten. In der Konsequenz haben wir im Sommer 2018 die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) ins Leben gerufen. Ein Jahr später folgte ein Maßnahmenpaket, das die Ausbildung, das Personalmanagement, den Arbeitsschutz und die Gesundheitsförderung, innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung, die Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland und die Entlohnungsbedingungen in der Pflege umfasste. Erste Ergebnisse haben wir im November 2020 vorgestellt. Auch in der Pflege spielen neue Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit eine Rolle. Ein Strategieprozess soll den Verantwortungsbereich von Pflegefachpersonen ausweiten und die Rolle der Pflege in der Versorgung systematisch untersuchen. Begleitet wird der Prozess durch ein Expertengremium mit allen relevanten Akteuren. Es berät zum Beispiel zu folgenden Themen: Verordnung von Hilfsmitteln, inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege, mehr Verantwortung beim Wundmanagement. Es beschäftigt sich mit der Frage, wie Modellvorhaben zur selbst-

ständigen, das heißt auch eigenverantwortlichen Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachpersonen einfacher und attraktiver gestaltet werden können. Mit dem Ziel, dass diese Modelle mit einer gestärkten Rolle der Pflege im interprofessionellen Gefüge im Erfolgsfall zügig in der Regelversorgung ankommen.

Bleibt festzuhalten: Die große Bedeutung der Gesundheitsfachberufe für eine stabile Gesundheitsversorgung ist erkannt. Ein Konzept, wie man diese Berufsgruppen stärken kann, ist entworfen. Ein Modernisierungsprozess ist in Gang gekommen. Erste wichtige gesetzliche Regelungen sollten Ansporn sein, diese Aufgabe Schritt für Schritt weiterzuverfolgen. Anregungen dazu werden sicher auch in diesem Buch zu finden sein, weshalb ich allen Leserinnen und Lesern eine erkenntnisreiche Lektüre wünsche!

Jens Spahn im Dezember 2020

Bundesminister für Gesundheit

Mitglied des Deutschen Bundestages

Die Zukunft der Gesundheits(fach)berufe: Kompetenzen stärken und Verantwortung anbieten

Unser Gesundheitswesen ist für eine Revolution denkbar ungeeignet. Nicht zuletzt, weil es ganz sicher eher zu den strukturkonservativen Bereichen gehört. Veränderungen entstehen zumeist in Drucksituationen und genau dort liegt in den nächsten Jahren die Chance. Die gesundheitliche Versorgung in Deutschland steht vor großen Herausforderungen, wie ein Blick auf die demografische Entwicklung, die notwendige digitale Transformation oder die medizinische Versorgung im ländlichen Raum zeigt. Hinzu kommen ein stark zunehmender Fachkräftemangel und eine zunehmend angespannte finanzielle Situation der Kranken- und Pflegekassen.

Inhaltlicher Treiber für Veränderung sollte jenseits dessen aber die vielfach beschworene Orientierung an den Bedarfen und Interessen der Patient:innen sein. Und dabei spielen die Gesundheits(fach)berufe eine bisher auch politisch zu wenig beachtete Rolle. In der täglichen Praxis beweisen aber gerade diese Professionen immer wieder ihren Mehrwert in der Versorgung der Menschen. Dabei gibt es bei uns nicht einmal eine klare und eindeutige Definition des Begriffs Gesundheitsberufe: Darunter sind Heilberufe ebenso zu verstehen wie Gesundheitshandwerker; zudem sind sie in Bundes- oder Landesrecht geregelt, wenn sie denn überhaupt geregelt sind.

Auch wir als Herausgeber haben uns zu Beginn unseres Vorhabens dabei ertappt, dass wir manches Mal von „nicht-ärztlichen“ Gesundheitsberufen gesprochen haben – das hat uns in dem Willen, dieses Buch zu initiieren, bestärkt und führte zum Titel „Die Zukunft der Gesundheits(fach)berufe“. Es kann doch nicht sein, dass ein großer Teil der handelnden Akteure im Gesundheitswesen definiert wird als das, was sie nicht sind. Aber eben dort liegt auch ein Problem der Berufsgruppe selbst, die ihre Beiträge zur Versorgung der Patient:innen selbstbewusster darstellen müssen, dies aber selbst-reflektiert tun sollten. Diese Möglichkeit wollen wir den Gesundheits(fach)berufen mit diesem Buch geben.

Im Kernteil des Buches (Sek. II, „Gesundheits(fach)berufe“) stellen die Autorinnen und Autoren in vierzehn Kapiteln ihre Gesundheits(fach)berufsgruppe anhand einiger relevanter Kriterien vor. Sie beleuchten, welchen Beitrag diese qualitativ wie ökonomisch zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung perspektivisch leisten könnten – auch und gerade mit Fokus auf eine ggf. notwendige erweiterte Qualifikation für einen möglichen Kompetenzzuwachs. Die Diskussion wird für die einzelnen Professionen geführt, ohne den großen Mehrwert von Kooperation und interprofessioneller Zusammenarbeit in Diagnostik und Therapie außer Acht zu lassen.

Eingebettet werden diese reflektierten Darstellungen der einzelnen Gesundheits(fach)berufe zu Beginn in Positionen mit der Perspektive aus Sicht der Kassen, der Ärzte, Krankenhäuser, der Patientensicherheit und der Industrie; ergänzt um einen rechtlichen Rahmen sowie eine gesundheitswirtschaftliche Dimension und die ordnungspolitische (Neu)Verortung der Gesundheits(fach)berufe in Reformdebatten. Das Buch schließt in „Aufbruch 2030“ auffordernd mit Chancen, Risiken und Perspektiven für mehr Kompetenzen und Verantwortung der Gesundheits(fach)berufe.

Der Bundesgesundheitsminister weist in seinem Geleitwort zu diesem Buch auf das im März 2020 von Bund und Ländern erarbeitete „Gesamtkonzept Gesundheitsberufe“ hin, mit dem die Ausbildungen in den Gesundheits(fach)berufen neu geordnet

werden sollen. Das ist richtig und wichtig – kann aber nur den Beginn einer zwingend notwendigen gesundheitspolitischen Debatte um die künftige Rolle qualifizierter Gesundheits(fach)berufe in einem verstärkt integrativen und interdisziplinären Gesundheitswesen markieren. Die seit Jahrzehnten währende Debatte um die Überwindung der Sektorengrenzen ist dabei nicht beispielgebend. Auf geht's!

Dr. Roy Kühne
im April 2021

Jürgen Graalmann

Franz Knieps

Die Autorinnen und Autoren

Fritz Becker

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher
Apothekerverbände e.V.
Heidestraße 7
10557 Berlin

Wiebke Böhne

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Hildesheimer Straße 273
30519 Hannover

Anneke Borcharding, stud. iur.

Espoldetal 23
37181 Hardegsen

Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P. F. Ehlers

EHLERS, EHLERS & PARTNER
RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBB
Widenmayerstraße 29
80538 München

Jacqueline Flux

Herzzentrum Leipzig
Strümpellstraße 39
04289 Leipzig

Iris Frings, M.Sc.

Klinikum Ludwigshafen am Rhein gGmbH
Bremserstraße 79
67063 Ludwigshafen am Rhein

Ulrike Geppert-Orthofer, M.Sc.

Deutscher Hebammenverband e.V.
Gartenstraße 26
76133 Karlsruhe

Dr. Bernhard Gibis

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Jürgen Graalmann

Die Brückenköpfe GmbH
Mohrenstraße 34
10117 Berlin

Oda Hagemeier

eurocom e.V. – European Manufacturers Federation
for Compression Therapy and Orthopaedic Devices
Reinhardtstraße 15
10117 Berlin

Prof. Dr. Hilke Hansen

Hochschule Osnabrück
Caprivistraße 30a
49076 Osnabrück

Dr. med. Ruth Hecker

Aktionsbündnis Patientensicherheit
Alte Jakobstraße 81
10179 Berlin

Aileen Herrmann

Universitätsklinikum des Saarlandes
Kirrberger Straße
66421 Homburg

Prof. Dr. rer. pol. Heidi Höppner, MPH

Alice Salomon Hochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5
12627 Berlin

Hans-Peter Hündorf, M.Sc.

Deutsches Rotes Kreuz
Kreisverband Dessau e.V.
Amalienstraße 138
06844 Dessau-Roßlau

Azize Kasberg

Alice Salomon Hochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5
12627 Berlin

Dr. Bernadette Klapper

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31
70184 Stuttgart

Franz Knieps

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin

Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach

Aktionsbündnis Patientensicherheit
Alte Jakobstraße 81
10179 Berlin

Dr. Roy Kühne, MdB

Platz der Republik 1
11011 Berlin

Peter Lehle

Kreisberufsschulzentrum Ellwangen
Berliner Straße 19
73479 Ellwangen

Klaus-Jürgen Lotz

BIV-OT – Bundesinnungsverband für
Orthopädie-Technik
Reinoldstraße 7–9
44135 Dortmund

Christiane Maschek, M.A.

MTLA-Schule der Medizinischen Hochschule
Hannover (MHH)
Bissendorferstraße 11
30625 Hannover

Ralf Neiheiser, Dipl.-Verw. Wiss.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
Dezernat Personalwesen und
Krankenhausorganisation
Wegelystraße 3
10623 Berlin

Dr. Jürgen Peter

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Hildesheimer Straße 273
30519 Hannover

Sandra Postel

Errichtungsausschuss der Pflegekammer NRW
Zeppenheimer Weg 16
40489 Düsseldorf

Hartmut Reiners

Friedbergstraße 45
14057 Berlin

Jörg Reytarowski

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Hans-Böckler-Allee 13
30173 Hannover

Dr. iur. Christian Rybak

EHLERS, EHLERS & PARTNER
RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBB
Widenmayerstraße 29
80538 München

Dr. rer. medic. Jens Schick, MPH

Sana Kliniken AG
Oskar-Messter-Straße 24
85737 Ismaning

Carmen Steves

Carmen Steves Consulting
Bundesvorsitzende BVpta e.V.
Thüringer Straße 6
53175 Bonn

Dr. med. Hartmut Stinus

MVZ Orthopaedicum Northeim und Krankenhaus
Neu-Mariahilf Göttingen
Sturmbäume 3
37154 Northeim

Univ.-Prof. Dr. phil. Frank Weidner

Deutsches Institut für angewandte
Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Straße 15
50670 Köln

Dr. iur. Jan Wetzel

Zentralverband der Augenoptiker und
Optometristen
Alexanderstraße 25a
40210 Düsseldorf

Frank Zamath

ALEXIANER Köln GmbH
Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie
und Neurologie
Kölner Straße 64
51149 Köln

Dr. Stefan Zimmer

Bundesverband der Hörsysteme-Industrie e.V.
Herriotstraße 1
60528 Frankfurt am Main

Inhalt

I	Kontext und Positionen	1
1	Die Verortung der Gesundheits(fach)berufe im deutschen Gesundheitswesen – ein kritisch-konstruktiver Blick auf Reformdebatten <i>Franz Knieps und Roy Kühne</i>	3
2	Analyse, Potenzial und Grenzen von Delegationsleistungen <i>Jürgen Peter, Wiebke Böhne und Jörg Reytarowski</i>	10
3	Ärztliche Perspektiven <i>Bernhard Gibis</i>	23
4	Die Rolle von Gesundheits(fach)berufen aus Sicht der Krankenhäuser <i>Jens Schick</i>	32
5	Gesundheits(fach)berufe und Patient:innen: Allianz im Interesse der Patientensicherheit <i>Ruth Hecker und Ilona Köster-Steinebach</i>	38
6	Rechtliche Rahmenbedingungen <i>Alexander P. F. Ehlers und Christian Rybak</i>	45
7	Jobmaschine mit Versorgungsauftrag – Kooperation als Leitmotiv eines modernen Gesundheitswesens <i>Hartmut Reiners</i>	60
8	Die Rolle der Industrie im Gesundheitssystem <i>Oda Hagemeier</i>	73
II	Gesundheits(fach)berufe	85
1	Situation und Potenziale der Pflegeberufe <i>Frank Weidner und Sandra Postel</i>	87
2	Auf den Anfang kommt es an – das Hebammenwesen in Deutschland <i>Ulrike Geppert-Orthofer</i>	98
3	Physiotherapie in der Gesundheitsversorgung in Deutschland heute und morgen – zwischen Prekarisierung und Wachstum <i>Heidi Höppner</i>	111
4	Ergotherapie: im Spannungsfeld zwischen veralteten Regularien, fragmentierter Versorgungsrealität und Förderung der inklusiven Gesellschaft <i>Azize Kasberg und Frank Zamath</i>	127

5	Logopädie/Sprachtherapie: Potenziale für die Gesundheitsversorgung von morgen	140
	<i>Hilke Hansen</i>	
6	Ohne MTA keine Diagnostik, ohne Diagnostik keine Therapie! Medizinisch-technische Assistenzberufe – Systemrelevanz im Fokus der Patientensicherheit	151
	<i>Jacqueline Flux, Iris Frings, Aileen Herrmann und Christiane Maschek</i>	
7	Operationstechnische und Anästhesietechnische Assistenz in der Bundesrepublik Deutschland – Status Quo und Ausblick	170
	<i>Ralf Neiheiser</i>	
8	Pharmazeutisch-technische Assistenten/Assistentinnen (PTA)	181
	<i>Carmen Steves und Peter Lehle</i>	
9	Notfallsanitäter/-innen	192
	<i>Hans-Peter Hündorf</i>	
10	Augenoptiker/-innen	209
	<i>Jan Wetzel</i>	
11	Hörgeräteversorgung: Es geht um mehr, als gut zu hören	221
	<i>Stefan Zimmer</i>	
12	Orthopädietechnik: Potenzial für Versorgungskonzepte	239
	<i>Klaus-Jürgen Lotz</i>	
13	Mehr Apotheke(r) wagen	252
	<i>Fritz Becker</i>	
14	Medizinische Fachangestellte (MFA)	261
	<i>Hartmut Stinus und Anneke Borchering</i>	
III	Aufbruch 2030	271
1	Chancen und Risiken: ein Blick in die Zukunft der Gesundheits(fach)berufe	273
	<i>Bernadette Klapper</i>	
2	Position und Perspektiven: Gesundheits(fach)berufe mit mehr Kompetenz und Verantwortung	279
	<i>Roy Kühne, Jürgen Graalman und Franz Knieps</i>	



Kontext und Positionen



1 Die Verortung der Gesundheits(fach)-berufe im deutschen Gesundheitswesen – ein kritisch-konstruktiver Blick auf Reformdebatten

Franz Knieps und Roy Kühne

Das deutsche Gesundheitswesen steht permanent unter Anpassungs- und Veränderungsdruck. Daher kennt die Gesundheitspolitik keine Ruhepause. Auch gibt es keine große Gesundheitsreform, die alle Probleme und Herausforderungen mit einem Schlag – dem sogenannten Big Bang – und für alle Zeit lösen wird. Vielmehr ist kleinteilige Detailarbeit ebenso gefragt wie das Herausarbeiten roter Linien, die den Akteuren des Systems ebenso Halt bieten wie den Versicherten und Patienten. Der folgende Beitrag versucht die berufsbezogenen Beiträge in diesem Buch in eine ordnungspolitische Neubestimmung einzuordnen und die Bedeutung qualifizierter Gesundheits(fach)berufe für die künftige Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung herauszustellen.

1.1 Das Gesundheitswesen unter Veränderungsdruck

Überall auf der Welt stehen die Gesundheitssysteme, nicht erst seit Beginn der Corona-Pandemie, unter Druck, unabhängig ob das jeweilige System auf (relativ) üppige Ressourcen zurückgreifen kann oder ob der Mangel das Geschehen dominiert. Auch ist es bestenfalls von sekundärer Bedeutung, ob – wie in England oder in Skandinavien – der Staat auf nationaler oder regionaler Ebene das System selbst steuert oder gar betreibt, ob er sich dazu intermediärer Institutionen – etwa der Selbstverwaltung in Mitteleuropa – bedient oder aber weitgehend auf Markt und Wettbewerb vertraut – wie in der Schweiz oder in den USA. Ein vergleichender Blick auf die Gesundheitssysteme Europas oder der Welt zeigt, dass hohe Gesundheitskosten noch keinen guten Gesundheitszustand für die gesamte Bevölkerung garantieren. Auch wird deutlich, dass nirgendwo auf dieser Welt eine der drei ordnungspolitischen

Leitvorstellungen in Reinkultur das Gesundheitssystem dominiert, sondern dass Elemente aus allen Gestaltungsformen miteinander kombiniert sind.

Für die deutsche Debatte ist wesentlich, dass Ordnungspolitik nicht länger vom ideologischen Gegensatz Staat versus Markt geprägt ist. Die Zuweisung von Aufgaben, Funktionen und Ressourcen an Ebenen und an den Akteur bedeutet, dass die oder der am besten den Anforderungen der gesundheitspolitischen Zielsetzungen und Leitprinzipien wie Solidarität, Subsidiarität, Effektivität, Effizienz, Qualität, Humanität, Transparenz und Sicherheit entspricht. Diese (Be-)Deutung von Ordnungspolitik ist zentral für die Neubestimmung der Rollen der Gesundheits(fach)berufe im deutschen Gesundheitswesen. Denn damit ist zu klären, zu welchen Berufsgruppen die Versicherten künftig einen Direktzugang erhalten und wo weiterhin ein Verordnungsvorbehalt durch den Arzt besteht – worin der Vorteil des einen sowie des anderen liegt. Selbstverständlich sind dabei eine Vielzahl von Begleitfragen zu klären, wie zum Beispiel die Haftung für Behandlungsfehler oder die Gewährleistung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Schließlich ist die Einbindung in das Leistungserbringer- und Vertragsrecht des SGB V einschließlich funktionsfähiger und fairer Konfliktlösungsmechanismen zu regeln.

Gesundheit kann heute nicht mehr allein als ein individuelles Gut angesehen werden, das ausschließlich in der Eigenverantwortung des/der Einzelnen liegt. Vielmehr ist Gesundheit auch ein kollektives Gut, das in Form von PUBLIC HEALTH weit mehr als die Abwesenheit von Krankheit und Behinderung bedeutet. Gesundheit ist auch nicht länger nur ein Kostenfaktor, der die Wirtschaft mit Lohnnebenkosten belastet, sondern ein Produktivitätsfaktor, der die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen und Volkswirtschaften (mit-)bestimmt. Schließlich ist das Gesundheitswesen selbst ein bedeutsamer Teil der Volkswirtschaft, sowohl was die Wertschöpfung als auch den Beschäftigtenanteil angeht (Amelung et al. 2020). Es sind gerade die Gesundheits(fach)berufe, die den Löwenanteil der Beschäftigten und Selbständigen ausmachen.

Die Veränderungen der sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen wirken unmittelbar auf die Gesundheitssysteme in aller Welt im Großen und auf die alltägliche Praxis der Gesundheits(fach)berufe im Kleinen ein. Das gilt exemplarisch für die sozialen und die demografischen Veränderungen, die speziell in Deutschland die gesundheitlichen und sozialen Bedarfe wie Bedürfnisse prägen. In den städtischen Ballungsgebieten lebt schon mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Ein-Personen-Haushalten. Dabei lassen die Bindungs- und Unterstützungswirkungen traditioneller sozialer Netzwerke wie Kirchen und Glaubensgemeinschaften, Gewerkschaften und Vereinen, Nachbarschaftszirkeln und Familien nach. Zugleich steigt die Lebenserwartung kontinuierlich an. Bedarfe und Bedürfnisse der Älteren und speziell der Hochaltrigen steigen und differenzieren sich aus. Gleichzeitig sind die Geburtenzahlen seit Jahren und Jahrzehnten rückläufig, auch wenn sich der Trend dank der Einwanderung etwas abgeflacht hat. Die Generation der Baby-Boomer steckt mitten im Übergang von der Erwerbsarbeit in den Ruhestand. Der darauf zurückzuführende Fachkräftemangel macht auch vor dem Gesundheitswesen nicht halt.

Die Finanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung ist auf die ökonomischen Herausforderungen nur unzureichend vorbereitet. Es ist hier nicht der Platz, die Debatte um die künftige Finanzarchitektur der Sozialversicherung nachzuzeichnen oder gar um eigene Vorschläge anzureichern. Aber es wird für die adäquate Hono-

rierung der Gesundheits(fach)berufe von ausschlaggebender Bedeutung sein, dass es keine Rückkehr zur stupiden Kostendämpfungspolitik früherer Zeiten gibt. Auch das Stopfen von Löchern durch eine erratische Quersubventionierung der Sozialversicherung aus dem Bundeshaushalt scheint keine Lösung von Dauer zu sein. Vielmehr ist schon jetzt absehbar, dass das Thema Finanzierung gesundheitlicher Leistungen und Produkte ganz vorne auf der gesundheitspolitischen Agenda des nächsten Deutschen Bundestages stehen wird.

1.2 Neue Herausforderungen – digitale Transformation, vernetzte Strukturen, patientenorientierte Prozesssteuerung

Nachdem die bisherigen Versuche, die Dominanz etablierter, überwiegend sektoral ausgerichteter Institutionen zu brechen, weitgehend wirkungslos geblieben sind, ruhen die Hoffnungen nun verstärkt auf Innovationen aus Wissenschaft und Technik (Böttinger u. zu Putlitz 2019). Speziell die digitale Transformation weckt einerseits große Erwartungen, mithilfe von Big Data und künstlicher Intelligenz strukturelle Hindernisse und institutionelle Blockaden zu überwinden, schürt aber auch Ängste vor Abhängigkeiten von amerikanisch oder chinesisch dominierten Tech-Konzernen. Europa ist es bisher nicht gelungen, eigene Standards zu entwickeln oder gar einen europäischen Datenraum zur implementieren. Und Deutschland zählt nicht zu den Treibern der Innovationen in Europa.

Gleichwohl besteht Anlass zu Optimismus, dass digitale Werkzeuge gerade an den Schnittstellen zwischen den Sektoren und Bereichen gezielt zur Förderung von Kommunikation, Koordination und Kooperation eingesetzt werden können. An die Stelle dysfunktionaler vertikaler Hierarchien könnte die horizontale Vernetzung treten. Das bietet den Gesundheits(fach)berufen, gleich in welcher Arbeits- und Organisationsform, die Chance zu einer Mitwirkung auf Augenhöhe. Das gilt speziell vor dem Hintergrund, dass die Innovationen nicht nur im Digitalbereich neue oder veränderte Berufsfelder entstehen lassen, die nicht mehr mit dem Stigma eines Hilfsberufs belastet sind.

Vor allem unterstützt die digitale Transformation, die man nicht nur aus der technologischen Sicht von Industrie 4.0 betrachten darf, sondern als fundamentale kulturelle Veränderung aller Lebens-, Wirtschafts- und Gesellschaftsbereiche verstehen muss, die konsequente Patientenorientierung des Gesundheitswesens. Nicht mehr die patriarchalische Pyramide mit dem Arzt als obersten Entscheider prägt das Geschehen, sondern das gemeinsame Entscheiden auf der Basis des bestverfügbaren Wissens. Selbstverständlich können in diesen Prozessen nicht nur alle verfügbaren medizinischen Erkenntnisse herangezogen werden, sondern fließen auch die zunehmend wissenschaftlich aufbereitete Erfahrungen anderer (akademisch geschulter) Gesundheits(fach)berufe ein. Die große Empathie, die viele Gesundheitsfachkräfte mitbringen, dürfte sich positiv auf das Verhältnis zu den Patient:innen auswirken und vielleicht die Rolle der Ärzteschaft im Behandlungsprozess verändern. Könnten unterschiedliche Berufsgruppen voneinander lernen, dann wäre ein großer Schritt aus der vielfach beklagten Arztdominanz des deutschen Gesundheitswesens möglich.

1.3 Der lange Weg aus der Arztdominanz – Impulse aus der Gesetzgebung

Der Weg zu einem kooperativen Miteinander zwischen Ärzten und anderen Gesundheits(fach)berufen wird lang und steinig sein. Das gilt weniger wegen vereinzelt noch vorhandenem Standesdünkel und professioneller Respektlosigkeit mancher Ärztfunktionäre. Der stressige Arbeitsalltag in Praxen und Krankenhäusern ist hie-
rüber weitgehend hinweg gegangen. Doch die juristischen Vorbehalte (s. Kap. I.6) und die im Vergleich zu den Vertrags(zahn)ärzten begrenzten ökonomischen Entwicklungsmöglichkeiten zementieren wohl noch auf lange Zeit das Ungleichgewicht – darf aber nicht Hindernis für eine Diskussion sein.

Aber auch der längste Weg beginnt mit den ersten Schritten. Diese sind in der vergangenen oder laufenden Legislaturperiode sowohl im Sozialrecht als auch im Berufsrecht gegangen worden.

In den letzten Legislaturperioden wurden häufig nur „erste“ Schritte zur Verbesserung der „Arbeitssituationen“ in den Gesundheits(fach)berufen durchgeführt. Da die politische Betrachtung – und damit die vorhandenen Möglichkeiten dieser Berufe erst in den letzten Jahren wirklich passiert, sind die Ergebnisse der Veränderungen zwar für die Gesamtsituation als positiv zu bewerten, bleiben aber unmutig hinter den Möglichkeiten zurück. Ein Ausloten der Möglichkeiten dieser oftmals eben nicht im Fokus der Öffentlichkeit und Politik stehenden Berufe fand in der Vergangenheit immer nur unter dem Aspekt „Was kostet das?“ statt. Eine Betrachtung mit dem Schwerpunkt „Das ist eine Investition! Was bringt das? Was können die?“ fand gar nicht bis nur wenig statt! Damit war und ist aktuell auch eine politische Einordnung über die gesundheitsökonomische Nutzen-Folge-Diskussion schwerlich einwandfrei zu ermitteln. Möglichkeiten der wissenschaftlichen Untersuchung – gefördert durch staatliche Mittel – fand in den letzten Jahren de facto kaum statt. Über den Innovationsfonds kann hier nur klar die Hoffnung geäußert werden, dass zukünftig Versorgungsforschung stattfinden wird. „Welchen Beitrag kann die wissenschaftliche Arbeit leisten, um die Gesundheit und Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger zu verbessern? Für eine Antwort auf diese Frage müssen wir Patientinnen und Patienten, aber auch Angehörige, das medizinische Fachpersonal, Zulassungsbehörden oder Expertinnen und Experten aus der Gesundheitswirtschaft frühzeitig und adäquat einbinden.“, so Bundesministerin für Bildung und Forschung Anja Karliczek und Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn in ihrem Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung. Dieses „einbinden“ muss sich auch in den Ausgaben für Forschung in den Gesundheits(fach)berufen – im Bundeshaushalt widerspiegeln (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2018).

Fakt ist aber, dass Gesetze im gesundheitspolitischen Rahmen in den letzten Jahren auch die Diskussion über Veränderungen der Zukunft für die Gesundheits(fach)berufe einschließen.

Beginnend und damit beispielgebend waren gesetzliche Anpassungen im Pflegeberufegesetz 2017. Eine wertvolle Regelung des neuen Gesetzes war die Abschaffung des Schulgeldes für die (Altenpflege-)Ausbildung. Der bisherige Umstand der Zahlung von Schulgeld hat sicherlich nicht zur Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes beigetragen und war für viele Eltern oder Auszubildende eine begründbare

Hürde für diesen Beruf. Mit der Abschaffung des Schulgeldes ging die Vergütung in der Ausbildung einher – bisher ein Novum. Allein dieser Erfolg wurde von vielen aus der Pflegebranche als „Meilenstein“ bezeichnet. Das Schulgeld als Hindernis für diese Berufe gilt aber leider noch in anderen Gesundheits(fach)berufen. Da die Schulgeldfrage aber als Länderfrage beantwortet werden muss, ist es schwierig, hier eine bundesweit einheitliche Regel zu erlassen. Dieser „Flickenteppich“ sorgt aber nur noch für mehr Unruhe, da somit ein „Ausbildungstourismus“ entstand. Hier gilt es zügig in der Abstimmung mit allen Ländern eine einheitliche Regel zu schaffen.

Ein weiterer wichtiger Punkt – übergreifend für alle Gesundheits(fach)berufe war und ist die fehlende Möglichkeit der flexiblen Anwendung des erlernten Wissens. Als unmittelbare „Anweisungsempfänger“ war wenig Raum für das Einbringen des eigenen Wissens – oftmals in externen Fortbildungen über Jahre erworben, der eigenen Erfahrung oder Meinung. Im Bereich des Pflegeberufegesetzes, in der Therapiebranche oder jetzt im MTA Reformgesetz wurden aber erste Schritte unternommen, um die flexible Anwendung von Wissen gesetzlich zu ermöglichen. Im sogenannten Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) 2017 wurde als Beispiel der Modellversuch „Blankoverordnung“ geschaffen. Hier sollte faktisch durch den Arzt die Diagnose gestellt werden und der Heilmittelerbringer erstellt aufgrund der ärztlichen Diagnose einen individuellen – immer wieder aktualisierten Therapieplan für den Patienten. Bedauerlicherweise wurden keine Modellversuche unternommen, worauf dann mit dem TSVG (2019) die Blankoverordnung aus der Modellphase in die Regelversorgung überführt wurde. Jetzt konnten Heilmittelerbringer bei ausgewählten Indikationen über Auswahl und Dauer sowie über die Frequenz der Behandlung selbst entscheiden. Die Diagnose- und Indikationsstellung erfolgte weiterhin durch den Vertragsarzt.

Eine immer wieder gestellte Forderung vieler Gesundheits(fach)berufe ist die Möglichkeit der staatlich anerkannten Akademisierung. Deutschland liegt hier international hinter anderen Ländern zurück. Modellversuche z.B. im Therapiebereich laufen dazu seit 2009. Leider fanden sie bisher jedoch aufgrund von unklaren Vorgehensweisen keinen Abschluss und somit keine Überführung in den Alltag. Im Bologna-Prozess wurde auf die annähernde Vergleichbarkeit der Ausbildungsstrukturen der Gesundheits(fach)berufe auf internationalen Standards abgezielt. Gerade unter dem Blickpunkt des heute vorhandenen Fachkräftemangels hätte eine erfolgreiche Umsetzung in den gesundheitspolitischen Alltag vieles bereits einfacher gemacht. Schauen wir uns erlernte und gelebte Kompetenzen international in den Gesundheits(fach)berufen an, wird klar, warum Deutschland hier international im Vergleich hinten liegt. Die Möglichkeiten der wissenschaftlichen Betrachtung der Gesundheits(fach)berufe eröffnen völlig neue Chancen in Fragen der Kompetenzen, Zulassungen oder Direktzugang. Letztendlich geht es um die kompetente und sichere Versorgung der Menschen in Deutschland. Eine offene und wissenschaftlich geführte Diskussion über die Möglichkeiten der verbesserten Versorgung führe sicherlich auch zu einer höheren Akzeptanz in der Gesellschaft. Man muss sich aber in diesen teils ideologisch geführten Auseinandersetzungen von traditionellen Widerständen und Standesdünkel lösen – in einer Zeit der Knappheit in den Gesundheits(fach)berufen längst überfällig. So lange aber Krankenkassen und Politik nicht gewillt sind, im Ausland bewährte Ansätze auch in Deutschland zügig zu testen und umzusetzen, muss diese Diskussion kritisch geführt werden. Die Frage ist doch

offensichtlich, warum eine international anerkannte Akademisierung ausschließlich in Deutschland eben nicht Anwendung findet. Die Modellversuche laufen seit nun mehr 10 Jahren – sind damit mit führend in der Durchführungszeit, was nicht gerade positiv zu bewerten ist.

Dass die bisherigen gesetzlichen Veränderungen zu einer Verbesserung der Nachfrage in manchen Gesundheits(fach)berufen geführt haben, zeigt die noch immer vorhandene Attraktivität dieser nahe am Menschen arbeitenden Berufe (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2020). So stieg die Anzahl der Auszubildenden im Gesundheitswesen im Durchschnitt um 2,2% an – in den einzelnen Berufen aber sehr unterschiedlich (Veränderung 2018/2019 gegenüber Vorjahreszeitraum Pflege 7,2%; im Bereich der Notfallsanitäter 16,4%).

1.4 Weitere Reformbaustellen – Plädoyer für ein integratives Gesundheits- und Sozialrecht

Die Aufwertung der Gesundheits(fach)berufe hängt nicht allein von inkrementellen Reformschritten im Gesundheitsrecht speziell im Fünften, Neunten und Elften Buch des Sozialgesetzbuchs ab. Vielmehr sollten diese in größere Akzentverschiebungen integriert sein (Knieps 2020). Bereits der Name Gesundheitswesen erscheint irreführend, denn eigentlich geht es zumindest im SGB V um Krankenversorgung, auch wenn mit dem Präventionsgesetz Leistungen und Ressourcen der Krankenkassen für Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge ausgeweitet worden sind. Von einem Konzept der Salutogenese ist Deutschland weit entfernt. Im SGB V kommt der Patient oder die Patientin kaum vor. Statt einer modernen Beschreibung der Nutzerrolle dominiert die Ausrichtung an Institutionen und Akteuren, die ein Eigenleben ohne Rücksicht auf die Nutzer:innen spielen dürfen. Daher bietet es sich an, das gesamte Leistungs- und Vertragsrecht in der GKV zu durchforsten und der integrierten Versorgung den Vorrang vor der sektoralen Versorgung einzuräumen. Die Steuerung bedarfsnotwendiger Kapazitäten, die qualitätsförderliche und ressourcenschonende Honorierung von Leistungen unabhängig von Ort und Form der Erbringung sowie die umfassende Gewährleistung von Qualität und Sicherheit sollten im Mittelpunkt des Gesundheitsrechts stehen. Besondere Aufmerksamkeit sollte die Verbesserung der Innovationsfähigkeit des Gesundheitswesens erfahren. Innovationen müssen den Nutzen für Versicherte und Patienten steigern. Nur dann verdienen sie es, in einem beschleunigten Verfahren zugelassen und vom Solidarsystem erstattet zu werden.

Ein integratives Gesundheits- und Sozialrecht wirft viele weiteren Fragen auf: Exemplarisch die nach der Zusammenführung von Kranken- und Pflegeversicherung – ist hier eine Trennung aufgrund vielfältiger Überschneidungen überhaupt noch zeitgemäß – eher hinderlich. Exemplarisch die nach der Integration von kurativen und rehabilitativen Angeboten und Leistungen. Exemplarisch die nach dem Verhältnis von Wettbewerb und Koordination. Die Debatte, wie Deutschland Schritte zum einem Value based Health Care System gehen kann, hat gerade erst begonnen und muss zügig geführt werden. Es ist eher nicht die Frage, was so eine Diskussion kostet, sondern eher die Frage, was es kostet, wenn diese Diskussion im Interesse der Patientinnen und Patienten nicht geführt wird.

Literatur

- Amelung V. et al. (Hrsg.) (2020) Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Böttiger E, zu Putzitz J (Hrsg.) (2019) Die Zukunft der Medizin – Disruptive Innovationen revolutionieren Medizin und Gesundheit. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2020) Berufsbildungsbericht 2020. URL: https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/Berufsbildungsbericht_2020.pdf (abgerufen am 03.03.2021)
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2018) Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung. URL: https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/Rahmenprogramm_Gesundheitsforschung.pdf (abgerufen am 03.03.2021)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020) Zahl der Auszubildenden in der Pflege steigt. URL: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/zahl-der-auszubildenden-in-der-pflege-steigt/161774> (abgerufen am 03.03.2021)
- Knieps F (2020) Brauchen wir eine Generalüberholung des SGB V – Perspektiven für eine Neukodifizierung, G+S 1/2020, 75–83
- KomPart-Verlag (Hrsg.) (2017) Die Reformfibel 2.0 – Handbuch der Gesundheitsreformen bis Ende 2017. KomPart-Verlag Berlin



Franz Knieps

Als Vorstand leitet Franz Knieps den BKK Dachverband seit dem 01. Juli 2013. Der Jurist, Politik- und Literaturwissenschaftler weist jahrzehntelange Erfahrung im deutschen und internationalen Gesundheits- und Sozialwesen auf. 1987/88 wurde er als Referent an das Bundesarbeitsministerium abgeordnet. 1990 war er politischer Berater des von Regine Hildebrandt geführten DDR-Ministeriums für Arbeit und Soziales. In dieser Zeit war Knieps u.a. als Geschäftsführer Politik beim AOK Bundesverband tätig, bevor er 2003 als Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegesicherung zum Bundesministerium für Gesundheit in der Ära Ulla Schmidt wechselte. Knieps arbeitete von 2009 bis 2013 als Berater für Gesundheits- und Sozialpolitik. Er ist Herausgeber der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“ und der BKK Dachverbandszeitschrift „Betriebskrankenkassen“.



Dr. Roy Kühne, MdB

Roy Kühne hat Lehramt für Gymnasien in den Fächern Biologie und Sport an der Martin-Luther-Universität in Halle/Saale studiert. Im Anschluss promovierte er dort zum Dr. phil. mit der Arbeit „Heben und Tragen unter kinästhetischem Aspekt“. Heute lebt er in Northeim und ist Inhaber eines Gesundheitszentrums. Seit 2013 gehört er dem Deutschen Bundestag und dort dem Ausschuss für Gesundheit an. Er ist Berichterstatter der CDU/CSU-Bundestagsfraktion für Heilmittel, Hilfsmittel und Pflege.

2 Analyse, Potenzial und Grenzen von Delegationsleistungen

Jürgen Peter, Wiebke Böhne und Jörg Reytarowski

2.1 Handlungsbedarf im Flächenland Niedersachsen

In der Energiewirtschaft gilt, nicht zuletzt aufgrund der Dynamik des Klimawandels, das Knappheitsgebot. Wenn die Ressourcen bei weiterhin steigender Nachfrage knapp werden und sie nicht beliebig nachwachsen, müssen Alternativen gesucht werden. Im Gesundheitswesen ist dies nicht anders. Der Bedarf steigt aufgrund des demografischen Wandels, und die Kapazitäten der versorgenden Ärzte sind rückläufig.

Es wird viel um die Definition und das Ausmaß des Ärztemangels diskutiert, aber zweifellos zeichnet sich in den kommenden Jahren eine Unterversorgung im niedergelassenen Bereich ab. Insbesondere in den ländlichen Gebieten in Niedersachsen mit einer überalterten Bevölkerung fallen bereits jetzt schon zwei Entwicklungen zusammen: Die Anzahl der niedergelassenen Ärzte, vor allem aber deren Arbeitskapazität, nimmt aus Altersgründen und aufgrund des berechtigten Wunsches nach Teilzeitmodellen sowie Work-Life-Balance ab, während die Bedarfe der Bevölkerung, insbesondere der älteren Menschen mit medizinischen Versorgungs-, aber auch Koordinierungs- und Betreuungsleistungen steigen. So bestätigte bereits eine in 2015 erfolgte explorative Querschnittsbefragung der Bürgermeister auf Ebene der Einheits- und Samtgemeinden sowie der Landräte in Niedersachsen, dass 30% die momentane Versorgungssituation mit Hausärzten als ungenügend einschätzen. Bei der Versorgung mit Fachärzten galt dies für 71% (Kuhn et al. 2018). Insofern ist es dringend erforderlich, alternative Versorgungsmodelle zu entwickeln, die auch langfristig eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung gewährleisten.

Aufgrund dieser Rahmenbedingungen engagiert sich die AOK Niedersachsen bereits seit einigen Jahren für die Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum. Dabei setzt die AOK nicht nur auf strukturelle Maßnahmen im Bereich der ärztlichen Versorgung, sondern hat auch das Potenzial der Gesundheits(fach)berufe im Fokus, denn eine 2019 von der AOK in Auftrag gegebene forsa-Umfrage mit rund 2.000 Befragten zeigte, dass die Bevölkerung gegenüber innovativen Versorgungsformen sehr offen ist. Angebote wie die mit Ärzten abgestimmte Betreuung durch speziell qualifizierte medizinische Fachkräfte oder mobile Arztpraxen erreichen mit Zustimmungswerten von 91% beziehungsweise 82% eine hohe Akzeptanz. Ebenso finden 9 von 10 Befragten es grundsätzlich gut oder sehr gut, wenn die Betreuung von chronisch kranken Menschen auch durch speziell ausgebildete und qualifizierte medizinische Fachkräfte geleistet wird. Die Umfrage zeigt darüber hinaus, dass entsprechende Lösungen von der Bevölkerung nicht nur akzeptiert werden, sondern dass die Menschen sie von ihrer Krankenkasse durchaus erwarten (AOK 2019).

2.2 Analyse von Delegationsleistungen im Verantwortungsbereich der niedergelassenen Ärzte

Sie heißen VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis), MoNi (Modell Niedersachsen), AGnES (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) oder EVA (Entlastende Versorgungsassistentin). Hinter diesen Namen verbirgt sich der Ursprung der Delegation ärztlicher Leistungen, die als Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen durch „nicht-ärztliche-Praxisassistenten“ (NäPa) definiert sind. Grundlage zur Anerkennung als NäPa ist die Absolvierung eines berufsbegleitenden Lehrgangs, für den verschiedene Fortbildungscurricula bestehen, durch die sich Medizinische Fachangestellte (MFA) mit mindestens 3-jähriger Berufserfahrung weiterbilden können. Damit werden sie befähigt, besondere Aufgaben vom Arzt übertragen zu bekommen. Inhalt und Umfang dieser delegierbaren Leistungen wurden in der Delegationsvereinbarung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband bereits 2009 vereinbart. In der seit Juli 2020 gültigen Fassung sind folgende Leistungen definiert (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020):

- Standardisierte Dokumentation (Patientenbeobachtung, Erfassung der Medikamente und des Einnahmeverhaltens mit dem Ziel der Verbesserung der Patientencompliance),
- Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patienten mithilfe standardisierter Tests,
- Erfassung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren bei Patienten mit Demenzverdacht,
- Patientenschulungen,
- Anlegen einer Langzeit-Blutdruckmessung,
- Anlegen der Elektroden für die Aufzeichnung eines Langzeit-EKG,
- Bestimmung von Laborparametern vor Ort (z.B. Glukose, Gerinnung),
- arztunterstützende Abstimmung mit Leistungserbringern.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben 2013 eine Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung geschlossen und damit die Grundlage für die Abrechnung dieser Leistungen durch die niedergelassenen Ärzte über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geschaffen. Als delegationsfähige Leistungen werden dort genannt:

- Physikalisch-medizinische Leistungen,
- Wechsel des (Urin-)Dauerkatheters,
- einfache Messverfahren (audiometrische Messungen, Prüfung des Hörens),
- Laborleistungen – mit Ausnahme der Leistungen der Speziallabore – und
- unterstützende Maßnahmen der Diagnostik wie etwa Blutentnahme und EKG.

Es handelt sich hierbei um einen nicht abschließenden Beispielkatalog, der vom Arzt als Richtlinie herangezogen werden kann. Letztendlich bleibt Art und Umfang der Delegation dem Verantwortungsbereich des Arztes überlassen.

Diese Leistungen können sowohl von der MFA als auch von der NÄPa erbracht werden, wobei eine Differenzierung aus den Abrechnungsdaten nicht hervorgeht. Da es eine Bandbreite von delegierbaren Leistungen gibt, ist aber davon auszugehen, dass an die weiterqualifizierten NÄPa auch höherwertige Leistungen delegiert werden können. Dieser Umstand wird in der Vergütung entsprechend berücksichtigt, da die Vergütung für NÄPa-Leistungen höher ist als für die MFA-Leistungen. Durch die höhere NÄPa-Vergütung wird insofern ein Beitrag zur erhöhten Qualifikation und damit einhergehend einer guten Versorgungsqualität geleistet. Um die Weiterqualifizierung und damit das Spektrum der möglichen Delegation zusätzlich zu fördern, haben die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen darüber hinaus Fördergelder im Rahmen der Gesamtvergütungen bereitgestellt und die Abrechnung dieser Leistungen bereits für in der Ausbildung befindliche NÄPa ermöglicht.

In diesem Kapitel werden beispielhaft Analysen dieser Abrechnungsziffern und deren Entwicklung seit 2015 dargestellt. Grundlage für die Analysen sind die spezifischen Abrechnungspositionen gemäß EBM anhand der von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen übermittelten Daten über abgerechnete Leistungen für Versicherte der AOK Niedersachsen durch niedersächsische Arztpraxen.

2.2.1 Beschäftigung nicht-ärztlicher Praxisassistenten im Zeitverlauf

Von den etwa 5.200 Hausärzten in 3.000 Einzel- und Gemeinschaftspraxen in Niedersachsen hat aktuell knapp ein Drittel mindestens eine NÄPa bei der Kassenärztlichen Vereinigung registriert. 2015 beschäftigten lediglich 482 Hausarztpraxen eine NÄPa, Ende 2019 waren es bereits 904. Damit hat sich der Anteil in den letzten 5 Jahren von 14,9% auf 29,5% verdoppelt, wobei sich der Anstieg verlangsamt (s. Abb. 1).

Im Laufe der Jahre ist die ärztliche Akzeptanz der NÄPa in den Hausarztpraxen gestiegen, sodass man sagen kann, dass sich die NÄPa in der hausärztlichen Versorgung etabliert haben. Für den Bereich der fachärztlichen Praxen gilt dies (noch)

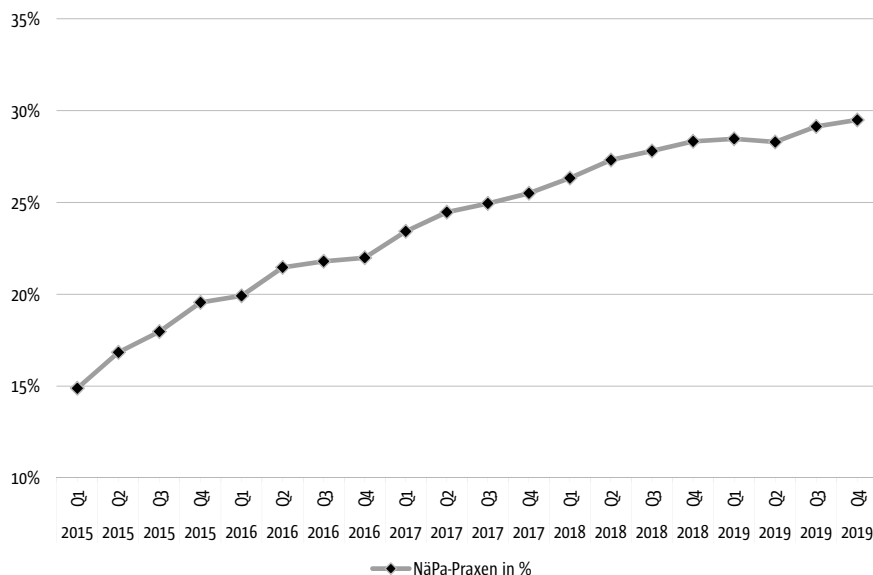


Abb. 1 Anteil Hausarztpraxen mit NÄPa-Tätigkeit im Zeitverlauf

nicht. Bis zum 4. Quartal 2019 gab es von den etwa 7.400 Facharztpraxen in ganz Niedersachsen nur 24 Praxen mit registrierten NÄPa. Der Anteil der niedersächsischen Facharztpraxen mit NÄPa ist verschwindend gering und lag Anfang 2015 bei 0,19% und konnte sich bis Ende 2019 lediglich auf 0,32% steigern.

Im Zuge des gesellschaftlichen Wandels mit vermehrtem Wunsch nach einer angemessenen Work-Life-Balance und der Vereinbarung von Beruf und Familie könnte sich die Zahl der Praxen mit NÄPa-Tätigkeiten sukzessive erhöhen. Auch veränderte Rahmenbedingungen würden zu einem höheren Versorgungsanteil führen. Dies könnte in Form von Vergütungsanpassungen oder vereinfachten Möglichkeiten der Qualifizierung geschehen, gegebenenfalls auch durch fachgruppenspezifische Curricula für den Einsatz bei Fachärzten. Denn gerade auch in der fachärztlichen Versorgung würden NÄPa eine deutliche Entlastung für die Ärzte darstellen. Wenn beispielsweise vermehrt Katheterwechsel delegiert werden würden, könnten Ärzte entlastet und mobilitätseingeschränkte Patienten zu Hause versorgt werden. Der Weg in die Praxis bzw. der Transport in die Klinik könnte ihnen so erspart werden. Hier besteht die Möglichkeit, tatsächliche Versorgungsalternativen zu schaffen, die einen direkten Nutzen für den Arzt und auch den Patienten haben.

2.2.2 Gegenläufige Entwicklung: Hausbesuche durch niedergelassene Ärzte und Praxispersonal

Die Delegation an MFA bzw. NÄPa findet nicht nur in den Räumlichkeiten der Arztpraxis statt, sondern bietet besonders im Rahmen von Hausbesuchen ein Entlastungspotenzial, da zeitaufwändige Fahrten zum Patienten für den Arzt vermieden werden können. Tatsächlich ist im betrachteten Zeitraum die Zahl der Hausbesuche

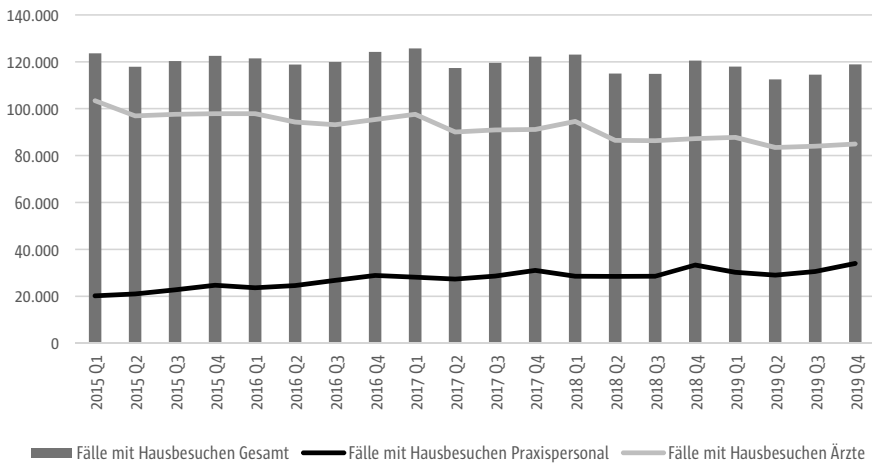


Abb. 2 Entwicklung der Hausbesuche durch Hausarztpraxen (ohne Notfälle bzw. Bereitschaftsdienst)

durch den Hausarzt (ohne Notfälle bzw. Bereitschaftsdienst) von 103.385 auf 84.915 gesunken. Dies entspricht einem Rückgang von 17,9%. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Hausbesuche durch NÄPa und MFA von 20.203 auf 34.001 und damit um 68,3%. Insgesamt ergibt sich ein Rückgang der Behandlungsfälle mit Hausbesuchen um 3,8%. Insofern kann der Einsatz von NÄPa und MFA die Verringerung der ärztlichen Hausbesuche (ohne Notfälle bzw. Bereitschaftsdienst) nicht in Gänze kompensieren, aber zumindest einen großen Teil auffangen (s. Abb. 2).

Bei kritischer Betrachtung wäre zu hinterfragen, inwieweit mit dem Rückgang von ärztlichen Hausbesuchen und Substitution des persönlichen Arztkontaktes eine geringere Behandlungsqualität verbunden ist. Demgegenüber führt der Einsatz der MFA bzw. NÄPa zu erhöhten Behandlungskapazitäten des Arztes, insbesondere durch die Einsparung von Fahrtzeiten zum Patienten. Gerade in ländlichen Regionen mit weiten Wegen und einem ausgedünnten ärztlichen Versorgungsangebot hat die optimale Nutzung der ärztlichen Behandlungskapazitäten eine hohe Bedeutung.

Analog zur geringen Anzahl von Facharztpraxen mit NÄPa-Tätigkeit gibt es bei den Fachärzten keine vergleichbare Entwicklung. Von Anfang 2015 bis Ende 2019 lag der Rückgang der Hausbesuchsfälle durch Fachärzte bei 10,7%, wobei die Hausbesuche durch medizinisches Fachpersonal die Gesamtentwicklung kaum beeinflusst haben. Der Einsatz von MFA und NÄPa bei Fachärzten hat auch im Bereich der zeitintensiven Hausbesuche keine Bedeutung entwickelt.

2.2.3 Relevanz im ländlichen Raum

Die räumliche Verteilung der Hausarztpraxen mit Nutzung der Delegationsmöglichkeiten an NÄPa im Flächenland Niedersachsen zeigt, dass NÄPa hauptsächlich in ländlich geprägten Regionen beschäftigt werden. Betrachtet man die ländlichen Landkreise, haben dort im Durchschnitt 35% der hausärztlichen Praxen eine NÄPa

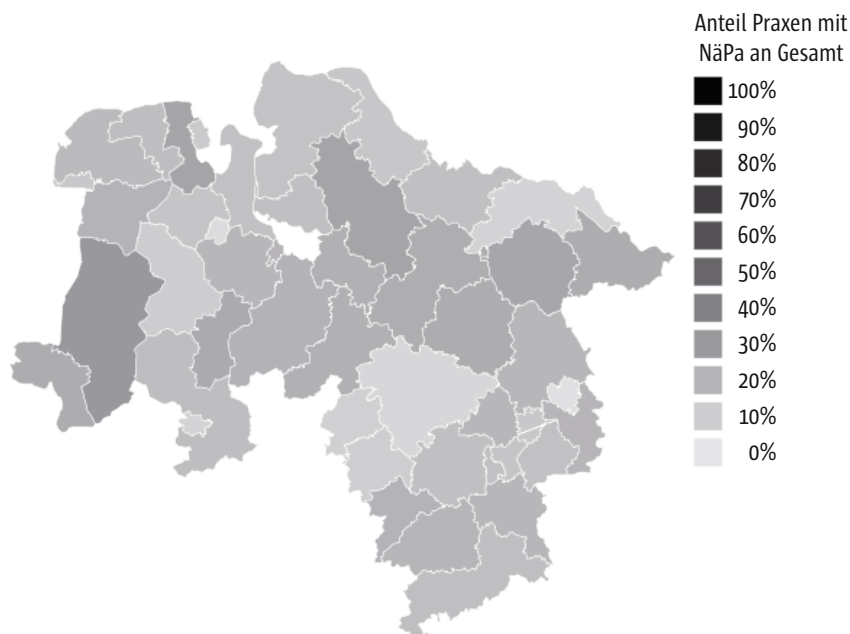


Abb. 3 Regionale Verteilung der Hausarztpraxen mit NäPa-Tätigkeit in Niedersachsen im 4. Quartal 2019

beschäftigt, in städtischen Landkreisen und kreisfreien Städten liegt der Anteil im Durchschnitt nur bei 23,5%. Die höchste Abdeckung findet sich im Landkreis Uelzen, in dem mit 47,2% bereits knapp die Hälfte der Hausarztpraxen eine NäPa einsetzen, den geringsten Anteil weisen die Praxen in der Stadt Wolfsburg mit lediglich 6,7% auf (s. Abb. 3).

Diese regionale Verteilung verdeutlicht die im Kapitel zu den Hausbesuchen getroffene Annahme, dass NäPa vermehrt dort zum Einsatz kommen, wo längere Entfernungen zwischen Patient und Hausarztpraxis liegen. Durch die Delegation können dem Patienten möglicherweise weite und sehr beschwerliche Wege in die Arztpraxis erspart werden, und gleichzeitig muss der Arzt seine knappe Zeit nicht mit langen Fahrten im Auto verbringen. Damit leisten NäPa einen Beitrag zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum, da sie die knapper werdende Ressource Arzt entlasten können. Insofern könnten mit einer Ausweitung der NäPa-Beschäftigung in Hausarztpraxen weitere ärztliche Behandlungskapazitäten in ländlichen Regionen geschaffen werden, um so dem Problem der drohenden Unterversorgung entgegenzuwirken.

2.2.4 Chance für die Versorgung älterer Menschen

Neben der absoluten Anzahl und der regionalen Verteilung von Arztpraxen mit NäPa-Beschäftigung stellt sich die Frage, bei welchen Patientengruppen vorrangig Hausärzte selbst die Hausbesuche durchführen und bei welchen Patientengruppen die Hausbesuche durch MFA bzw. NäPa erfolgen. Eine differenzierte Betrachtung