

Die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems



© rh2010 - stock.adobe.com

Deutschland hat ein im internationalen Vergleich leistungsfähiges Gesundheitssystem. Gleichzeitig gibt es aber massiven Reformbedarf. Die Initiative „Neustart!“ der Robert Bosch Stiftung will eine grundlegende Erneuerung der Gesundheitsversorgung anstoßen und die Reform begleiten.

Seit einigen Jahren gibt es berechtigte Debatten über die Zukunftsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems: mangelnde Patientienorientierung durch zahlreiche Brüche und Silos in der Versorgungskette, systematische Vernachlässigung von Pflege und öffentlicher Gesundheit, fragmentierte Zuständigkeiten und Effekte von Über- und Unterversorgung. Das Gesundheitswesen steckt in einem Weiterentwicklungstau und ist noch zu wenig auf den Menschen und seine Gesundheit, auf Prävention, Gesundheitsförderung und die Stabilisierung chronischer Krankheitsverläufe ausgerichtet. Dabei hat die Corona-Pandemie viele angestaute Probleme in den Hintergrund treten lassen und andere unter das Vergrößerungsglas gelegt.

Solidarisch und patientenorientiert

Die Robert Bosch Stiftung setzt sich seit Jahrzehnten mit dem deutschen Gesundheitswesen auseinander. Mitte 2018 startete sie die Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“: Rund 700 Bürgerinnen und Bürger sowie Expertinnen und Experten haben im Rahmen der mehr als zweijährigen Reformdebatte ihre Vorstellungen von einer zukünftigen Gesundheitsversorgung

geäußert. Das daraus resultierende Grundsatzpapier „Neustart! Zukunftsgesundheitsagenda – für Gesundheit, Partizipation und Gemeinwohl“ ist ein Plädoyer für ein bedarfsgerechtes, gemeinwohlorientiertes Gesundheitswesen. Für besonders wichtig halten es die Bürgerinnen und Bürger, deutlich mehr für die Gesundheit zu tun, die Prävention zu stärken und mehr verlässliche Informationen zur Verfügung zu stellen. Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem müsse zudem auf deutlich mehr Partizipation auf allen Ebenen setzen – vor Ort in der kommunalen Gesundheitsversorgung bis hin zu Gremien auf Bundesebene. Dabei sei Bildung der entscheidende Schlüssel. Gesundheitskompetenz, auch digital vermittelt, sollte bei Bürgerinnen und Bürgern sowie bei Patientinnen und Patienten spürbar gestärkt werden. Gleichzeitig sind für Spitzenmedizin und Spitzenpflege höchste Qualifizierungsstandards in allen Gesundheitsberufen und eine wirksame interprofessionelle Zusammenarbeit rund um den Patienten erforderlich, stellt das Grundsatzpapier fest.

Kritik an Partikularinteressen

Die Neuausrichtung des Gesundheitswesens müsse bei den Menschen ansetzen – bei ihrer Gesundheit und dort, wo sie leben. Die Versorgung vor Ort sollte leicht zugänglich sein und in

Primärversorgungszentren die medizinisch-pflegerische Seite mit Prävention und Gesundheitsförderung verknüpfen. Regional sollte Verantwortung für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung übernommen und insgesamt mit der Hilfe einer nationalen Agentur die öffentliche Gesundheit gestärkt werden. Zugleich enthält das Grundsatzpapier Kritik am bisherigen Vorgehen der Politik. Das Gesundheitssystem sei eingemauert in Partikularinteressen und geradezu immun gegen Impulse für seine Weiterentwicklung, so die Analyse. Statt großer Weichenstellungen führe die Bearbeitung von Einzelfragen zu kleinteiligen, in manchen Bereichen selbst für Fachleute nicht mehr überschaubaren Regulierungen. „Die Pandemie sollte uns aufrütteln, die Schwächen unseres Gesundheitssystems ernst zu nehmen und eine Weiterentwicklung zu wagen. Unser Ziel ist eine Gesundheitsversorgung, die beim Einzelnen anfängt, flächendeckend in den Regionen verankert ist, die bestehenden Stärken zugleich ausbaut und damit im internationalen Vergleich Vorbildcharakter hat“, erklärt Bernhard Straub, Geschäftsführer der Robert Bosch Stiftung.

Neuausrichtung auf Prävention

Das deutsche Gesundheitssystem sei zwar leistungsfähig bei der Bekämpfung von Krankheiten,

jedoch nicht bei der Erhaltung und Förderung von Gesundheit, so der Bericht. Eine zentrale Empfehlung der „Neustart! Zukunftsgesundheitsagenda – für Gesundheit, Partizipation und Gemeinwohl“ ist daher die radikale Neuausrichtung des Systems auf Prävention und soziale Gesundheit im Sinne einer vorsorgenden Gesundheitspolitik. Nur wenn Gesundheitsförderung und Prävention den gleichen Stellenwert erhielten wie die Behandlung, gelinge ein Paradigmenwechsel von einem „Krankheitssystem“ zu einem echten Gesundheitssystem.

Durch die Corona-Pandemie habe die öffentliche Gesundheit einen neuen Stellenwert erlangt. Die Agenda rät dazu, die Verantwortung für öffentliche Gesundheit stärker bei Kreisen, Städten und Gemeinden anzusiedeln. Ein „Nationales Zentrum für öffentliche Gesundheit“ könnte hier unterstützen und die Vernetzung aller Beteiligten koordinieren. Die Digitalisierung eröffne alle Chancen, Gesundheitsdaten zu generieren, um die Versorgung auf die spezifischen Bedürfnisse der Bevölkerung in den Regionen zuzuschneiden. Großes Potential sehen die Experten in Primärversorgungszentren. Sie verknüpfen Gesundheitsförderung und Behandlung, fangen den Haus- und Facharztmangel ab und können Aufgaben von

kleineren Krankenhäusern übernehmen, die in den kommenden Jahren schließen.

Gesundheitskompetenz und Partizipation

Bürger, Versicherte und Patienten sind ein aktiver Teil des Gesundheitssystems. Um die bestmögliche Versorgung zu erhalten, müssten Menschen deshalb Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen und im Heilungsprozess mitwirken. Die „Neustart! Zukunftsgesundheitsagenda – für Gesundheit, Partizipation und Gemeinwohl“ fordert daher mehr Investitionen in Gesundheitskompetenz und Partizipation. Um mehr Mitbestimmung zu ermöglichen, sollten Bürgerinnen und Bürger in die Planung und Gestaltung kommunaler und regionaler Gesundheitsversorgung einbezogen werden, zum Beispiel über Gesundheitskonferenzen oder in Bürger- oder Forschungsbeiräten. Zusammenarbeit und Vernetzung, Digitalisierung, Qualitätssicherung, mehr Partizipation: Das deutsche Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen, die nach neuen und innovativen Lösungen verlangen.

Mehr Informationen unter: www.neustart-fuer-gesundheit.de

Regionale Gesundheitszentren für eine optimale Gesundheitsversorgung

Die Zahlen sind alarmierend: Bundesweit werden in 14 Jahren etwa 11.000 Hausärztinnen und Hausärzte fehlen. Rund 40 Prozent aller Landkreise werden dann unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht sein, wie das Berliner IGES Institut im Auftrag der Robert Bosch Stiftung für die Studie „Gesundheitszentren für Deutschland – Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann“ errechnet hat. Vor allem in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Sachsen könnte es dann schwierig werden, einen Hausarzt in der Nähe zu finden. In einigen Landkreisen der genannten Bundesländer gehe die Zahl der Hausärzte bis 2035 voraussichtlich um rund 50 Prozent zurück. Wie das IGES Institut im Auftrag der Stiftung analysierte, dürften ausgehend von rund 52.000 Hausärzten im Jahr 2019 bis 2035 altersbedingt fast 30.000 Hausärzte ausscheiden. Nachbesetzt werden können der Berechnung zufolge wohl nur rund 25.000 Praxen. Gleichzeitig müsste aber die Zahl der zu besetzenden Hausarztsitze aufgrund der alternden Gesellschaft auf rund 58.000 ansteigen. Daraus resultierten dann knapp 10.900 unbesetzte Praxen. Und die Versorgungsdichte würde demnach von zuletzt 63 auf 57 Hausärzte pro 100.000 Einwohner abnehmen.



Demographischer Wandel und Ärztemangel

Gründe für die Probleme seien, so die Studie, dass sich wenige Nachwuchsmediziner dafür entscheiden, sich als Hausarzt niederzulassen. Junge Ärzte bevorzugten statt Einzelpraxen zunehmend Angestelltenverhältnisse und Teilzeitmodelle. Aufgrund der zunehmenden Ausdünnung der medizinischen Versorgung in vielen ländlichen Regionen werde die Erreichbarkeit von Ärzten für die

Menschen dadurch immer schwerer. Und da viele Kranke älter und wenig mobil sind, müssen die Ärzte zu ihnen kommen. Das bringt lange Wege mit sich. Auch die Behandlungszeit ist umfangreicher als bei jüngeren, mobilen Patienten, die selbst in die Praxen kommen.

„Wir stehen am Anfang des Jahrzehnts, das den demographischen Wandel spürbar machen wird“, stellt die Studie fest. Gleichzeitig verändere sich durch den demografischen Wandel der Bedarf an gesundheitlicher Versorgung in der Bevölkerung. Ältere Menschen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen bräuchten häufig eine individuelle Unterstützung, die über die medizinische, rein ärztliche Versorgung hinausgeht. In den Bürgerdialogen und Expertenrunden im Rahmen der Initiative „Neustart! – Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ ist dabei eines sehr deutlich geworden: Wesentliches Element dieses neuen Verständnisses muss die Etablierung multiprofessioneller Gesundheitszentren sein.

Lösungsvorschlag: Aufbau lokaler Gesundheitszentren

Um den Herausforderungen zu begegnen, raten die Studienautoren zu einem möglichst raschen Umbau des Versorgungssystems. „Ein wichtiger

Baustein ist der Aufbau von lokalen, inhaltlich umfassenden Gesundheitszentren, in denen multiprofessionelle Teams aus Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften und anderen Gesundheitsberufen die Patienten bedarfsorientiert behandeln und optimalerweise deren familiäre und lebensweltliche Umstände kennen“, analysiert die Studie. Primärversorgungszentren könnten zudem einen Beitrag leisten, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen, da sie eng in die Kommunen eingebunden sind, eine effiziente Leistungserbringung ermöglichen und einen Fokus auf Prävention legen, analysiert die Studie.

PORT-Gesundheitszentren für eine bedarfsorientierte Versorgung

Wie solche Gesundheitszentren aussehen können, zeigen die 13 PORT-Zentren (Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung), deren Aufbau die Robert Bosch Stiftung seit 2017 fördert. In diesen kommunal verankerten Zentren arbeiten interprofessionelle Teams aus Gesundheits-, Sozial- und anderen Berufen auf Augenhöhe zusammen, um eine umfassende Grundversorgung aus einer Hand zu ermöglichen – für die einzelnen Menschen und für die regionale Bevölkerung. Die PORT-Gesundheitszentren zeichnen sich dadurch aus, dass sie ergänzend zu medizinischen

Angeboten gezielt und in Zusammenarbeit mit verschiedensten Partnern vor Ort Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote für die Menschen der Region vorhalten. So können sie den Fokus nicht allein auf die Heilung, sondern auch und insbesondere auf die Gesunderhaltung der Menschen legen und dabei unterstützen, auch mit Krankheit gut zu leben. „Mit deutschlandweit 1000 Standorten könnte Hochrechnung zufolge eine flächendeckende Primärversorgung durch Gesundheitszentren nach dem PORT-Konzept möglich werden“, stellen die Studienautoren fest.

IMPRESSUM

Gesundheit und Versorgung
Anzeigensonderversöffentlichung der F.A.Z. BUSINESS MEDIA GmbH – Ein Unternehmen der F.A.Z.-Gruppe
Verantwortlich für den redaktionellen Inhalt
Dr. Ingrid Wüning Tschol
Direktorin Themenbereich Gesundheit
Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstr. 31 · 70184 Stuttgart
Redaktionelle Umsetzung
FAZIT Communication GmbH, Christina Lynn Dier, Dirk Mewis
Layout: F.A.Z. BUSINESS MEDIA GmbH

Lehren aus der Pandemie

Ob Coronapandemie, Fachkräftemangel, Digitalisierung oder die alternde Gesellschaft – das deutsche Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen. Während der Konferenz Gesundheit & Versorgung der F.A.Z.-Gruppe und der Robert Bosch Stiftung am 23. September 2021 diskutierten Expertinnen und Experten, wie sich die medizinische Versorgung von morgen entwickeln muss und wie sie sich organisieren lässt. *Von Dirk Mewis*



Lösungsorientiert: In der Konferenz Gesundheit & Versorgung, die an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main stattfand, wurde diskutiert, wie sich die medizinische Versorgungslage auf dem Land verbessern lässt.

© FAZ/Jörn Wolter

Die Corona-Fallzahlen sinken derzeit, die Lage auf den Intensivstationen entspannt sich. Geht die Pandemie jetzt zu Ende, oder müssen wir mit einer vierten Welle rechnen? Covid-19, stellte Professor Heyo Kroemer, Vorstandschef der Berliner Charité, klar, werde uns noch sehr lange begleiten, und die Pandemie sei für die Charité noch lange nicht vorbei. „Heute liegen auf unseren Intensivstationen 53 schwerst-kranke Patienten, davon hängen 25 an einer Ersatzlung. Ob es eine vierte Welle geben wird, hängt auch davon ab, wie schnell die Menschen geimpft sein werden.“ Entscheidend sei es jetzt, die Pandemie in Deutschland aufzuarbeiten und mit unabhängigen, internationalen Experten zu analysieren, die in Zukunft besser gemacht werden muss.

Die Bilder aus Bergamo mit überfüllten Intensivstationen und vielen Särgen haben sich tief in das kollektive Bewusstsein eingegraben. Dem deutschen Gesundheitssystem blieben glücklicherweise solche Szenen erspart. „In der Charité hatten wir am 15. März vergangenen Jahres den ersten Corona-Patienten, das ist uns nur durch spezielle Diagnostik aufgefallen“, erinnert sich Kroemer. Danach habe es aber mehrmals Tage gegeben, an denen wir nicht sagen konnten, ob auch uns ein Bergamo bevorsteht. „Alle Krankenhäuser sollten ab Mitte März 2020 planbare Operationen verschieben und Betten für mögliche Covid-19-Fälle bereithalten. Dazu kam der Mangel an Masken und Schutzkleidung. Wir sollten also bescheiden bleiben.“

Hoher Anteil an Intensivbetten

Die Einschränkungen der Grundrechte wurden im vergangenen Jahr politisch damit begründet, dass eine drohende Überlastung der Intensivstationen unbedingt vermieden werden müsse. Nun beginnt eine Debatte, ob die Lage tatsächlich so schlimm war, wie sie von Medizinern und Politikern gezeichnet wurde. Denn die deutschen Kliniken kamen besser als in anderen Ländern durch die Pandemie. Ein Grund dafür sei „das sehr gute Netz der niedergelassenen Ärzte, das viele Patienten abgefangen hat. Zudem haben wir im internationalen Vergleich einen überproportional hohen Anteil an Intensivbetten“, resümierte Kroemer. Trotzdem sei die Lage im vergangenen Jahr für die meisten Krankenhäuser in Deutschland, die sich um Covid-Patienten gekümmert hätten, extrem angespannt und die Mortalität bei Covid-Patienten hoch gewesen. Das waren am Anfang der Pandemie vor allem sehr alte Menschen, die inzwischen fast alle geimpft sind, derzeit ist mehr als ein Drittel der Covid-Patienten auf den Intensivstationen jünger als 60.

„Jede Stadt braucht eine Grundversorgung für Chirurgie, Innere Medizin, Geriatrie und Schmerztherapie, das gilt vor allem für alternde Regionen“, erklärte Kroemer, aber eine Lehre der Pandemie sei, dass sich die Kliniken die Arbeit klüger untereinander aufteilen müssten. Kleinere Krankenhäuser auf dem Land sollten sich auf einfache

Eingriffe beschränken, während anspruchsvolle Operationen in darauf spezialisierten Zentren vorgenommen werden sollten, die diese regelmäßig durchführen. Dabei soll die Verteilung der Intensivbetten künftig zentral und einheitlich gesteuert werden, um alle Kapazitäten zu nutzen und regionale Häufungen abzufangen.



Dr. Andreas Gassen, Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

© Lopata/axentis.de

Die Krise wäre wahrscheinlich auch anders verlaufen, wenn das Gesundheitssystem stärker digitalisiert gewesen wäre. Mit Hilfe einer vernünftigen, verpflichtenden Tracking-App, hätte man vermutlich die Infektionszahlen stärker reduzieren können. „Wer heute in die Charité oder andere Krankenhäuser kommt, verlässt die Klinik noch

immer mit einem ausgedruckten Arztbrief“, kritisiert der Professor und wir alle hätten 16 Monate lang in der „Tagesschau“ gesehen, dass die neuesten Infektionszahlen immer wieder nicht stimmten, weil die Behörden am Wochenende nicht gefaxt haben. „Andererseits habe auch ich hier eine Apple Watch am Handgelenk. Wenn ich

„Gesundheitsberufe müssten attraktiver werden, denn in fast jedem Gesundheitsberuf gibt es einen Mangel. Deshalb müssen die gesamten Vergütungsstrukturen geändert werden, weitere Einsparungen durch die Politik sind nicht mehr vertretbar.“

Dr. Andreas Gassen

meinen Zeigefinger auf die Krone lege, kann ich ein EKG ableiten. Das mache ich in 30 Sekunden, und der geprüfte Algorithmus sagt mir, ob ich unter Vorhofflimmern leide oder nicht. An meinem Handgelenk trage ich damit drei Arbeitsplätze: einen Arzt, eine Pflege- und eine Verwaltungskraft.“ Eine Uhr am Handgelenk könne zwar eine intensive

medizinische Begleitung nicht ersetzen, aber in Zukunft könnten Patienten dann viele Messwerte selbst erheben und von einer Software beurteilen lassen.

Da viele Anwender zwar amerikanischen Hightechkonzernen ihre Daten überließen, sich gleichzeitig aber scheuten, dem Staat oder einem



Professor Heyo Kroemer, Vorstandschef der Berliner Charité

© FAZ/Jörn Wolter

Pharmaunternehmen, die damit Medikamente entwickeln wollen, Zugriff auf ihre Daten zu geben, plädiert Kroemer für eine staatliche Einrichtung, die im öffentlichen Interesse Daten sammelt, verwaltet und Forschungsinstituten überlässt. Länder wie China oder auch private Anbieter wie Amazon Care zeigten, wie die medizinische

Versorgung der Zukunft aussehe. „Wenn wir es in den nächsten fünf Jahren nicht schaffen, unser Gesundheitswesen zu digitalisieren, werden das andere für uns tun“, fürchtet Kroemer.

Mehr Personal, mehr Geld, mehr Digitalisierung: Gesundheitsberufe müssten attraktiver werden, forderte Andreas Gassen, Chef der

„Wir haben einen im internationalen Vergleich überproportional hohen Anteil an Intensivbetten. Trotzdem war die Lage im vergangenen Jahr für die meisten Krankenhäuser in Deutschland, die sich um Covid-Patienten gekümmert haben, extrem angespannt, und die Mortalität bei Covid-Patienten war hoch.“

Professor Heyo Kroemer

Kassenärztlichen Bundesvereinigung. „In fast jedem Gesundheitsberuf gibt es einen Mangel“, fügte Gassen hinzu.

Ambulanter Schutzwall gegen Krankenhauseinweisungen

Die gesamten Vergütungsstrukturen müssten geändert werden, weitere Einsparungen durch die Politik seien nicht vertretbar. Denn gerade der ambulante Schutzwall habe doch dazu beigetragen, viele teure Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. „13 von 14 Covid-Patienten wurden ambulant behandelt“, rechnet Gassen aus. Er plädierte dafür, sich weiter vor allem darauf zu konzentrieren, noch ungeimpfte Erwachsene zu gewinnen, die grundsätzlich impfwillig seien. Auf diese Weise lasse sich eine möglichst breite Grundimmunsierung erreichen, bevor ohne wissenschaftliche Grundlage ein drittes Mal geimpft würde. „Deshalb rufen wir als niedergelassene Ärzte heute erneut alle Erwachsenen auf, die sich bislang nicht entschließen konnten oder wollten: Lassen Sie sich impfen!“

Die Impfung schütze nachweislich vor schweren Verläufen und Tod durch Covid-19. Es gebe kaum jemanden, für den eine Impfung aus medizinischen Gründen nicht in Frage komme. Von Vorschlägen, Pflegepersonal oder Apothekern mehr Verantwortung zu übergeben, auch um Ärzte zu entlasten, ist er dagegen nicht überzeugt. „Arbeitgeber wollen eine Arbeitsfähigkeitsbescheinigung nun mal von einem Arzt haben, nicht von einem Apotheker.“



Nachholbedarf bei Digitalisierung: In den vergangenen Monaten ist das Potential von Telemedizin und Videosprechstunden deutlich geworden.

© danilivolkov - stock.adobe.com

Die Vernetzung aller Versorgungsbereiche

Die Lebenserwartung der Menschen steigt – und damit auch die Zahl derer, die in Deutschland betreut und medizinisch versorgt werden müssen. Die traditionellen Grenzen des deutschen Gesundheitssystems müssen deshalb durchlässiger werden, und das Gesundheitssystem muss endlich digitalisiert werden. *Von Dirk Mewis*

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist in der Corona-Pandemie enorm belastet. Es war aber zu keinem Zeitpunkt überlastet. Eine der wichtigsten Lehren aus der Pandemie muss deshalb sein, leistungsstarke Strukturen unseres Gesundheitswesens zu sichern, statt sie auszudünnen und auf reine Kosteneffizienz zu trimmen“, erklärte Bundesärztekammerpräsident (BÄK) Dr. Klaus Reinhardt während der F.A.Z.-Konferenz Gesundheit & Versorgung.

Die vergangenen Monate hätten aber auch Defizite in der Organisation des Gesundheitswesens gezeigt. „Es ist dem großen persönlichen Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verdanken, dass die Gesundheitsämter trotz unzureichender personeller und technischer Ausstattung ihren vielfältigen Aufgaben in dieser Krise weitgehend nachkommen konnten“, fügte Reinhardt hinzu.

Steigender Personalbedarf sowie Reservekapazitäten

Neben einer modernen technischen Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, etwa zur effizienteren Kontaktnachverfolgung und zur besseren Koordination der Ämter untereinander sowie mit Praxen und Kliniken, werde dringend mehr Personal gebraucht. Notwendig seien außerdem eine bundesweit abgestimmte Klinikplanung und mehr länderübergreifende Kooperationen. „Wir müssen den steigenden Personalbedarf sowie Reservekapazitäten für Notfälle viel stärker als bisher in der Krankenhausplanung und bei der Krankenhausfinanzierung berücksichtigen“, sagte der BÄK-Präsident.

Nachholbedarf diagnostizierte Reinhardt auch bei der Digitalisierung. So sei in den letzten Monaten das Potential von Telemedizin und Videosprechstunden als Ergänzung zu herkömmlichen Versorgungsformen deutlich geworden. „Die Pandemie hat aber auch gezeigt, wie weit einzelne Bereiche des Gesundheitswesens von einem sinnvollen, bedarfsgerechten und standardisierten Informationsfluss in den medizinischen Versorgungsprozessen entfernt sind und dass die gegenwärtig hohe Versorgungsqualität im Hinblick auf ländliche, infrastrukturell schwache Gebiete gefährdet ist“, stellte Reinhardt fest.



Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer
© FAZ/Jörn Wolter



Es diskutierten (v.l.): Dr. Dominik von Stillfried, Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, und der F.A.Z.-Redakteur Dr. Kim Björn Becker. © FAZ/Jörn Wolter



Prof. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer
© FAZ/Jörn Wolter

„Reformen sind nötig, und nicht jeder Klinikstandort wird in den kommenden Jahren noch gebraucht“, ist Ingo Morell, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, überzeugt. Doch ein radikaler Kahlschlag in der Krankenhauslandschaft hätte fatale Folgen. Denn die Corona-Pandemie habe auch gezeigt, wie wichtig Ausweich- und Reservekapazitäten in der stationären Versorgung seien. Zudem gelte gerade für ältere, multimorbide Menschen in ländlichen Regionen, dass lange Wege hohe Hürden seien, und auch für junge Familien sei eine gute Gesundheitsversorgung in der Nähe wichtig. „Daher sollte für alle ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung innerhalb einer Fahrzeit von maximal 30 Minuten wohnortnah erreichbar bleiben.“ Weiterbestehen sollten diejenigen Krankenhäuser, die das beste Versorgungsniveau für die Bevölkerung sicherstellen. Die Steigerung der Behandlungsqualität sei aber auch in einem Netzwerk mehrerer Krankenhäuser möglich. „Dafür sollten sich Kliniken intelligent vernetzen und darauf konzentrieren, was jedes Haus besonders gut kann.“ Und Krankenhäuser, die von Schließung betroffen sind, sollten in lokale Versorgungszentren umgewandelt werden. Unter einem Dach sind dabei Pflegedienste, medizinische Fachdisziplinen, Hebammen, Physiotherapeuten, Apotheken und Tagespflege vereint.

„Grundsätzlich sollten nur solche Krankenhäuser Patienten mit schweren Erkrankungen behandeln, die dafür adäquat ausgestattet sind.“

Prof. Christoph Straub

Das aktuelle Gutachten des Sachverständigenrats zur Digitalisierung im Gesundheitswesen habe es auf den Punkt gebracht: „Wir müssen im Bereich der Digitalisierung neu denken. Strukturelle Defizite bestehen aber auch in den beiden großen Versorgungsbereichen der ambulanten und stationären Versorgung“, meint Prof. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer.

„Community Nurses“ als Unterstützung

Die niedergelassenen Ärzte, dabei besonders die Hausärzte, spielten eine wichtige Rolle in der Pandemie. „Im Unterschied zu anderen europäischen Ländern sind sie in Deutschland erste Anlaufstelle für Patienten mit leichten Erkrankungen, und damit halten sie die Krankenhäuser frei für schwere Fälle“, analysiert Straub. Außerdem könnten immer mehr Behandlungen inzwischen ambulant erbracht werden, deshalb sei ein konsequenter Ausbau der ambulanten medizinischen Versorgung sinnvoll.

Allerdings dürften die Sektoren nicht länger isoliert betrachtet, sondern müssten als Teil einer Vernetzung aller Versorgungsbereiche gesehen werden. „Grundsätzlich sollten nur solche Krankenhäuser Patienten mit schweren Erkrankungen behandeln, die dafür adäquat ausgestattet sind.“ Es gehe dabei vor allem um die Patientensicherheit, aber auch um den gezielten Einsatz von Ressourcen. „Dazu gehört auch, dass etwa kleine Krankenhäuser keine komplexen Eingriffe vornehmen sollten, wenn sie dafür nicht die entsprechende personelle und apparative Ausstattung vorhalten.“

„Um den Fachkräftemangel in Pflegeeinrichtungen zu bekämpfen, ist es erforderlich auf die vielfach geforderten 4.000 Euro Einstiegsgehalt zu kommen.“

Sandra Postel

Wie Ingo Morell plädiert auch Christoph Straub dafür, nicht spezialisierte, eher kleine Krankenhäuser in lokale Versorgungseinrichtungen wie Gesundheits- oder Pflegezentren umzuwandeln. „Damit bekommen sie für die Region eine neue wichtige Funktion und decken einen breiteren Bedarf an nicht spezialisierten Leistungen ab. Hier wird auch die Vernetzung mit anderen Leistungserbringern im Umkreis besonders wichtig.“

Neue Lösungen gesucht

Durch den demographischen Wandel steigt die Zahl derer, die betreut und medizinisch versorgt werden müssen. Neue Lösungen werden gesucht. Im ambulanten Sektor haben sich beispielsweise sogenannte „Community Nurses“ bewährt: Was in Deutschland noch relativ unbekannt ist, hat sich in skandinavischen Ländern, Großbritannien, in den USA und in Australien schon erfolgreich etabliert. Dabei unterstützen vor allem in ländlichen Regionen speziell qualifizierte Pflegefachkräfte die Gesundheitsversorgung. In Australien wird zudem das Konzept „Hospital in the Home“ angewendet, wobei Patienten eher aus dem Krankenhaus entlassen werden können.

Gleichzeitig haben immer mehr Pflegefachpersonen wegen der Corona-Pandemie ihrem Beruf den Rücken gekehrt. Der Internationale Council of Nurses nennt extreme Arbeitsbelastung, mangelnde Ressourcen, Burn-Out und Stress in der Pandemie als Hauptgründe für diesen Exodus. Außerdem haben „mir haben Kolleginnen aus der Altenhilfe berichtet, dass sich der Pflegezustand, mit dem Bewohner nach einem Aufenthalt im Krankenhaus in die stationäre oder ambulante Pflege zurückkehren, massiv verschlechtert hat“,



Ingo Morell, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft
© FAZ/Jörn Wolter

beobachtet Sandra Postel, Vorstandsvorsitzende der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen. „Und zwar nicht als Einzelfall, sondern systemisch über alle Kliniken hinweg, mit denen sie zusammenarbeiten. Mittlerweile werden auch massiv elektive Eingriffe, die keine postoperative Intensivpflicht nach sich ziehen, abgesagt, da dringend anästhesiologisches pflegerisches Fachpersonal auf neuingerichteten Corona-Intensivstationen eingesetzt werden muss.“ Aktuell spürten sie in der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen, dass sich in der Pflegequalität Einiges um Schlechteres bewege, weil die Pflege schlicht nicht mehr die pflegerische Leistung erbringen könne, für die sie eigentlich stehen solle. Das habe sicherlich mit der Belastung zu tun und sei eine Entwicklung, die wir seit etwa zehn bis 15 Jahren auf uns zurollen sehen.

„Für alle sollte ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung innerhalb einer Fahrzeit von maximal 30 Minuten wohnortnah erreichbar bleiben.“

Ingo Morell

Die Corona-Pandemie hat die seit Langem gärenden Probleme in der Branche jetzt unübersehbar zu Tage befördert. Um den Fachkräftemangel zu bekämpfen, sei es erforderlich „auf die vielfach geforderten 4.000 Euro Einstiegsgehalt zu kommen“, betont Postel. Außerdem brauche die Pflege Modelle um ältere Kolleginnen und Kollegen beim Schichtdienst zu entlasten.

„Das Gesundheitswesen in Deutschland ist in der Corona-Pandemie enorm belastet. Es war aber zu keinem Zeitpunkt überlastet.“

Klaus Reinhardt

Echtzeitdaten könnten helfen, Legitimationslücken zwischen gesundheitspolitischem Entscheidungsbedarf und wissenschaftlicher Evidenzbasierung nach und nach zu schließen. Dies könne durch Register oder digitale

© FAZ/Jörn Wolter

Primärversorgung durch Community Health Nurses

Die Geburtenraten sinken, Menschen werden zunehmend älter und benötigen länger medizinische Hilfe und Pflege. Gleichzeitig fehlen auf dem Land Hausärzte, die ortsnah helfen können. Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor großen Herausforderungen: Das neue pflegerische Berufsbild des Community Health Nursing könnte zur Lösung des Problems beitragen.



Campus westend: Zur Konferenz Gesundheit & Versorgung trafen sich die Expertinnen und Experten in Frankfurt am Main. Gleichzeitig konnten die Debatten live verfolgt werden.

© Frank Wagner - stock.adobe.com

W er auf dem Land oder in Orten mit wenigen Ärzten krank wird oder chronisch krank ist, hat in Deutschland derzeit ein Problem: Die langen Wege werden wegen der oft nur selten fahrenden Busse und Bahnen zur Odyssee, und das Wartezimmer ist dann oft überfüllt. Länder wie Finnland und Kanada kennen das Problem der langen Wege und haben versucht, es durch Community Health Nursing (CHN) zu lösen: Gut ausgebildete Pflegekräfte sind direkt vor Ort und übernehmen ärztliche Routinetätigkeiten, managen die Erkrankungen und sorgen für Vernetzung vor Ort, beraten die Patienten und erleichtern so den Alltag mit chronischen oder psychischen Erkrankungen.

Das von der Robert Bosch Stiftung geförderte Versorgungsmodell der Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung



Dem Fachkräftemangel in der Pflege entgegenwirken.

© Robert Bosch Stiftung

„PORT“ bahnt Wege in diese Richtung. Community Health Nurses können in diesem Zusammenhang wesentlich zu einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung beitragen. Diese speziell qualifizierten Pflegefachpersonen werden eigenverantwortlich in der Primärversorgung tätig, beispielsweise als Teil eines multiprofessionellen Teams in einem „PORT“- bzw. Gesundheitszentrum oder im Bereich der öffentlichen Gesundheit und des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Interdisziplinarität in Gesundheitsberufen fördern

Denn um unser Gesundheitssystem effizient und bedarfsgerecht zu gestalten, braucht es eine bessere Koordinierung von pflegerischen, präventiven, medizinischen, psychosozialen und rehabilitativen Leistungen. Dabei ist die starre Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen ein hartnäckiges Problem in der deutschen Gesundheitsversorgung. Diese ist traditionell stark auf den Beruf des Arztes und der Ärztin ausgerichtet. Angesichts des zunehmend komplexen Versorgungsgeschehens, das häufig über den medizinischen Bereich hinausgeht – wie zum Beispiel bei der seniorengerechten Anpassung der Wohnung, der Bewältigung der Alltagstätigkeiten bei körperlicher Einschränkung und der Sorge um soziale Teilhabe bei fortgeschrittener Erkrankung – hat die Fokussierung auf die ärztliche Tätigkeit für die Patientinnen und Patienten eine ungünstige Aufgabenverteilung zur Folge. Sie erhalten nicht die Unterstützung, die sie brauchen, um auch mit Einschränkungen gut leben zu können. Hier setzt das pflegerische Handlungsfeld Community Health Nursing an.



Die speziell qualifizierten Pflegefachpersonen werden eigenverantwortlich in der Primärversorgung tätig.

© Robert Bosch Stiftung

Masterstudiengang CHN

Community Health Nurses beraten, vermitteln Gesundheitskompetenz, führen Routineuntersuchungen durch, koordinieren Therapien und begleiten Betroffene bei psychischen oder chronischen Erkrankungen. Sie unterstützen Menschen jeden Alters in allen Lebenslagen bei der Bewältigung ihres Alltags mit Erkrankung und stärken damit die primäre Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig wirkt das Konzept des CHN auch dem akuten Fachkräftemangel in der Pflege entgegen, denn durch

attraktive Karrieremöglichkeiten und bessere Arbeitsbedingungen können sowohl neues Personal gewonnen als auch bereits qualifizierte Fachkräfte zurück in den Beruf gebracht werden.

Aus diesen Gründen setzt sich die Robert Bosch Stiftung bereits seit mehreren Jahren gemeinsam mit der Agnes-Karll-Gesellschaft und dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) für die Etablierung des Berufsbildes der Community Health Nurses in Deutschland ein – unter anderem durch die Förderung entsprechender Masterstudiengänge.

„Die künftige Rolle von speziell qualifizierten Pflegefachpersonen – den Community Health Nurses – kann aufgrund der vorhandenen Schlüsselkompetenzen eine zentrale sein“, erklärt Bernadette Klapper, Bereichsleiterin Gesundheit der Robert Bosch Stiftung. „Im Ausland bereits umgesetzte, ähnlich gelagerte Versorgungskonzepte, wie etwa in Finnland, liefern hierzu gute Beispiele.“

Um unser Gesundheitssystem effizient und bedarfsgerecht zu gestalten, braucht es eine bessere Koordinierung von pflegerischen, präventiven, medizinischen, psychosozialen und rehabilitativen Leistungen.

Das Kompetenzprofil der Community Health Nurses passe genau auf die Anforderungen zur Stärkung des „Public-Health“-Bereiches, die Experten nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Coronapandemie forderten, resümiert Klapper. „Es ist aber noch einiges an Arbeit nötig, insbesondere in Richtung Politik, um die strukturelle Verankerung akademisch ausgebildeter Pflegekräfte im Gesundheitssystem zu gewährleisten.“

Gesundheitssystem im Weiterentwicklungstau

Das deutsche Gesundheitssystem hat massiven Reformbedarf. Die Initiative „Neustart!“ der Robert Bosch Stiftung stellt sieben Ideen in den Fokus und zeigt auf, wie die Gesundheitsversorgung von morgen gestaltet sein sollte.

Paradigmenwechsel hin zu einem echten Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem ist zwar leistungsfähig bei der Behandlung kranker Menschen, aber es erfüllt seine Aufgabe nicht, sie durch Information, Gesundheitsförderung und Prävention vor Krankheiten zu schützen. Es klingt paradox, aber im Mittelpunkt unseres Gesundheitssystems steht nicht die Gesunderhaltung der Menschen. Damit das deutsche Gesundheitswesen seinen Namen verdient und endlich den Blick darauf richtet, Krankheiten erst gar nicht entstehen zu lassen, braucht es eine radikale Neuausrichtung des Systems auf Prävention und soziale Gesundheit im Sinne einer vorsorgenden Gesundheitspolitik. Nur wenn Gesundheitsförderung und Prävention den gleichen Stellenwert erhalten wie die Behandlung, gelingt ein Paradigmenwechsel von einem „Krankheitssystem“ zu einem echten Gesundheitssystem.

Solidarisch und am Gemeinwohl orientiert

Der stark ausgeprägte Wunsch der Bürger und Versicherten nach einem solidarischen und gemeinwohlorientierten Gesundheitssystem muss endlich Eingang in die Politik finden. Dazu gehört auch die ernsthafte Debatte über die Einführung einer allgemeinen Krankenversicherung für alle. Ebenso der Wunsch der Menschen nach Transparenz, Mitbestimmung und Kommunikation auf Augenhöhe mit den im Gesundheitswesen Tätigen. Besonders der bislang nicht ausreichend beachtete Beitrag der Pflegeberufe in der Gesundheitsversorgung muss erkannt und als solcher gefördert werden.

Versorgung muss vor Ort stattfinden

Die Anzahl der Gesundheitsfachkräfte sinkt, vor allem im ländlichen Raum. Gleichzeitig werden die Menschen älter, und chronische Krankheiten sowie Mehrfacherkrankungen nehmen zu. Das Gesundheitssystem der Zukunft verknüpft deshalb Prävention und Gesundheitsförderung mit medizinisch-pflegerischer Versorgung. Primärversorgungszentren, die in ihre Region gut eingebunden sind, können dies leisten. Regionen übernehmen Verantwortung, stärken die öffentliche Gesundheit und werden darin von einem nationalen Zentrum mit Verantwortung für öffentliche Gesundheit unterstützt.

Partizipation der Bürger und Patienten auf allen Ebenen

Gesundheit ist auf die Kooperation und Koproduktion aller Beteiligten angewiesen – in der Interaktion zwischen dem Patienten und seinen Helfern, in der Nachbarschaft und im informellen Engagement vor Ort, in der Gestaltung der regionalen Gesundheitsversorgung und in der Beratung von Entscheidungsträgern. Dazu müssen die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dabei fordern Bürgerinnen und Bürger mehr Gesundheitsförderung und Prävention. Die Erhaltung der Gesundheit steht für sie an erster Stelle, und sie wünschen sich, dass die Weichen durch Gesundheitsbildung bereits in Kitas und Schulen früh gestellt werden.

Bildung als wichtigster Schlüssel

Gesundheitskompetenz, auch digital vermittelte Gesundheitskompetenz, ist wichtig für alle: für Bürger und Patienten, damit sie ihre Eigenverantwortung wahrnehmen und sich an der Gestaltung des Gesundheitswesens beteiligen können, ebenso wie für alle anderen, damit sie Zusammenhänge (besser) verstehen und vermitteln können. Investitionen in die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, in höchste Qualifikationsstandards der Gesundheitsberufe und in das Erlernen von Zusammenarbeit versprechen große Gewinne für die Gesundheit.

Internationale Zusammenarbeit stärken

Corona-Pandemie, Klimawandel, Künstliche Intelligenz: Globale Herausforderungen lassen sich nur durch internationale Zusammenarbeit bewältigen. Multilaterale Vernetzung ist unabdingbar, wenn es darum geht, auf Pandemien und Katastrophen vorbereitet zu sein. Dies gilt nicht nur im Zusammenhang mit der Bereitstellung von Materialien und Gütern, sondern auch auf dem Gebiet einer sicheren Digitalisierung und bei gemeinsamen Herausforderungen wie dem Klimawandel.

Raus aus der Komfortzone

Anstatt vieler kleiner technokratischer Veränderungsschritte ist für die Neugestaltung des Gesundheitswesens die Bereitschaft gefragt, in langfristig zu erreichende Ziele zu investieren. Dafür muss ressortübergreifend ein gemeinsames Verständnis wachsen. Eine Reformpolitik des langen Atems gibt Raum für ernsthaftes und rationales Nachdenken über alternative Wege, denen beherrzte Umsetzungsmaßnahmen folgen müssen und die durch kluge Evaluationen begleitet werden. Um zu überprüfen, ob die strategischen Ziele erreicht werden, werden Kennzahlen definiert wie die Lebenserwartung, Lebensqualitäts- und Partizipations-Scores, Prävalenz und Inzidenz vermeidbarer und vom Lebensstil beeinflussbarer chronischer Erkrankungen. Gefragt ist eine Politik der langen Linien, die nicht nur akute Krisen bewältigt, sondern für die Zukunft des Gesundheitswesens Rahmenbedingungen schafft, die Qualität weiterentwickeln kann und Innovationen ermöglicht.