

*Der Verein **MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit e.V.** bildet ein ideelles Netzwerk von Personen und Institutionen, die sich für ein gesamthafes, innovatives Verständnis des Gesundheitswesens einsetzen, das die traditionellen Grenzen der Gesundheitsversorgung überschreitet.*

*Seine Arbeit fußt auf einem mehrjährigen sektorenübergreifenden Diskussions- und Arbeitsprozess, der insbesondere drei Schwerpunkte in den Fokus rückt:*

- *Gesundheitswirtschaft neu denken*
- *Gesundheitsversorgung und Prävention neu denken*
- *Gesundheitspolitik neu denken*

*Er zielt auf die Weiterentwicklung und die Vermittlung zur Umsetzung der von ihm vorgeschlagenen gesundheits- und gesellschaftspolitischen Antworten.*

*Der Verein handelt unabhängig und überparteilich.*

*Weiterführende Informationen und Publikationen:*

<http://www.metaforum-innovation.de/metaforum-inno-de/inhalte/publikationen.php>

## **Gesundheit neu denken – Politische Handlungsempfehlungen für die 19. Legislaturperiode**

Der gemeinnützige Verein „MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit e.V.“ möchte mit seinen vorliegenden „Handlungsempfehlungen für die 19. Legislaturperiode“ versuchen, sich der politischen Alltagswelt zu entziehen, um die Herausforderungen der kommenden Jahre unabhängig von politischen Grabenkämpfen und Interessen vor allem inhaltlich zu betrachten.

Unser Ansatz hierfür lautet: „Gesundheit neu denken“! Viele Überlegungen fußen dabei auf den Ausführungen unserer Publikation „Gesundheit neu denken – Fragen und Antworten für ein Gesundheitswesen von morgen“ (Fraunhofer-Verlag, 2. Aufl. Stuttgart 2014). Im Vordergrund steht dabei ein neues Versorgungsverständnis, das sich sowohl an der gesellschaftlichen Entwicklung, als auch an den Bedürfnissen der Bevölkerung und der sogenannten „Health Professionals“ orientiert, das aber zugleich die begrenzten Ressourcen nicht aus dem Blick verliert. Aus diesem Spannungsverhältnis ergeben sich Handlungsoptionen und Entwicklungskorridore, die für jede politische Perspektive konstitutiv sind und die in ihrer Breite unterschiedliche Schwerpunktsetzungen zulassen.

Auf dieser Basis möchten wir im Folgenden zentrale gesundheitspolitische Herausforderungen und Themenfelder beleuchten und mögliche Handlungsperspektiven aufzeigen. Ziel ist es, der Politik von morgen, jenseits von „lobbybesetzten“ und „funktionärslastigen“ Diskussionen, umsetzungsfähige Vorschläge sowie fachlich-sachliche Informationen an die Hand zu geben.

Nachfolgend finden sich die aus unserer Sicht wesentlichen Themenfelder für die nächste Legislaturperiode des Bundestages. Versehen wurden die Texte mit argumentativen Thesen und Hinweisen sowie mit Handlungsempfehlungen, um unser Gesundheitssystem auch in Zukunft für alle Bürgerinnen und Bürger zugänglich und finanzierbar zu machen.

Zu Dank sind wir denjenigen Autorinnen und Autoren verpflichtet, die sich für die vorliegenden Handlungsempfehlungen der Arbeit des MetaForums angeschlossen haben, um mit dem engeren Kreis der Mitglieder an der Entstehung dieses Textes zu arbeiten. Das Register der Mitwirkenden am Ende des Bandes nennt alle, die sich engagiert in die Arbeit eingebracht haben. Auf die Nennung der jeweiligen Autoren(gruppe) bei den einzelnen Kapiteln haben wir verzichtet – mit naturgemäß unterschiedlicher Leidenschaft stehen alle Mitwirkenden zu den vorliegenden Texten mit ihren Handlungsempfehlungen.

Im Namen des MetaForum-Teams:

Tanja Bratan, Klaus-Dirk Henke, Albrecht Kloepfer, Clarissa Kurscheid, Rüdiger Leidner

***Themenfelder***

- **Orientierung an Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen** 4
- **Sektorübergreifende Versorgung** 10
- **Rolle der Kommunen in der Gesundheitsversorgung** 14
- **Fachkräfte, Nachwuchs und neue Gesundheitsberufe** 16
- **Digitale Gesundheit als neue Herausforderung** 20
- **Nachhaltige Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen** 24
- **Gesellschaftlicher Nutzen der Gesundheitswirtschaft** 28

***Ausgewählte Literaturhinweise*** 33

***Mitwirkende Autorinnen und Autoren*** 37

## **Orientierung an Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen**

Unser Gesundheitssystem kann aus vielen Blickwinkeln betrachtet werden. Jede Perspektive hat dabei ihre Berechtigung, jede Perspektive hat aber auch ihre individuellen Interessen, so dass sich in der Gesamtschau ein Geflecht widerstreitender Interessenkonflikte ergibt, dessen unterschiedliche Vektoren sich in der Summe häufig gegenseitig aufheben und so trotz hohem finanziellen und rhetorischen Aufwand der verschiedenen Interessengruppen insgesamt zu Systemstillstand oder einer zumindest deutlich verzögerten Systementwicklung führen. Das Beispiel der durchaus schwierigen Umsetzung telematischer Potentiale im deutschen Gesundheitswesen (von der später noch die Rede sein wird) kann diesen Prozess beispielhaft verdeutlichen. In dieser Situation der Selbstblockade mag ein Blick auf das System aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten erste Impulse für eine Orientierung an übergeordneten Zielen setzen und neue Entwicklungspotentiale aufzeigen.

### **Patientenorientierung als Innovations- und Effizienztreiber**

Patientenorientierung bedarf dabei allerdings der Beachtung aller Beteiligten (also aller direkt und indirekt Betroffene), um das Gesundheitssystem von Patientinnen und Patienten mit ihren Angehörigen, den Versicherten, letztlich also von Bürgerinnen und Bürgern her weiter auszugestalten. Dies bedeutet, Versorgungsleistungen, Arzneimittel, Medizinprodukte und gesundheitliche Begleitung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, der Versicherten und der Bevölkerung auszurichten und einen umfangreichen und leichten Zugang zu Leistungen zu ermöglichen. Auf diese Weise kann ein konkreter Patientennutzen geschaffen und nachhaltig, also auch wirtschaftlich, erbracht werden.

Patientenorientierung ist dabei der Weg zum Ziel eines patientenzentrierten Gesundheitssystems. Dies kann nur auf Dauer wirtschaftlich aufrechterhalten werden, wenn Beitragsaufkommen und Leistungsausgaben in ausgewogenem Verhältnis stehen. Mit einer konsequenten Ausrichtung am Patientennutzen kann es gelingen, die noch immer bestehenden Fälle einer Unter-, Über- und Fehlversorgung im Gesundheitssystem abzubauen und es damit effizienter zu gestalten. Gleichzeitig ist die Anerkennung bislang nicht erfüllter Patientenbedürfnisse Voraussetzung für einen kontinuierlichen Innovationsprozess im Gesundheitswesen. Nicht alles, was neu ist, verdient die Bezeichnung „Innovation“, sondern nur dasjenige, was Versorgung tatsächlich verbessert.

### **Gesundheitsversorgung anders umsetzen**

Die Patientenorientierung der Zukunft ermöglicht es, den Menschen und die Förderung seiner Gesundheit zeitgemäß in den Mittelpunkt des medizinischen Handelns und Denkens zu stellen. Die Erhaltung eines für den Einzelnen zufriedenstellenden Gesundheitsstatus wird

mindestens genauso wichtig, wie das Heilen und Kurieren. Daher müssen Versorgung und Gesunderhaltung im Interesse der Patientinnen und Patienten breiter, interdisziplinärer und zeitgemäßer etabliert werden. Dies kann sowohl über den Einbezug neuer und breiter aufgestellter Gesundheitsberufe geschehen (siehe Abschnitt Gesundheitsberufe) oder aber durch die Nutzung sektorenübergreifender Versorgungskonzepte (siehe Abschnitt sektorenübergreifende Versorgung) als auch über nachhaltig veränderte Vergütungslogiken (siehe Abschnitt zur nachhaltigen Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen).

Treiber der Patientenorientierung sind neben der Patientin und dem Patienten (sowie ihren Angehörigen) selbst:

- die veränderten Bedürfnisse durch den gesellschaftlichen Wandel,
- die in Quantität und Qualität stark wachsende Datenmenge,
- die breite Verfügbarkeit von Krankheits- und Gesundheitswissen,
- die steigende Leistungsfähigkeit medizinischer Technologien
- sowie die neuen Gesundheitsdienstleister.

Dadurch wird erkennbar, dass die Nachhaltigkeit des Versorgungssystems zukünftig noch stärker als in der Vergangenheit auf die Patientenbedürfnisse eingehen muss. Der Grundgedanke dabei lautet: Individuelle bedürfnisorientierte Krankenversorgung und gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung statt anbieterorientierter sektoraler Versorgung.

## **Patientenorientierung**

### **Im Team und auf Augenhöhe**

Die wachsende Menge an Daten über die Patientinnen und Patienten versetzt das deutsche Gesundheitssystem in die Lage, prospektiv komplexe Risikoprofile über die einzelne Patientin und den einzelnen Patienten zu gewinnen, so dass wir frühzeitig, individueller und damit ggf. sogar kostengünstiger medizinische, pflegerische oder gesundheitsfördernde Interventionen einleiten können. Diese Entwicklung befördert grundsätzlich die Patientenorientierung, wenn es gelingt, daraus ein neues Handeln aller Fachkräfte abzuleiten. Die genannten Beispiele im Kontext der sektorenübergreifenden Versorgung bieten hierfür erste Anhaltspunkte. Diese sind über nachhaltige mit Evaluationen besetzte Maßnahmen weiter auszuarbeiten.

Die Bereitschaft der Patientin und des Patienten, die personenbezogenen Daten gezielt freizugeben, erhöht sich sprunghaft, wenn sie im Gegenzug eine individuelle Beratung über ihren Gesundheitszustand erhalten und zusätzlich von dem medizinisch und pflegerischem Fachpersonal eine verständliche Übersetzung von medizinischen Diagnosen und Therapieansätzen in den Alltag der Patientinnen und Patienten vorgenommen werden würde.

Dadurch eröffnet sich die Chance, dass es zu einer echten Partnerschaft auf Augenhöhe (Shared Decision Making) kommt und Handelnde im Gesundheitswesen stärker zu Berate-

rinnen und Beratern der Patientinnen und Patienten werden. Dies erfordert eine weitere Förderung der interdisziplinären und intersektoralen Zusammenarbeit im Interesse der Patientinnen und Patienten. Gefragt sind mehr Teamarbeit aller Fachkräfte und ein interprofessioneller Austausch, um einzelne Patientinnen und Patienten herum.

Die Zusammensetzung des Teams für die einzelne Patientin und Patienten ist individuell patienten-orientiert zu definieren und wird sich immer wieder verändern müssen. Insbesondere komplexe Versorgungssituationen bedürfen auch einer koordinierenden Funktion z.B. eines Fallmanagers bzw. einer Fallmanagerin (i.S. eines erweiterten Case-Managements). Die Beteiligung der verschiedenen Fachrichtungen sollte sich danach richten, welche Expertise für die laufende Phase des Gesundheits- und Versorgungsprozesses wichtig ist.

### **Patientennutzen und Datenschutz dürfen nicht im Widerspruch zueinander stehen.**

Die Nutzung von vernetzten Patientendaten aus Routineversorgung, selektivvertraglicher Versorgung, Registern und kontrollierten Studien ermöglicht die Erkennung von Nutzen- und Risikoprofilen. Erst dadurch können bei vielen Erkrankungen neue Lösungswege gefunden werden. Die größte Gefahr für den Datenschutz von Patientinnen und Patienten geht dabei gerade nicht von den Kostenträgern und Leistungserbringern aus, sondern von völlig unkontrollierten privaten Datenlösungen. Deshalb darf der Datenschutz im Gesundheitswesen nicht dazu führen, dass potentieller Patientennutzen nicht realisiert werden kann. Es muss klar sein, dass Patientinnen und Patienten nicht vor ihren jeweiligen Daten geschützt, sondern ermächtigt werden soll, sie nach ihrer Entscheidung freizugeben.

### **Patientenorientierung als Qualitätsbeschleuniger**

Patientenorientierung ist der Schlüssel zur Erhöhung der Qualität in der Versorgung. Durch die Konzentration auf den für die Patientin und Patienten messbaren Nutzen ist es möglich, Abläufe prozessgesteuert effektiver und effizienter zu gestalten. Die damit einhergehende Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven kann wiederum zu einer Weiterentwicklung des Systems andernorts genutzt werden.

Patientenorientierung kann nicht ohne die Einbeziehung der indirekt Betroffenen, also der Angehörigen, gedacht werden. Hier gibt es erheblichen Nachholbedarf. In diesem Zusammenhang wurde vorgeschlagen, die Zuständigkeit für Leistungen für Angehörige indirekt Betroffene in einem Ministerium – statt bisher im BMG (Patient) und im BMFSFJ (Angehörige) - und einem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen zu konzentrieren. Unter der Obhut eines Ministeriums ist es einfacher, alle Belange der direkt und indirekt Betroffenen zu beachten und einzubinden.

### **Die Patientin und der Patient als Versorgungsgestaltende**

Ziel für die nahe Zukunft sollte es sein, die Patientinnen und Patienten in ihren Bedürfnissen zu stärken. Vertragspartner der Fachkräfte können zunehmend auch die Patientin und der Patient sein. Das bedeutet, dass den Betroffenen ein persönliches Budget zur Verfügung gestellt wird, aus dem diejenigen die relevanten Leistungen des ärztlichen und pflegerischen Fachpersonals ihrer Wahl ausführen lassen. Dieses Budget wird individuell auf den Fall bezogen mit den Leistungsträgern verhandelt und in erster Linie im Falle von Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Pflegebedarf (z.Zt. Stufe 2 - 3 Härtefallregelung) eingesetzt. Grundlage hierfür können die vorherigen Reformen innerhalb der Sozialgesetzbücher aus dem Jahr 2008 sein. Es bietet vielfältige Vorteile für alle Beteiligten. Die Kassen werden entlastet und Aufgaben an die Betroffenen oder deren Beauftragte (Budgetassistenz) übergeben. Neben der Entlastung innerhalb der Abläufe lassen sich im Versorgungssystem auch Ausgaben sparen.

Budgetassistenz wird im Falle der Patientinnen und Patienten geleistet, die die Verwaltung und alle damit zusammenhängenden Tätigkeiten nicht mehr selbst übernehmen können und möchten (z.B. Apallisches Syndrom, Beatmungspatienten, etc.). Für andere Betroffene könnte über einen Anteil nachgedacht werden, der den Betroffenen zur freien Verfügung und Nutzung der Gesundheitsdienstleistungen zur Verfügung steht. Der dadurch ausgelöste Wettbewerb erhöht die Qualität der Leistungen. Die Patientin und der Patient entscheiden selbst oder gemeinsam mit Vertrauten resp. Angehörigen, ob das ärztliche und pflegerische Fachpersonal gute oder schlechte Arbeit leistet. Wenn schlechte Arbeit geleistet wird, können die Patientin und der Patient sich eine andere Fachkraft auswählen. Dadurch wird es auch zu einer Selektion im Markt kommen.

### **Differenzierung der Bedürfnisse bei Patientinnen und Patienten**

Patientinnen und Patienten und deren Bedürfnisse lassen sich bei bestehender Multimorbidität nicht pauschal abbilden. Dies gilt beispielsweise bei einem hochbetagten Patienten mit Hüftfraktur, der gleichzeitig Diabetiker ist. Auch Patientinnen oder Patienten mit Demenz, die aus einem anderen Grund hospitalisiert werden, bringen besondere Problemlagen mit sich. Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen müssen diesen komplexen Situationen besser als bislang gerecht werden. Hier gilt es auf prozessgesteuerte Abläufe umzustellen, die die Patientenorientierung fördern und eine Reduktion der Kosten für das System und damit für alle Beteiligten bringen.

### **Stratifizierte Medizin ist eine Chance, kein Risiko**

Durch ein vertieftes Verständnis für genetische Gegebenheiten von Patientinnen und Patienten wird immer deutlicher, warum bestimmte Therapien – einschließlich Arzneimittel – bei bestimmten Subgruppen erfolgreich sind, bei anderen dagegen wirkungslos oder gar schäd-

lich. Die stratifizierte Medizin ist daher eine große Chance für Innovation im Gesundheitswesen. Die für die Gesetzgebung zuständigen Personen sind gefragt, dieser Möglichkeit den erforderlichen Raum zu geben. Dazu gehört auch, die durch Spezialisten verordnete Nutzung eines umfassenden Genscreenings (Next Generation Screenings), wenn dieses erforderlich ist, um mit bisherigen Methoden nicht erklärliche gesundheitliche Probleme der Patientinnen und Patienten aufzuklären.

### **Nationalen Aktionsplan für Menschen mit Seltenen Erkrankungen umsetzen**

Patientinnen und Patienten mit einer der ca. 7.000 bis 9.000 Seltenen Erkrankungen (betrifft ca. 4 Millionen Menschen in Deutschland) haben besonders große Probleme, eine verlässliche und nicht eine zufällige kompetente Versorgung zu finden. Daher sollten die Vorgaben des von der Bundesregierung im Sommer 2013 festgestellten Nationalen Aktionsplans für Menschen mit Seltenen Erkrankungen konsequent umgesetzt werden. Dazu gehört die Schaffung eines Systems von anerkannten „Zentren für Seltene Erkrankungen“, die bundesweit eine Versorgung in Zusammenarbeit mit spezialfachärztlichen Fachkräften in der Niederlassung sicherstellen.

### **Innovationsfonds gezielt patientenorientiert einsetzen**

Der Innovationsfonds bietet grundsätzlich die Möglichkeit, patientenrelevante innovative Leistungen in die Regelversorgung zu überführen. Es ist darauf zu achten, dass die genehmigten Innovationsprojekte tatsächlich in der Lage sind, genau dieses Potential zu entfalten. Zwischen dem Ende eines Projektes und der bei erfolgreicher Beweislage zu fordernden Umsetzung in die Regelversorgung darf keine lange Zeitspanne entstehen. Die zeitnahe Umsetzung von innovativen Leistungen und neuen Versorgungsformen in die Regelversorgung wird eine besondere Herausforderung in der kommenden Legislaturperiode sein.

### **Handlungsempfehlungen**

1. *Förderung einer gezielten versorgungsrelevanten Teamarbeit aller Leistungsakteure sowie des interprofessionellen Austausches, jeweils bezogen auf den einzelnen Patienten bzw. die einzelne Patientin.*
2. *Deutliche Stärkung koordinierender Funktionen in komplexen Versorgungssituationen, z.B. im Sinne eines erweiterten Case-Managements).*
3. *Förderung der besseren und schnelleren Nutzung von vernetzten Patientendaten für eine individuelle bedürfnisorientierte Gesundheitsversorgung.*
4. *Stärkung der Einbindung von Angehörigen und indirekt Betroffenen durch eine bessere Koordination der Zuständigkeiten unterschiedlicher Ministerien.*



5. *Erhöhung der individuell gezielten Versorgung und Förderung der Eigenverantwortung durch Einführung von Versorgungsbudgets in der Hoheit des einzelnen Versicherten.*
6. *Förderung prozessgesteuerter Abläufe, um den heterogenen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten im Kontext der zunehmenden Multimorbidität Rechnung zu tragen.*
7. *Schaffung von Nutzungsmöglichkeiten der stratifizierten Medizin in Versorgungssituationen mit besonderer individueller Disposition.*
8. *Forderung der Umsetzung des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (2013) – Ausbau der Zentren für Seltene Erkrankungen.*

## **Sektorübergreifende Versorgung**

Eine vernetzte Versorgung gehört zwar allseits zu den verschiedenen Versorgungskonzepten der Zukunft, doch bei der Umsetzung bleiben die Handelnden meist kritisch, nicht ausreichend professionell aufgestellt und wenig kooperativ. Aktuelle Untersuchungen zeigen aber, dass nur in intersektoraler Organisation die großen Herausforderungen, wie z.B. chronische Erkrankungen, veränderte Sozialstrukturen, soziale Ungleichheit und demographischer Wandel, gemeistert werden können.

Die sektorenübergreifende Versorgung – oder gerade politisch motiviert auch „neue Versorgungsformen“ genannt – ist im Hinblick auf ihr Schnittstellenmanagement, ihre Versorgungsprozesse, ihre regionale Verankerung und ihre Finanzierung genauer zu betrachten.

### **Schnittstellenmanagement**

Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist stark fragmentiert. Die Gründe hierfür sind zum einen historisch bedingt und zum anderen in Abhängigkeit von der Finanzierungslogik zu sehen. Im ambulanten Sektor finden wir die zweigliedrige Versorgung durch Haus- und Fachärzte vor. Allein zwischen diesen tauchen deutliche Schnittstellen auf, da ein Miteinander oder eine aktive Patientenbegleitung und Weiterleitung von Informationen nicht selbstverständlich gegeben ist. Innerhalb der Regelversorgung beschränkt sich die Tätigkeit des Hausarztes bzw. der Hausärztin vorwiegend auf die Begleitung von üblichen Bagatellerkrankungen, auf Impfungen, die Versorgung von chronisch Kranken im Rahmen von DMPs sowie auf Check-ups. Gleichzeitig sind Hausärzte und Hausärztinnen die erste Anlaufstelle für die Patientin und den Patienten bei Unwohlsein und Verdacht auf Erkrankungen. Um diese Rolle zu stärken, wurde 2004 die Hausarztzentrierte Versorgung eingeführt, bei der die Hausärztin und der Hausarzt als erste Ansprechpartner zur Verfügung stehen und die Patientin und den Patienten vergleichbar mit einem Lotsen durch das System navigieren soll.

Die fachärztliche Versorgung zeichnet sich durch eine hohe Spezialisierung in den einzelnen Fachdisziplinen aus, und die Kommunikation zwischen den Hausärztinnen und den Hausärzten und Fachärztinnen und Fachärzten ist selten gegeben. Des Weiteren finden wir hier häufig Wartezeiten, aber auch eine hohe Rate an „Fehlnutzung“. Der stationäre Sektor ist ebenfalls fachärztlich spezialisiert und stellt einen für sich eigenen Bereich dar, der traditionell wenig mit der Versorgung außerhalb dessen konfrontiert wird. Als weiterer eigener Bereich ist zudem der Rehabilitationssektor zu nennen. Beim Übergang in die Rehabilitation findet bei Berufstätigen in der Regel zusätzlich ein Wechsel des Kostenträgers von der Kranken- zur Rentenversicherung statt.

Alle einzeln benannten Bereiche haben gemein, dass sie in den letzten Jahren über verschiedene Gesetzesvorhaben zu einer stärkeren Zusammenarbeit aufgefordert wurden, sich aber, nicht zuletzt durch die nach wie vor unterschiedlichen Vergütungsstrukturen, bisher nicht

auf eine weitreichende Zusammenarbeit verständigen können. Ein Schnittstellenmanagement zwischen den einzelnen Sektoren würde eine deutlich intensivere Kommunikation, auch über Behandlungsstrategien und -prozesse erfordern, die bis dato nur unzureichend erfolgt und finanziell in der Regel auch nicht abgebildet wird.

Unterschiedliche Konzepte innerhalb der neuen Versorgungsformen versuchen nun, bei komplexen Krankheitsbildern diese Bruchstellen zu überwinden und eine auf die Patientin und den Patienten abgestimmte Versorgung zu entwickeln. Von 2004 bis 2008 wurde die integrierte Versorgung durch die sogenannte Anschubfinanzierung gefördert. Obwohl zu dieser Zeit bis zu 4000 solcher Verträge bestanden, gab es kaum Auswirkungen auf die Strukturen der Regelversorgung. Dies liegt unter anderem daran, dass es keine verpflichtende Evaluation der Verträge gab, so dass es kaum zu einem Erkenntnisgewinn aus den Projekten kam. Ein weiterer Impuls soll nun durch den Innovationsfonds gesetzt werden, durch den erneut Projekte zur Überwindung der Sektorengrenzen gefördert werden, allerdings nun mit einer obligaten Evaluation.

### **Versorgungsprozesse**

Oben genannte Konzepte zeichnen sich neben der Abstimmung der medizinischen Vorgehensweise durch den Aufbau von Versorgungsprozessen aus. Versorgungsprozesse bilden die Grundlage für ein Schnittstellenmanagement und sollen die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überbrücken. Zusätzlich zur integrierten bzw. der besonderen Versorgung (§140 SGB V) wurde das Überleitungs- oder Entlassmanagement gesetzlich verankert (§ 39 Abs. 1a SGB V). Beide Konzepte dienen dazu, die Patientin und den Patienten nach ihrem stationären Aufenthalt behutsam in den ambulanten Bereich hinüber zu begleiten und die ambulante Weiterbehandlung vorzubereiten. Wesentliche Merkmale dieser Versorgungsprozesse sind ein intra- und interprofessionelles Handeln, um eine Nachsorge und eine Versorgung im häuslichen Kontext zu gewährleisten. Das heißt auch, dass zwischen den Behandlungsphasen nicht zu große zeitliche Abstände liegen und sich die Patientin und der Patient oder deren Angehörige nicht in Such- und Findungsprozesse begeben muss, um die Versorgung poststationär zu gewährleisten. In diesem Kontext ist die stärkere Nutzung bestehender integrativer Modelle wie beispielsweise das Patient-Centered-Medical Home, das „Bellagio-Modell“ oder das „Integrated Chronic-Care-Modell“ (SVR 2009, Schlette et al. 2009) zur umfassenden Versorgung chronisch kranken Personen zu betrachten. Idealerweise sollten integrierte Versorgungsprozesse durch eine IT-Infrastruktur unterstützt werden.

Grundlage für die Versorgungsprozesse sind die Neugestaltung möglicher Kooperationen von Ärzte- und Pflegenetzwerken über integrierte Versorgungsstrukturen bis hin zu neuen Systemen von Managed Care und Corporate Health Management.

### **Regionale Verankerung von Versorgungskonzepten**

In diesem Kontext kann der regionalen Versorgung eine Schlüsselrolle zugeschrieben werden. Im Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) aus dem Jahre 2009 wird deutlich die Stärkung der Versorgung im regionalen Kontext gefordert.

Dabei geht es nicht nur um kurze Wege, sondern auch um regionale spezifische Gegebenheiten, wie zum Beispiel die Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum (vgl. hierzu auch das Gutachten des Sachverständigenrates aus dem Jahre 2014 mit einer Bestandsaufnahme zu Maßnahmen, Projekten und Initiativen in diesem Kontext). An den Beispielen regionaler Arztnetze wird deutlich, dass diese „bottom-up“ entstandenen Kooperationen jeweils besondere Bedarfe in den Regionen adressieren. Zurzeit gibt es etwa 400 Praxisnetze. Sie können eine Förderung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten. Die Intensität der Zusammenarbeit innerhalb der Netze ist sehr unterschiedlich, was allerdings auch von den jeweiligen Förderungsmaßnahmen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen abhängig ist.

Einen wichtigen Beitrag zur regionalen Verankerung von Versorgungskonzepten aus Sicht des Gesetzgebung leistet die durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz geschaffene Regelung des § 95a SGB V, die den Ländern ab 2012 die Möglichkeit zur Errichtung eines gemeinsamen Landesgremiums eröffnet. Das gemeinsame Landesgremium dient u.a. dazu, Empfehlungen zu regionalen, sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abzugeben. Die Tragfähigkeit dieser Empfehlungen hängt jedoch maßgeblich von der Zusammensetzung des Gremiums ab. Zur Mitwirkung aufgefordert sind laut Gesetzgebung die zuständigen Landesministerien, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und die Landeskrankenhausesellschaften. Ferner können „weitere Beteiligte“ wie z. B. die kommunalen Spitzenverbände, die Patientenorganisationen, die Landesärztekammer, die Landespsychotherapeutenkammer und andere Sozialleistungsträger mitwirken. Mittlerweile haben (fast) alle Bundesländer ein Landesgremium eingerichtet oder ihre Einberufung beschlossen. Ob die Gremien ihren Zweck allerdings erfüllen, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht absehbar.

### **Finanzierung und Vergütung**

Ein besonders wichtiger Aspekt ist die Finanzierung, die im Gesundheitswesen sektorenbezogen durch unterschiedliche Vergütungssystematiken bestimmt wird. Hier können Komplexpauschalen über die Sektoren hinweg ein Weg sein, die Vergütung indikationsspezifisch entlang des Versorgungsprozesses zu steuern. In mehreren Projekten befindet sich eine solche Vergütung im Versuchsstadium. Die bekannten Risiken einer pauschalierten Vergütung sind auch hier zu kontrollieren, nämlich insbesondere das Ablehnen komplizierter Fälle bei der Einschreibung und eine qualitative oder quantitative Unterversorgung. Ein weiterer Ge-

danke in diesem Zusammenhang ist, regionale Netze oder regionale Versorgungseinrichtungen und -einheiten mit der Versorgung zu beauftragen und die Vergütung konsequent zu den mandatierten Akteuren zu leiten. Unter Beachtung des regionalen Bezugs wäre auch noch zu überlegen, inwieweit eine konsequente Bündelung vernetzbarer Versorgungsstrukturen umsetzbar ist, und ihr die Finanzierung folgen zu lassen – orientiert an der Aussage „das Geld folgt der Leistung“.

Einzelne Initiativen fassen die Idee der sektorübergreifenden Versorgung noch weiter, indem sie z. B. den Übergang zwischen den Kostenträgern, insbesondere Kranken- und Rentenversicherung, erleichtern oder integrierte Versorgung mit betrieblichem Gesundheitsmanagement verknüpfen wollen.

### **Handlungsempfehlungen**

1. *Entwicklung nachhaltiger sektorenübergreifender Vergütungskonzepte durch weitere Modellvorhaben.*
2. *Etablierung sektorübergreifender Budgets über entsprechende Pilotprojekte zur Übernahme in die Regelversorgung.*
3. *Etablierung von Möglichkeiten zur Abrechnung von Versorgungsmodellen „zwischen den Sozialgesetzbüchern“ zur engeren Verknüpfung von Reha, Pflege und Gesundheit und zur Verringerung der derzeit bestehenden Fehlanreize.*
4. *Erweiterung des betrieblichen Gesundheitsmanagements über aktuelle Ansätze zur Primärprävention nach § 20 SGB V hinaus zur Entwicklung von Angeboten, Personen mittel- und langfristig über das Versorgungssystem wieder in die Vollzeitarbeit zu integrieren.*

## Rolle der Kommunen in der Gesundheitsversorgung

Gesundheitsversorgung findet personenzentriert und konkret vor Ort statt. Daher ist die Beteiligung von Kommunen ein logischer Schritt hin zu einer deutlich netzwerkorientierteren Versorgung. Obwohl die Kommunen die Chance für eine kleinräumige, bürgernahe Optimierung der Versorgung bieten, sind sie derzeit durch ihre breiten Aufgabenfelder stark belastet, so dass eine zeitnahe Umsetzung dessen kaum möglich erscheint. Denn die Voraussetzung hierfür ist eine breitflächige finanzielle und organisatorische Stärkung ihrer derzeitigen Rolle. In einer entsprechenden Ausgestaltung können Kommunen befähigt werden, als Moderatoren einer Weiterentwicklung der Versorgung vor Ort – gerade auch vor dem Hintergrund demographischer Veränderungen – zu agieren. Ihre Aufgabe ist es, die Krankenkassen und alle Handelnden in der Versorgung (Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegedienste) zusammen zu bringen – mit dem Ziel eine nachhaltige und den Anforderungen des SGB V entsprechende Versorgung vor Ort sicherzustellen. Als Ergebnis solcher lokaler Gesundheitskonferenzen müssen an den Bedürfnissen der Bevölkerung ausgerichtete konkrete Lösungen stehen.

Die Aufgaben einer solchen Gesundheitskonferenz (hier sind nicht die bestehenden Gesundheitskonferenzen nach der Forderung des Pflegeweiterentwicklungsgesetz SGB XI von 2008 gemeint) lassen sich folgendermaßen skizzieren:

Unterstützung der kleinräumigen Versorgung innerhalb eines Planungsbereichs für die vertragsärztliche Versorgung. Damit einhergehend sind die bestehenden Planungsbezirke zu überdenken und auf Basis zu entwickelnder Initiativen zu beseitigen. Hierbei muss innerhalb der Planungsbereiche, wie beispielsweise in einer Großstadt, über die Stadteile hinweg eine multidisziplinäre Versorgung gewährleistet sein. Bis heute besteht die Situation, dass weniger gutsituierte Bezirke mit Fachdisziplinen wie beispielsweise einer pädiatrischen Versorgung unterbesetzt sind. Auch sind die Patientinnen und Patienten zu unterstützen, die aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen ihren Aktivitäten des alltäglichen Lebens nicht mehr nachgehen und auf familiäre oder im sozialen Netzwerk vorhandene Unterstützung angewiesen sind. Dabei ist insbesondere zu beachten, dass die Verbindung von pflegerischen und haushaltsnahen Dienstleistungen „aus einer Hand“ gefördert werden sollte, um prekäre Situationen vor Hospitalisierung zu entschärfen.

Diese Art von Leistungen können am ehesten durch eine wohnortnahe Versorgung aufgefangen und beachtet werden. Diese Dienstleistung kann über hierfür zuständige und in der Kommune angestellte Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter erfolgen oder in enger Zusammenarbeit zwischen Ärztenetzen, Gesundheitsnetzen und Kommunen. „Quartiere“ könnten im Wettbewerb der Gemeinden und Landkreise entstehen und als best practice ausgewiesen werden. Bei rund 10 000 Gemeinden in Deutschland spielen sicherlich regionale Unterschiede eine große Rolle in der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung in Stadt und Land. Auch genossenschaftliche Bezüge könnten hier eine Rolle

spielen. Dem Landkreis- und Städtetag als Einrichtung könnten neue Aufgaben zufallen (Zimmermann, 2016)

Die Versorgung und Begleitung der hilfebedürftigen Personen innerhalb der Kommune muss sich an den infrastrukturellen Gegebenheiten vor Ort ausrichten. Insbesondere sind in ländlichen Bereichen die delegierte Leistungserbringung (z.B. VeraH, Agnes) und der gezielte Einsatz von telemedizinischen Möglichkeiten zu fördern. Hierzu gehören auch Formen der überörtlichen ärztlichen Berufsausübung z.B. mittels kommunaler Praxisräume oder Arztbusen.

Das stationäre Angebot vor Ort sollte bedarfsgerecht weiterentwickelt werden. So sollten Krankenhäuser, die unterausgelastet sind und ökonomisch nicht mehr weitergeführt werden können, in Einrichtungen der abgestuften Pflege (z.B. Pflegehotels, Übergangs- bzw. Verhinderungspflegeeinrichtungen) überführt werden. Gleichzeitig ist die Notfallversorgung so auszubauen, dass der Wegfall des Krankenhauses vor Ort kompensiert werden kann.

Die Rolle der Kommunen als Träger von Bildungseinrichtungen (Kindergärten, Grundschulen, weiterführende Schulen) ist nicht nur stärker zu nutzen, um die Gesundheitserziehung von Kindern und Jugendlichen zu fördern, sondern diese muss auch entsprechend gestärkt werden, damit die Kommune ihre Potentiale auch erfolgreich für die Bevölkerung umsetzen kann.

Letztlich obliegt es den Kommunen als Arbeitgebende, eine Vorbildfunktion in Fragen der Vereinbarkeit im Hinblick auf Pflege von Angehörigen wie auch der Erziehung der heranwachsenden Bevölkerung oder im betrieblichen Gesundheitsmanagement zu übernehmen. Um diese zu gewährleisten, brauchen sie entsprechende Kompetenzen wie auch die nötige Professionalität. Die Strukturen hierfür sollten top down geschaffen werden.

### **Handlungsempfehlungen:**

1. *Stärkung der Rolle von Kommunen durch die Definition kommunaler-spezifischer Aufgaben- und Betätigungsfelder.*
2. *Beseitigung von Handlungshemmnissen für umsetzungswillige Kommunen, beispielsweise durch Landesrecht und/oder Auflagen von Landesrechnungshöfen.*
3. *Möglichkeiten zur Verknüpfung unterschiedlicher Sozialrechts-Budgets auf kommunaler Ebene und unter kommunaler Führung.*
4. *Übergreifende, bundesweit geregelte Budgetzuweisung für kommunale Gesundheits-, Pflege-, Reha- und Präventionsprojekte.*
5. *Erprobung genossenschaftlicher Strukturen in Pilotprojekten und Modellvorhaben.*

## Fachkräfte, Nachwuchs und neue Gesundheitsberufe

Der absehbare Fachkräftemangel, der im Bereich der Pflege und der Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten auf die Bundesrepublik zukommt, ist unbestritten. Hinzu kommen die veränderten Rahmenbedingungen wie z. B. die Auflösung traditioneller sozialer und familiärer Netzwerke oder die gestiegene Komplexität der Versorgung aber auch die ökonomisch getriebenen Probleme mit den daraus resultierenden verkürzten Liegezeiten im stationären Sektor.

Gesellschaftlich kann dieser drohenden Unterversorgung nur entgegengewirkt werden, wenn:

- die Versorgung entsprechend der führenden wissenschaftlichen Erkenntnisse verbessert wird,
- das Berufsbild der Pflege und der weiteren Gesundheitsfachberufe attraktiver gestaltet wird und sinnvolle Aufstiegsszenarien geboten werden,
- den fachlich sehr gut ausgebildeten Fachärztinnen und Fachärzten z.T. auch akademisch weitergebildete Praktizierende assistieren, die auch die sozialen Umstände der Patientinnen und Patienten in die Therapie und Pflege mit einbringen können,
- Prävention und Rehabilitation im Vergleich zur akutmedizinischen Versorgung gestärkt werden.

In einem zukunftsorientierten Arbeitsmarkt bedarf es neuer und vor allem anders ausgebildeter Fachkräfte, als sie derzeit in Deutschland zu finden sind. Eine größere Offenheit für Interprofessionalität aber auch eine deutlichere Prozessorientierung sind wesentliche Aspekte, die ein Gesundheitsberuf und damit auch eine dringend notwendige Reform der Gesundheitsberufe auf sich vereinen sollten. Wenig hilfreich hierfür ist ein ausschließlich auf die Ärztin oder den Arzt ausgerichtetes Gesundheitswesen, da die gefragten Kompetenzen weit über die des traditionellen Medizinstudiums hinausgehen. Hierbei ist zu beachten, dass neben dem Wissen um die richtige Medizin vor allem Kompetenzen im Hinblick auf Wissen um die Steuerung der Patientin und des Patienten durch das System erlernt werden.

Die strukturellen Möglichkeiten im Sinne potenzieller Unternehmen sind hierfür auf jeden Fall schon gegeben. Hier stehen u.a. eine breite Palette von Krankenhäusern, Medizinischen Versorgungszentren, Praxiskliniken und Pflegeeinrichtungen zur Verfügung. Laut dem deutschen Krankenhausverzeichnis ([www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de](http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de)) haben sich alleine auf Diabetes mellitus in Deutschland 1381 Krankenhäuser spezialisiert (das entspricht ca. 69 Prozent aller Krankenhäuser in Deutschland). Durch die Erweiterung der EBM-Leistungsziffern der zur GKV-Abrechnung zugelassenen Ärztinnen und Ärzte steigt auch hier der Bedarf an Personen, an die ärztliche Leistungen delegiert werden können. Durch die vergangenen Gesundheitsreformen wurde die hausärztliche Versorgung (§73b SGB V) gestärkt,



und es wurden das Versorgungsmanagement (§11 SGB V) sowie das Aufnahme- und Entlassmanagement (§§39 und 112 SGB V) eingeführt.

Der angesprochene demographische Wandel hat dabei vor diesem Hintergrund zwei Dimensionen, die auf das Gesundheitswesen im Speziellen einwirken und dessen Bedeutung als zukunftssträchtigen Arbeitgeber nochmals verstärken. So führen die Entwicklungen auf der einen Seite zu einer stark steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen, parallel dazu wird es aber immer weniger hochqualifiziertes Personal geben.

Der sich daraus ergebende Bedarf an Fachkräften, die über eine medizinische Ausbildung und über ein fundiertes Wissen in den Bereichen Therapie, Pflege und Versorgung verfügen, ist eindeutig und in der Fachwelt unumstritten, wie auch eine große Anzahl wissenschaftlicher Studien aufzeigt. Dieser Bedarf wird durch eine ständige Professionalisierung im Wissen um knappe Ressourcen verstärkt. Derzeit geht jede siebte Arbeitnehmerin und Arbeitnehmer einer Beschäftigung im Gesundheitswesen nach. Ein weiterer großer Vorteil der Branche ist, dass die Gesundheitsversorgung und damit das Kerngebiet der Leistungserbringung regional erfolgen muss und damit nicht, wie beispielsweise in der Automobilwirtschaft, eine Auslagerung der Leistungserstellung und somit der Arbeitsplätze ins Ausland droht. Auf der anderen Seite ist der Markt durch ständig sich modifizierende Regulierungen seitens des Gesetzgebers in einem kontinuierlichen Wandel und unterliegt somit nicht ausschließlich der natürlichen Entwicklung des Wettbewerbs und dessen Kräften. Im Jahr 2030 werden nach Aussage des Bundeswirtschaftsministeriums über 20 Prozent der Erwerbstätigen, und damit jeder Fünfte, in der Gesundheitswirtschaft arbeiten.

Unter Beachtung dieser Entwicklung besteht ein hoher Bedarf an Fachkräften, die Knowhow im Versorgungsmanagement auf der einen und Kenntnisse des Gesundheitswesens auf der anderen Seite vereinen. Dies geht ebenfalls aus einer aktuellen Studie „Fachkräftemangel – Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030“ der Beratungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC) in Zusammenarbeit mit dem Darmstädter Forschungsinstitut WifOR hervor: Demnach kommt es in den Jahren 2020 und 2030 zu einem dramatischen Anstieg des Personalmangels sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, bei ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachkräften. Verstärkt wird dieser Effekt durch den anhaltend hohen Krankenstand in den Gesundheitsberufen, der im Branchenvergleich eindeutig über dem Durchschnitt liegt (vgl. DAK-Gesundheitsreport 2015). Es ist davon auszugehen, dass eine durch Personalmangel ausgelöste Arbeitsverdichtung den Krankenstand zukünftig weiter steigen lässt.

Im vorherigen Abschnitt wurden bereits verschiedene veränderte rechtliche Rahmenbedingungen genannt, die in den kommenden Jahren Voraussetzung für diesen neuausgerichteten Arbeitsmarkt sein werden. Neben dem Bedarf an intersektoral ausgebildeten Fachkräften, die Kenntnisse in Prozessoptimierung und Koordination vorweisen, besteht ein Bedarf an Case- und Care-Managerinnen und -Managern mit Kenntnissen in der Begleitung von Men-

schen mit chronischen Krankheiten und hier vor allem die Volkskrankheiten wie Diabetes Mellitus, Herz-Kreislaufkrankungen und Demenz mit jährlich steigenden Inzidenzen.

Am Beispiel des Diabetes lässt sich die Entwicklung eindrücklich in Zahlen darstellen: Nach Prognosen der Internationalen Diabetes Föderation (IDF) wird in Deutschland der Anteil der Erwachsenen mit bekanntem Typ 2 Diabetes auf sieben bis acht Prozent geschätzt. Folglich muss nach Berechnungen eines nationalen Forscherverbunds, an dem das Deutsche Diabetes-Zentrum beteiligt ist, und der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2030 in der Altersklasse der 55- bis 74-Jährigen von 3,9 Millionen Personen mit Typ 2 Diabetes ausgegangen werden. Dies ist ein Anstieg im Vergleich zu heute um mehr als 1,5 Millionen. Derzeit gehen die Prognosen davon aus, dass die Zahl der 2030 an Diabetes erkrankten Personen dann auf 5,6 Millionen ansteigen wird.

Jede Form der gewünschten Ausbildung kann akademisiert sein. Hierbei muss jedoch beachtet werden, dass keine Fachkräfte „vom Bett weg akademisiert“ werden dürfen. Vielmehr bedarf es hier einer neuen Berufsvielfalt, die mit und am Patienten bzw. der Patientin gemeinsam arbeitet. Zudem gilt es, um die Attraktivität von Gesundheits- und Pflegeberufen weiter zu steigern, auch Konzepte für eine angemessene Vergütung der im diesem Sinne neu qualifizierten Gesundheitsfachberufe zu erarbeiten. Im Branchenvergleich liegt das Berufsfeld Gesundheit & Soziales regelmäßig weit hinter anderen Branchen (vgl. StepStone Gehaltsreport für Fach- und Führungskräfte 2015).

Die gesetzgeberischen Grundlagen für eine Vielzahl der Gesundheitsfachberufe entstammen zu großen Teilen noch aus der Mitte der Neunziger Jahre. Vor dem Hintergrund wachsender medizinischer Herausforderungen, steigender Verantwortung und einer wachsenden Kompetenzzuweisung besteht dringender Bedarf, die Ausbildungssituation der meisten Gesundheitsfachberufe zu durchleuchten und neu zu justieren. Dabei sind Ausbildungsmodulare zu entwickeln, die sowohl einem akademischen als auch einen nicht-akademischen Zugang zum Beruf zulassen. Darüber hinaus sind die Schnittstellen zu definieren, wie Ärztinnen und Ärzte sowie Gesundheitsfachberufe gemeinsam Versorgungsverantwortung übernehmen, aufteilen und sich gegenseitig ergänzen können.

Strukturell fällt auf, dass im zentralen Entscheidungsgremium des deutschen Gesundheitswesens, dem Gemeinsamen Bundesausschuss, die Gesundheitsfachberufe nicht vertreten sind. Bereits jetzt ist erkennbar, dass dieses Defizit dazu führt – und weiter dazu führen wird –, dass die Ebene der Gesundheitsfachberufe nicht eigenverantwortlich in die Versorgung mit einbezogen werden wird. Dies ist umso dramatischer, als es über den Entscheidungen des GBA keine fachliche Instanz mehr gibt, die eine entsprechend notwendige Trendwende in der Versorgung vorantreiben könnte. Aufgabe der nächsten Jahre wäre es daher, darüber nachzudenken, ob die Beteiligungsrechte im Gemeinsamen Bundesausschuss nicht auch eine adäquate Abbildung der Gesundheitsfachberufe ermöglichen sollte.

**Handlungsempfehlungen:**

1. *Etablierung eines Runden Tisches zur Neujustierung der Arbeitsaufteilung zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen.*
2. *Entwicklung spezifischer Curricula zur akademischen, nicht-akademischen und teil-akademischen Ausrichtung der unterschiedlichen Gesundheitsfachberufe.*
3. *Überarbeitung der veralteten Gesetzgebung zu den meisten Gesundheitsfachberufen.*
4. *Einbezug der Gesundheitsfachberufe in die Entscheidungsstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses („Bank der Gesundheitsfachberufe“).*
5. *Entwicklung weiterer Berufsfelder und Qualifikationen zur niederschweligen Arztentlastung, z.B. Weiterentwicklung der bereits bestehenden „Agnes-“ und „VeraH-“Ansätze.*
6. *Entwicklung und Finanzierung von speziellen Präventions- und Resilienz-Konzepten für Gesundheitsfachberufe.*

## Digitale Gesundheit als neue Herausforderung

Die Digitalisierung schreitet in vielen Lebens- und Wirtschaftsbereichen schnell voran und hat auch das Gesundheitswesen längst erreicht. Digitalisierung im Gesundheitssystem umfasst insbesondere die Bereiche Telemedizin, eHealth und mHealth. Während unter Telemedizin der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien z.B. zur Diagnose, Therapie oder Konsultation unter Überwindung räumlicher und zeitlicher Distanz verstanden wird, umfasst der Begriff eHealth den gesamten Einsatz elektronischer Geräte in der medizinischen Versorgung (Albrecht, 2016). Die Weltgesundheitsorganisation (2011) definiert mHealth als den Einsatz drahtloser Geräte wie z.B. Mobiltelefonen, Patientenmonitoren und PDA's („Personal Digital Assistants“) im Kontext der medizinischen Versorgung und Gesundheitsvorsorge.

Der Markt und das Angebot von eHealth-Anwendungen sind groß und wachsen täglich. Auch wenn einige medizinisch sinnvolle Projekte durch Eigeninitiative von Ärztinnen und Ärzten aufgrund von erkannten Defiziten entstanden, werden sie häufig nach dem Ende des Projektstatus nicht in die Regelversorgung übernommen. Daher entwickelt sich derzeit das Angebot fast ausschließlich auf dem zweiten Gesundheitsmarkt, also – abgesehen von Satzungsleistungen und Selektivverträgen – gänzlich außerhalb des GKV-Bereichs und damit ohne direkten Nutzen für die GKV-Versicherten. Vergleichbar ist auch in der PKV keine große Veränderung in Richtung eHealth zu erkennen. Diese Entwicklung ist derzeit noch vor allem angebots- und zielgruppenspezifisch getrieben und nicht auf den Bedarf des Gesundheitssystems insgesamt ausgerichtet.

Die treibenden Kräfte für diese rasante Entwicklung im zweiten Gesundheitsmarkt sind technologische Innovationen sowie international bereits etablierte Produkte. Außerdem führt der kulturelle Wandel in der Gesellschaft zu einem veränderten Gesundheitsbewusstsein und -handeln sowie zu neuen Erwartungen und Anforderungen vieler Beteiligter an ein staatlich geregeltes Gesundheitssystem. Der Trend der Selbstvermessung, die Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Informationen und nach interaktivem Austausch wird zwangsläufig zu einer Anpassung der gesundheitsbezogenen Angebote führen. Dabei stehen immer mehr Fachkräfte im Gesundheitswesen und Krankenkassen neuen innovativen Technologien offen gegenüber (Zukunftsinstitut, 2015). Damit verbunden nimmt die Bereitschaft zu, sich mit anderen zu vernetzen, Informationen auszutauschen, Verantwortung zu delegieren oder zu übernehmen und die Patientinnen und Patienten noch deutlicher in den Mittelpunkt des eigenen Handelns zu stellen. Ebenso haben sich für den GKV-Bereich die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen z.B. durch das eHealth-Gesetz oder den Innovationsfonds weiterentwickelt (Knöppler, Neisecke & Nölke 2016).

Eine flächendeckende Digitalisierung sowohl der einzelnen Institutionen als auch deren Vernetzung besteht allerdings bislang nicht. Obwohl das deutsche Gesundheitssystem über gute Voraussetzungen für eine flächendeckende Digitalisierung verfügt, befindet es sich in diesem

Bereich noch in den Kinderschuhen (Biesdorf et al. 2016). Neben der flächendeckenden Vernetzung, einer bundesweiten Nutzung und der besseren Kooperation und Koordination aller an der Behandlung der Patientinnen und Patienten Beteiligten, stellen die Telemedizin sowie die Entwicklung neuer Versorgungsangebote die größten Nutzenpotenziale der Digitalisierung dar.

### **Versorgungsqualität**

Viele eHealth-Anwendungen basieren auf technologischen Innovationen, die primär nicht für das Gesundheitswesen entwickelt wurden. Im Laufe der Zeit konnten sich einige davon als spezifische Ausprägungen des Gesundheitsmarktes etablieren. Hierzu zählen telemedizinische Anwendungen wie Telemonitoring und -coaching, elektronische Patientenakten, Vernetzungslösungen für die unterschiedlichen Beteiligten, altersgerechte Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit (Ambient Assisted Living, AAL) sowie mobile Health Anwendungen (mHealth). Die Nutzung digitaler, bereits vorhandener Technologien ermöglicht insbesondere in den Bereichen Prävention, ländliche Versorgung sowie im Rahmen der Behandlung chronisch kranker Menschen eine Verbesserung der Versorgungsqualität. Hierbei stehen eine schnelle Informationsvermittlung über Institutions- und Sektorengrenzen hinaus, die damit verbundene Optimierung von Versorgungsabläufen, die Vermeidung von Unter- und Überversorgung sowie eine starke Patientenorientierung und -einbindung im Vordergrund. Vor allem mHealth-Anwendungen, deren Besonderheiten in der Art der Bereitstellung von Dienstleistungen sowie der starken Nutzerorientierung liegen, nehmen erheblich an Bedeutung zu. Diese können über jegliche Arten der bereits beim größten Teil der Bevölkerung vorhandenen mobilen Endgeräte, wie Smartphones, Tablets oder Laptops, genutzt werden. In diesem Zusammenhang rückt insbesondere der rasant wachsende Markt der Gesundheits-Apps in den Vordergrund, der bereits über 100.000 Apps in den App-Stores umfasst. Mit der immer schneller voranschreitenden technologischen Entwicklung steigt die Wahrscheinlichkeit, dass das Gesundheitssystem immer häufiger Potenziale nicht konsequent nutzt.

Die zunehmende Nutzung technologischer Innovationen durch den Menschen in allen seinen Lebensbereichen führt zu einem soziokulturellen Wandel, der sich auch auf das Gesundheitswesen auswirken wird. Die Versicherten haben die Erwartung und, nach entsprechenden Veränderungen in den Regelungen im SGB V, auch ein Recht darauf, dass Technik und Instrumente eingesetzt und durch Versicherungsbeiträge finanziert werden, die bereits Standard sind und die ihre Gesundheitsversorgung nachhaltig verbessern.

### **Finanzierungsmöglichkeiten zur Anwendung digitaler Lösungen**

Um die Versorgungsqualität durch die Nutzung digitaler Anwendungen für möglichst viele Bürgerinnen und Bürger verbessern zu können, braucht es finanzielle Mittel für Pilotprojekte und nachhaltige Vergütungsmodelle für erprobte, digitale Lösungen.

Notwendig sind praktische Lösungen für die Einführung digitaler Anwendungen in die Regelversorgung, um diese flächendeckend allen Versicherten im ersten Gesundheits“-markt“ zugänglich zu machen. Damit dies geschieht und eine Finanzierung im GKV-Bereich erfolgen kann, muss ein Nutzen nachgewiesen werden. Für eHealth-Anwendungen ist dies aufgrund der kurzen Lebenszyklen mit den etablierten Methoden jedoch kaum möglich. Daher werden digitale Anwendungen fast ausschließlich im Rahmen des zweiten Gesundheitsmarktes privat finanziert oder von einzelnen Krankenkassen auf Basis von Selektivverträgen erstattet (Knöppler, Neisecke & Nölke 2016). Dies führt dazu, dass ein großer Teil der Bevölkerung keinen Zugang zu diesen Möglichkeiten hat. Für die Nutzenbewertung innovativer digitaler Anwendungen braucht es also schnellere und adäquate Bewertungsverfahren.

Insgesamt gesehen sind die bisherigen gesetzlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen nicht geeignet, die Digitalisierung und Vernetzung im deutschen Gesundheitssystem zu beschleunigen. Dafür ist die Gesundheitskarte nur ein Beispiel. Das sog. eHealth-Gesetz bzw. der Innovationsfonds sind politische Schritte in die richtige Richtung, um die Digitalisierung zu unterstützen. Dabei werden folgende zentrale Aspekte aufgegriffen: Finanzielle Möglichkeiten für die Einführung von Innovationen zur Verfügung zu stellen, die Überführbarkeit in die Regelversorgung als Voraussetzung für eine Förderung festzulegen sowie wichtige Anwendungen wie z.B. die elektronische Patientenakte zu definieren.

Der Schwerpunkt liegt jedoch immer noch auf der Sanktionierung der „Unwilligen“ statt auf der Unterstützung und Förderung derjenigen, die die Chancen der Digitalisierung erkannt haben und nutzen wollen.

### **Vernetzung**

Obwohl eine flächendeckende Vernetzung in Deutschland in Branchen wie der Industrie, dem Finanzwesen oder dem Handel aber auch in Gesundheitssystemen anderer Länder (beispielsweise Dänemark) längst möglich ist, sind im deutschen Gesundheitssystem nur einzelne Teilbereiche und Einzelprozesse digital miteinander verbunden. Grund hierfür ist u.a. eine fehlende Interoperabilität. Es gibt zahlreiche Insellösungen, die z.B. nicht mit anderen Praxis-Verwaltungs- oder Krankenhaus-Informationen-Systemen kompatibel sind. Dadurch kommt es zu vielen unnötigen Medienbrüchen und daraus folgend zusätzlichen Arbeitsschritten, um die Daten zwischen den Systemen auszutauschen. Dies muss meist manuell erfolgen. Für „Maschine-Maschine-Kommunikation“ braucht es Standards und einheitliche Systeme, damit innerhalb von Einrichtungen über verschiedene Bereiche sowie zwischen verschiedenen Institutionen und über Sektorengrenzen hinweg ein Daten- und Informationsaustausch er-

folgen kann. Für eine flächendeckende Vernetzung ist insbesondere die stärkere Einbindung der Politik unter Einbeziehung von Experten außerhalb der Selbstverwaltung und außerhalb der Kreise kurativ tätiger Behandlerinnen und Behandler notwendig. Nur mit einer übergreifenden Vernetzung kann signifikant zu einer Optimierung der Versorgungsprozesse und zur Verbesserung der Versorgungsqualität beigetragen werden (Gigerenzer et al. 2016; Stefan et al. 2014).

### **Handlungsempfehlungen:**

1. *Stärkere Berücksichtigung der Interessen und Rechte der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Partizipation durch digitale Lösungen.*
2. *Schaffung finanzieller Möglichkeiten für Innovations-, Forschungs- und Entwicklungsprojekte (1% vom GKV-Volumen p.a.) sowie dauerhafter Vergütungsmodelle für „erprobte“ digital vernetzte Lösungen im GKV-Bereich.*
3. *Entwicklung geeigneter, „schneller“ Verfahren zur Bewertung digitaler Anwendungen.*
4. *Förderung von Digitalisierung und Vernetzung durch folgende Maßnahmen:*
  - *Unterstützung positiver Initiativen (Bonus- statt Malus-System);*
  - *Förderung der Interoperabilität durch Festlegung von Standards;*
  - *Flächendeckende IT-Strukturen, die einen Daten- und Informationstransfer über alle Sektoren, Bereiche und Prozesse hinweg ermöglichen;*
  - *Öffnung der Möglichkeiten für den mobilen Datenaustausch auf Basis existierender technologischer Vernetzungen.*
5. *Gründung eines Begleitgremiums (Taskforce) zur stärkeren Beteiligung der Politik, unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten sowie der kurativ tätigen Behandelnden außerhalb der Selbstverwaltung.*

## Nachhaltige Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen

Das deutsche Gesundheitssystem bietet seit mehr als 125 Jahren Versorgungsleistungen für große Teile der Bevölkerung. Vor diesem Hintergrund sind die Grundlagen der GKV-Finanzierung ohnehin schon nachhaltig ausgestaltet. Außerdem sind die kontinuierlichen Finanzierungsdiskussionen zu relativieren, da es nie gelingen wird, die vielfach und dauerhaft im System verborgenen und durch Strukturwandel immer wieder neu entstehenden Wirtschaftlichkeitsreserven – beispielsweise im Bereich der Digitalisierung, der Leistungserbringung und der Fachkräfteverteilung – für immer zu erschließen.

Fragen einer nachhaltigen Finanzierung im Gesundheitswesen beziehen sich in aller Regel auf die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, die Pflegeversicherung und die Rentenversicherung mit ihren Rehabilitationsleistungen. Die Unfallversicherung, der öffentliche Gesundheitsdienst, die Lohnfortzahlung und die Forschung und Entwicklung am Wirtschaftsstandort Deutschland stehen eher am Rande dieser Diskussion. Die Politik kommender Legislaturperioden wird sich weiterhin und dauerhaft damit befassen müssen, wie Gesundheitsausgaben in den genannten und anderen Bereichen des Gesundheitswesens nachhaltig finanziert werden sollen. Der institutionellen Vielfalt in Form der genannten Verantwortlichen und Bereiche steht eine ebensolche Komplexität in der „äußeren Finanzierung“ bzw. Mittelaufbringung und in der „inneren Finanzierung“ bzw. Mittelverwendung oder Bezahlung von Gesundheitsleistungen gegenüber.

Politisch muss – auch vor dem Hintergrund einer an Bedeutung gewinnenden europäischen Konvergenz der Gesundheitssysteme – immer wieder entschieden werden, ob dem Bismarck-Modell mit seinen Sozialversicherungsbeiträgen und den dazu gehörigen Institutionen die Zukunft der Mittelaufbringung gehören oder ob das Beveridge-Modell mit seiner Finanzierung über Steuern oder genauer über allgemeine Deckungsmittel deutschland- und auch europaweit an Bedeutung gewinnen soll („sog. äußere Finanzierung“). Hier besteht ein Wettbewerb der Systeme in der Mittelaufbringung. Dazu gehört auch eine Entscheidung über die Rolle des Umlageverfahrens und das Ausmaß einer kapitalbildenden Finanzierung. Dem seit Bismarck existierenden Sozialversicherungssystem könnte man, wie eingangs angedeutet, Nachhaltigkeit allein dadurch attestieren, dass es Weltkriege, Inflationen und Banken Krisen überdauert hat sowie die Niedrigzinsphase gut zu bewältigen scheint. Auch darin, dass allein die Krankenversicherung der Arbeiterinnen und Arbeiter aus dem Jahre 1883 stammt (damals Beiträge  $\frac{2}{3}$  der Arbeitnehmerin und Arbeitnehmer und  $\frac{1}{3}$  der Arbeitgeberin und Arbeitgeber mit maximal 6% auf Löhne und Gehälter mit Versicherungspflicht bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze) liegt eine gewisse Nachhaltigkeit in der Finanzierung bzw. Mittelaufbringung. Gerade der Blick auf die historischen Entwicklungen und Veränderungen der finanziellen GKV-Grundlagen zeigt aber auch, dass die Politik sich jederzeit die Option zur Nachsteuerung offen halten muss.



Bei der Finanzierung steht die Erweiterung der bisherigen Bestandteile der Bemessungsgrundlage (Löhne, Gehälter und Renten) um Mieten, Kapitalerträge oder Wertschöpfung seit langem zur Diskussion. In diesem Finanzierungskontext steht auch die aktuelle Frage nach der Wiedereinführung der kompletten paritätischen Finanzierung der GKV-Ausgaben auf der Agenda. Eine Auszahlung oder auch nur eine Festschreibung der Unternehmensbeiträge ist zur Senkung der Lohnnebenkosten angebracht und aus ökonomischer Perspektive unter dem Aspekt des Wettbewerbs über die Höhe der Beitragssätze auch zu rechtfertigen. Wahl- und Wechselmöglichkeiten bekämen – zumindest aus rein ökonomischer Sicht – einen viel stärkeren Anreiz, wenn der Arbeitgeberbeitrag entfiel und ausgezahlt würde.

Diese Auffassung scheidet aber möglicherweise an den politischen Gegebenheiten in der bestehenden Selbstverwaltung mit ihren weitgehend paritätisch besetzten Verwaltungsräten. Dort wäre die Beteiligung der Unternehmen bei dauerhafter Aufgabe der paritätischen Finanzierung nur noch eingeschränkt sinnvoll wenn nicht sogar hinfällig. Der gewünschte Einfluss der Unternehmen auf die Gesundheitspolitik entfiel auf dieser Ebene der Selbstverwaltung.

Im Mittelpunkt der Mittelaufbringung in der GKV steht die Finanzierung von Art und Umfang erstattungsfähiger Leistungen bzw. des sog. Leistungskatalogs. Dazu gehört auch die Sicherstellung ambulanter und stationärer Leistungen durch die KVen und die Bundesländer. Sowohl die dynamische Entwicklung erstattungsfähiger Leistungen (z.B. Brillen, Hörgeräte) als auch der Umfang der Sicherstellung stehen dauerhaft zur Diskussion. Und es kann gefragt werden:

- Welche Formen der Leistungssteuerung und Leistungsbegrenzung erhalten die Auszeichnung Nachhaltigkeit und ermöglichen eine tragfähige Finanzierung?
- Gibt es sozial adäquate Zuzahlungsmodelle und Leistungsausgrenzungen oder unterschiedliche Tarifmodelle, die sich als tragbar erweisen ohne die Versorgung auf eine zu niedrige Basisversorgung zu reduzieren?
- Welche Formen einer ergebnisorientierten Vergütung sind bereits umsetzbar? Dabei geht es auch um weitere Aufgaben für den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA).

Der Finanzierungsdruck resultiert nach verbreiteter Ansicht weniger aus der absehbaren demographischen Entwicklung mit ihren Herausforderungen als vielmehr aus dem durchaus wünschenswerten medizinisch-technischen Fortschritt. Medizintechnik und Arzneimittel bzw. die industrielle Gesundheitswirtschaft gehören zu den Ausgabentreibern, die sich aber in dem einen oder anderen Bereich angesichts des Beitrags der Gesundheitswirtschaft zum BIP von 11% auch selbst finanzieren.

Zur Mittelaufbringung zählen auch alle Wege zu einer Mobilisierung von Effizienzreserven bzw. der Rationalisierung, die es immer geben wird. Schließlich gehören höhere Anteile in der individuellen Einkommensverwendung für Gesundheitsleistungen, also Konsum- oder Investitionsausgaben, sowie Prämienzahlungen, Selbstbeteiligung und Zuzahlungen zur Mit-

telaufbringung. Auch die Bundeszuschüsse zum Gesundheitsfonds und die Forschungsaufgaben im Gesundheitswesen durch das Bundesforschungsministerium stehen hier zur Diskussion.

Zur Mittelverwendung gehören die Bezahlung von erbrachten Gesundheitsleistungen im Krankenhaus, beim niedergelassenen Arzt und Zahnarzt und bei anderen niedergelassenen Personen im ärztlichen Dienst, in der Apotheke, im Heil- und Hilfsmittelbereich etc.. Bei dieser Art der „inneren Finanzierung“ geht es um die Vergütung, Honorierung, Bezahlungen von erbrachten Leistungen durch die KVen und Krankenkassen. Sie erfolgt noch immer überwiegend „gemeinsam und einheitlich“ bzw. durch Kollektiv- und weniger häufig durch Individualvereinbarungen (selektive Verträge).

Angesichts der erforderlichen Finanzierung der Zusatzbeiträge für die Versicherten wird an die aus konjunkturellen Gründen angesammelten Überschüsse aus den Reserven des Gesundheitsfonds und der Rücklagen der gesetzlichen Krankenkassen gedacht. Diese Mittel sind erforderlich, um die entstehenden Ausgabensteigerungen aufgrund der zahlreichen Gesetze (Krankenhausstrukturgesetz, Versorgungsstärkungsgesetz, e-Health Gesetz, Hospiz- und Palliativgesetz, Gesetz der Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der GKV) aufzufangen. Da diese Finanzierungswege dauerhaft nicht ausreichen werden, ist mit Sicherheit mit steigenden Zusatzbeiträgen zu rechnen. Sie werden vom Spitzenverband der GKV bereits prognostiziert, allerdings ohne Hinweise darauf, wie sie möglicherweise durch wettbewerbliche Strukturen vermieden werden könnten.

Eine Besonderheit ergibt sich noch beim Gesundheitsfonds, der angesichts der Niedrigzinsphase bei seiner Rücklagenbildung Strafzinsen in Millionenhöhe zu zahlen hat.

Bei der Selbstfinanzierung ist auch an den Zweiten Gesundheitsmarkt zu denken. Konsumnahe Anwendungsfelder (Sportmedizin, Wellness, Fitness), ästhetische Zahnheilkunde, Implantate, Prothetik, Selbst- und Fremd-Gesundheitsmonitoring, Online-Erfassung von Vitalparametern, home care for the elderly etc. weisen auf diesen Bereich von stark wachsenden und rein privat finanzierten Gesundheitsausgaben hin, die im Jahre 2014/15 knapp 3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts ausmachten.

Eine Diskussion über den Innovationsfonds versus einen kassenspezifischen Anteil von Forschungs- und Entwicklungsbudgets der Krankenkassen ist nach den politischen Entscheidungen für den Innovationsfonds auf absehbare Zeit nicht aktuell. Grundlagenforschung, Wagniskapital/Gründerfonds, kollektive Risikoübernahme (Anstoß-Finanzierung), Netzbudgets, Teleportalkliniken als neue Wege einer äußeren und inneren Finanzierung sollten daher eine größere Rolle spielen.

Schließlich sei noch auf eine verhaltenslenkende Gesundheitspolitik hingewiesen. Wie können gezielt Anreize zu gesundheitsbewusstem Verhalten und die Übernahme von mehr Eigenverantwortung des Bürgers für seine eigene Gesundheit gesetzt werden, um die Stabili-

tät des Gesamtsystems zu sichern? Hier wird gelegentlich trotz der haushaltsrechtlichen Vorbehalte vorgeschlagen, Mittel aus der Besteuerung von gesundheitsgefährdenden Genussmitteln wie Tabak, Alkohol, Zucker für gesellschaftliche Aufgaben (z.B. versicherungsfremde Leistungen) zu verwenden.

**Handlungsempfehlungen:**

1. *Stärkung des nachhaltigen Bismarckschen Systems der Sozialversicherung unter Einbeziehung von Handlungsoptionen wie der Verbreiterung der Bemessungsgrundlage und der Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes.*
2. *Weiterentwicklung einer stärker ergebnisorientierten Vergütung erbrachter Gesundheitsleistungen. Ergebnisqualität als wichtigster Parameter des Wettbewerbs*
3. *Erarbeitung von Handlungsoptionen über den zukünftigen gesundheitspolitischen Einfluss der Unternehmen angesichts der zukünftigen Rolle der Zusatzbeiträge. Mögliche Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages.*
4. *Mehr Handlungsoptionen über die Verstärkung von Leistungssteuerung und Leistungsbegrenzung – z.B. durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.*
5. *Entwicklung neuer Steuerungsmöglichkeiten, um den Anteil in der individuellen Einkommensverwendung für Gesundheit zu erhöhen (Tarifvielfalt innerhalb der GKV, zweiter Gesundheitsmarkt).*
6. *Hebung von Selbstfinanzierungspotentialen innerhalb der Gesundheitswirtschaft z.B. im Bereich der Diabetes-Prävention (Häußler/Breyer 2016). Entwicklung von Instrumenten zur stärkeren Belastung von gesundheitsgefährdenden Genussmitteln mit einer Zweckbindung des Aufkommens zur Finanzierung gesundheitspezifischer Aufgaben, bspw. durch direkte Einzahlung in den Gesundheitsfonds.*

## Gesellschaftlicher Nutzen der Gesundheitswirtschaft

Im Mittelpunkt der Gesundheitswirtschaft steht ihr quantitativer und qualitativer Nutzen. Sie ist ein Wirtschaftszweig mit sehr hoher Wertschöpfung (der Anteil am deutschen Bruttoinlandsprodukt beträgt rund 11 Prozent), einem Beschäftigungsanteil von rund 15 Prozent bei überdurchschnittlich zunehmender Beschäftigung, einem erfreulichen Exportanteil und einer Vielzahl neuer Berufe.

Diese rein quantitative Betrachtung bringt aber noch nicht zum Ausdruck, dass die Gesundheitswirtschaft, ähnlich wie die Energiewirtschaft, ein (lebens-)wichtiger Teil unserer volkswirtschaftlichen und gesellschaftlichen Infrastruktur darstellt.

Die überdurchschnittlich hohen Wachstumsraten von Wertschöpfung und Beschäftigung einerseits und die demographische Entwicklung andererseits machen zudem deutlich, dass es sich in mehrfacher Hinsicht um eine Zukunftsbranche handelt. Auch die Forschungsinvestitionen im Wirtschaftsstandort Deutschland sind von industrie- und wachstumspolitischer Bedeutung.

Zur Gesundheitswirtschaft zählen neben dem ersten Gesundheits-„markt“ mit einem Kern- und einem erweiterten Bereich auch der zweite Gesundheitsmarkt mit seinen Produkten und Gesundheitsleistungen. Letzterer ist Bestandteil der persönlichen Lebensführung.

Eine rein (markt-)wirtschaftliche Betrachtung der Gesundheitswirtschaft greift jedoch zu kurz. Denn Ziel der Produktionstätigkeit in der Gesundheitswirtschaft ist nicht die Erzeugung von Wirtschaftswachstum, sondern von Gesundheit bzw. der Erhalt selbstbestimmter Lebensführung.

Auf dem Wege von der ökonomischen Dividende (economic footprint) zu einer besseren Gesundheit – sehr plakativ gelegentlich auch als „Gesundheitsdividende“ bezeichnet – geht es um den individuellen und kollektiven Nutzen der Gesundheitswirtschaft. Während sich der ökonomische Nutzen der Gesundheitswirtschaft national, regional und auch unternehmensbezogen auf der Grundlage der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen ermitteln lässt, ist die Gesundheitswirksamkeit dieser Branche nicht gleichermaßen standardisiert zu ermitteln. Krankheitskostenanalysen, Kosten/Kosten-Analysen, Kosten/Nutzen-Analysen, Kosten/Wirksamkeits-Analysen, Kosten/Nutzwert-Analysen etc. sind methodisch nicht mit der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung zu vergleichen.

Auch wenn es unstrittig ist, dass Forschungsausgaben als Investitionen in Gesundheit und damit der Gesundheitswirtschaft einzubeziehen sind, werden die Rückwirkungen von Innovationen bisher nicht zureichend erfasst. Meist beschränkt sich ihre Betrachtung auf Einsparungen bei den Gesundheitsausgaben. Unberücksichtigt bleiben jedoch, sieht man von Einzelfallbetrachtungen ab, indirekte Effekte wie z.B. ihr Einfluss auf die Erwerbstätigkeit.

Betrachtet man zudem nicht nur die durch Krankheit verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre, sondern bewertet sie mit der dementsprechend verlorenen Wertschöpfung, so gibt es belastbare Hinweise, dass der Rückgang an krankheitsbedingten Wertschöpfungsverlusten die Ausgaben für Forschung und Innovation im Gesundheitssektor mehr als nur kompensiert. Solche Untersuchungen (vgl. Henke, Braeseke et. al., 2011) sind allerdings über erste Ansätze nicht hinausgekommen und müssten ausgebaut und systematisiert werden, damit sie im Rahmen einer zu entwickelnden Gesundheitswirtschaftspolitik entscheidungsrelevant werden können.

Bei den Wirkungen der Gesundheitswirtschaft auf unsere Gesundheit ist es hilfreich zwischen der industriellen und der dienstleistungsorientierten Gesundheitswirtschaft zu unterscheiden und sich vor Augen zu führen, dass eine unseren Ansprüchen gerecht werdende Krankenversorgung der Bevölkerung und ihre gesundheitliche Betreuung ohne eine in ihren Teilbereichen spezialisierte und arbeitsteilig zusammenwirkende Gesundheitswirtschaft nicht vorstellbar ist.

Bei der Analyse der Gesundheitswirtschaft mit allen ihren Facetten geht es letztlich um eine gesellschaftliche Zielorientierung, d.h. um mehr Lebensqualität bzw. lebenslange bestmögliche Funktionsfähigkeit. Daraus entwickelt sich vielleicht eine Gesundheitswirtschaftspolitik auf Bundes- und Landesebene. Im Vordergrund steht dann das Management von besserer Gesundheit, also länger, besser und selbstbestimmt leben bei mehr Wohlstand durch Beschäftigung, Wertschöpfung oder auch Export der Gesundheitswirtschaft.

Nachdem der ökonomische Fußabdruck empirisch belastbar für Stadt und Land vorliegt bzw. mit der in Deutschland erstmals entwickelten Methodik immer wieder berechnet und zeitlich fortgeschrieben werden kann, ergeben sich einige diskussionswürdige Fragen, die im Rahmen unserer Handlungsempfehlungen eine Antwort suchen:

1. Welchen Beitrag erbringt die Gesundheitswirtschaft insgesamt zur besseren Gesundheit mit ihren multiplen Effekten und zur vielschichtigen Lebensqualität in einer Region?
2. Welche Rückwirkungen hat dieser verbesserte Gesundheitszustand auf die wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung?
3. Lässt sich die industrielle Gesundheitswirtschaft (u.a. medizintechnische und pharmazeutische Industrie) als Determinante einer besseren Gesundheit statistisch erfassen, z.B. anhand von Gütergruppen, der Funktionsfähigkeit von unterschiedlichen Altersgruppen und nach Krankheitsbildern im Lebensablauf oder im alltäglichen (medizinischen) Leistungsgeschehen?
4. Lässt sich der qualitative und quantitative Nutzen der Gesundheitswirtschaft nicht nur im Rahmen einer zu entwickelnden Gesundheitswirtschaftspolitik berücksichtigen, sondern umgekehrt auch als Grundlage einer „Gesundheitsfolgenabschätzung“ von Maßnahmen anderer Politikbereiche verwenden?

In diesem Fragenkontext können weiterhin folgende Herausforderungen aufgegriffen werden:

- Der vielschichtige Bereich der Gesundheitsfachberufe mit ihrer Legitimation und ihrem Anteil an der Wertschöpfung innerhalb der Branche.
- Die Organisation sowie die Zukunft der sozialen Selbstverwaltung mit dem GBA und ihrer verfassungsrechtlichen Legitimation.
- Unter Einbezug von technischen Assistenzsystemen ist zu untersuchen, wie eine bessere Gesundheit und Lebensqualität erzielt werden kann. Mit dem „Americans with disabilities Act (ADA), dem Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) und der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) können neue Wege für die Gesundheitswirtschaft aufgezeigt werden.

Wie bereits angesprochen führen mehrere Wege zu einer „besseren Gesundheit“ durch die Gesundheitswirtschaft. Anhand von Leistungsgruppen und Wirtschaftszweigen im Kern- und erweiterten Bereich der Gesundheitswirtschaft lassen sich erstens am Beispiel medizintechnischer Geräte und pharmazeutischer Produkte positive Veränderungen des Gesundheitsstandes und seines Nutzens aufzeigen.

Ein zweiter Weg ergibt sich, wenn die Funktionalität und Lebensqualität im Vordergrund stehen. Es kann aufgezeigt werden, welche Faktoren zu einer verbesserten Gesundheit führen („Gesundheitsfunktionen“), wie nachstehende Beispiele deutlich machen:

- Unfälle am Arbeitsplatz, im privaten Haushalt und/oder im Straßenverkehr und ihre Vermeidung
- Stärkung der Hör- und Sehkraft
- Unterstützung zur Lebenserleichterung im Umgang mit chronischen Erkrankungen
- Behandlung bei ausgewählten Krankheitsbildern, z.B. bei Schlaganfall, Herzinfarkt, Darm-, Hoden-, Brustkrebs oder Leukämie

Ein dritter Weg zu Gesundheitsfunktionen führt über die industriellen Vorleistungen, die nicht nur in den Bereichen der Rehabilitation, Pflege, Palliativmedizin und der Hospize unverzichtbar sind. Vor allem in der allgemeinen ambulanten und stationären Versorgung gibt es keine der millionenfachen Behandlungen ohne die Produkte der industriellen Gesundheitswirtschaft.

Gleiches gilt hinsichtlich der Assistenzsysteme zur Erreichung eines altersgerechten Lebensumfeldes. Ohne die Produktionsfaktoren Arbeit (Dienstleistungen) und Kapital (industrielle Gesundheitswirtschaft) lassen sich keine Produktionsfunktionen für Gesundheit aufstellen.

Im Vordergrund des gesellschaftlichen Nutzens der Gesundheitswirtschaft könnten auch die älteren Menschen mit ihrer Alltagsfähigkeit, also ihrer Selbstständigkeit und Lebensqualität, stehen. Der Paradigmenwechsel von der Herstellung eines Gesundheitszustandes (der in jeder Lebensphase anders zu definieren wäre) zur Erhaltung bzw. Erreichung von „Alltagstauglichkeit“ erfordert eine neuartige ambulante und stationäre Versorgung (Rupert Püllen, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie). Er kritisiert das Denken in Krankheiten und „das allein krankheitsbasierte Vorgehen in der Medizin für eine alternde Gesellschaft“ (FAZ unter „Fremde Federn“, „Gesundheit ist nicht das Wichtigste“). Es geht in diesem Kontext um ein altersgerechtes, barrierefreies Leben zu dem auch technische Assistenzsysteme gehören.

Schließlich lässt sich – viertens – auch untersuchen, inwieweit Gesundheitsnutzen durch kleinere und mittlere Unternehmen ausgelöst wird. Bei dieser Betrachtung einer mittelständischen Gesundheitswirtschaft geht es um die individuellen und kollektiven Gesundheitswirkungen der dort hergestellten Produkte bzw. Leistungen. Auch „Start ups“ gehören hierzu.

Zusammenfassend geht es auf allen vier Wegen um unterschiedliche Formen zur Bestimmung der Gesundheitswirksamkeit der Gesundheitswirtschaft.

Angesichts ihrer Personalintensität bedarf der Arbeitsmarkt der Gesundheitswirtschaft einer gesonderten Behandlung. Hier geht es nicht nur um die Beschäftigung sondern vor allem um die gesundheitsrelevanten Berufe, die Personalentwicklung in den unterschiedlichen Institutionen (z.B. Krankenhaus, Reha-Einrichtungen), den Fachkräftebedarf und -mangel, den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften, neue Berufsbilder mit ihren Ausbildungsmöglichkeiten und Berufschancen, technische Assistenzberufe sowie erweiterte Kompetenzen für Pflegekräfte und medizinische Fachangestellte.

Hinsichtlich dieser Fragen und auch der Vergütung und Bezahlungen der erbrachten Leistungen spielt die Tarifautonomie eine wichtige Rolle. Aus Gesprächen mit Gewerkschaften und Unternehmensverbänden ergeben sich möglicherweise wichtige Anregungen.

### **Handlungsempfehlungen:**

1. *Systematische und regelmäßige Berichterstattung zur volkswirtschaftlichen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft durch das Statistische Bundesamt und die statistischen Landesämter*
2. *Nutzenbestimmung einer verbesserten Gesundheit mit ihren vielfältigen individuellen und gesellschaftlichen Bestandteilen.*
3. *Erarbeitung von Konzepten für eine am Ziel der Verbesserung der individuellen Lebenssituation orientierten Gesundheitswirtschaftspolitik und für eine Gesundheitsfolgenabschätzung anderer Politikbereiche.*

4. *Umfassendes Konzept einer Gesundheitswirtschaftspolitik auch unter den folgenden Fragestellungen:*
- *Wie lässt sich durch eine Intensivierung der industriepolitischen Bezüge der Gesundheitswirtschaft das Gesamtergebnis (quantitativ und qualitativ) verbessern?*
  - *Wie lässt sich die Effizienz der plan- und marktwirtschaftlichen Elemente der Gesundheitswirtschaft steigern?*



## Ausgewählte Literaturhinweise

### Orientierung an Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen:

- Amelung, V., Eble, S., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägel, R., Ozegowski, S., Schlenker, R.-U., Sjuts, R. (Hrsg.) (2015). *Patientenorientierung*. Berlin: MW Verlagsgesellschaft.
- Schmid, E., Weatherly, J.-N., Meyer-Lutterloh, K., Seiler, R., Lägel, R. (2008). *Patienten-coaching Gesundheitscoaching, Case Management*. Berlin: MW Verlagsgesellschaft.
- Horch, K., Ryl, L., Hintzpeter, B., Dierks, C. (2011). Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive, GBE- Kompakt 2/2011, <http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/2011-7/PDF/7.pdf>. (letzter Zugriff 20.09.2016).
- Nickel, S., Trojan, A. (2012). Akzeptanz und Umsetzbarkeit von Qualitätskriterien der selbsthilfebezogenen Patientenorientierung, Dtsch. med Wochenschr. 2012; 137(46): 2379-2384

### Sektorübergreifende Versorgung:

- Braun, B., Marstedt, G. (2010), Gesundheitspolitik auf dem Prüfstand, in Böcken, J., Braun, B., Landmann, J. *Gesundheitsmonitor 2010*, [http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx\\_itaarticles/201004-Beitrag.pdf](http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaarticles/201004-Beitrag.pdf) (letzter Zugriff 20.09.2016)
- Eble, S., Kurscheid, C. (Hrsg.) (2016) *Gesundheitsnetzwerke*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Knieps, F. (2015). Neue Versorgungsformen: Sachstand nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, in G+S, 69. Jg. , 6/2015, Seiten 7 – 15.
- Kurscheid, C. & Beivers, A. (2013) „Vernetzte Versorgung – Modell für die Gesundheitsversorgung im demografischen Wandel, in Hellmann W., *Zukunftssicherung des Krankenhauses*, Heidelberg: Medhochzwei Verlag.
- Kurscheid, C. & Zweidorf, E. (2012) *Gesundheitsversorgung neu denken und gestalten, vernetzte Versorgung und deren Weiterentwicklung*“, in: *Thinking outside the Box*. Zeitschrift im Eigenverlag.
- Schlette, S., M. Lisac, E. Wagner und J. Gensichen. »Das Bellagio-Modell: Ein evidenzgestützter, internationaler Bezugsrahmen für bevölkerungsorientierte Primärversorgung. Erste Erfahrungen«. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)* 103 2009. 467–474.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Gutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*

[http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten\\_/2009/Kurzfassung-2009.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten_/2009/Kurzfassung-2009.pdf) (letzter Zugriff 20.09.2016)

### **Rolle der Kommunen in der Gesundheitsversorgung:**

Amelung, V., Eble, S., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägel, R., Ozegowski, S., Schlenker, R.-U., Sjuts, R. (Hrsg.) (2015). Patientenorientierung. Berlin: MW Verlagsgesellschaft.

Amelung, V., Lägel, R. (2015). Innovative Konzepte und Verträge in der Rückenschmerztherapie. Berlin: MW Verlagsgesellschaft.

Gerlach, F.-M., Beyer, M., Erler, A., (2011). Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – Zukunftskonzept des Sachverständigenrats, in: Günster, C., Klose, J., Schmacke, N. (Hrsg.). Versorgungsreport 2011. Stuttgart: Schattauer Verlag, Seite 29 – 40.

Henke, K.-D., Podtschaske, B. (2014), Chancen und Risiken genossenschaftlicher Leistungserbringung im Gesundheitssektor, in: Bauer, H., Büchner, C., Markmann, F.A., Hrsg., Kommunen, Bürger, Wirtschaft im solidarischen Miteinander von Genossenschaften, KWI Schriften 8, Universitätsverlag, Potsdam

Hoffman, W., van den Berg, N., (2012). Gesundheitliche Versorgung in der Region, in: Klein, B., Weller, M. (Hrsg.), Masterplan Gesundheitswesen 2020. Baden Baden: Nomos Verlag, Seite 87 – 106.

Knieps, F., Pfaff, H. (2014). BKK Gesundheitsreport 2014. Gesundheit in den Regionen. Berlin: MW Verlagsgesellschaft.

Quaschner P.-J. (2013). Regionale Gesundheitsversorgungsnetze: Eine erfolgsversprechende Strategie für die Diakonie. Heidelberg: Medhochzwei Verlag.

Scherf, H., Mehr Leben – Warum Jung und Alt zusammengehören, Herder, Freiburg 2013

Zimmermann, H., Kommunal Finanzen, 3. überarbeitete Auflage, BWV, Berlin 2016

### **Fachkräfte, Nachwuchs und neue Gesundheitsberufe:**

Heyse, V., Giger, M. (Hrsg.) (2015). Erfolgreich in die Zukunft: Schlüsselkompetenzen in Gesundheitsberufen, Heidelberg: Medhochzwei Verlag.

Wais, T., Rudolph, P., de la Barre, J. (2016). Praxismanager/-in – Ein Neues Berufsbild für die aktuellen Herausforderungen im Deutschen Gesundheitswesen. Stuttgart: Thieme Verlag, Gesundheitsökonomisches Qualitätsmanagement, 2016; 21(04): 199-202.

Litmathe, J., (2016). Moderne Personalwirtschaft aus medizinischer und ökonomischer Sicht – Ein Planungsbeispiel für den ambulanten Sektor. Stuttgart: Thieme, Gesundheitsökonomisches Qualitätsmanagement, 2016; 21(03): 131-136.

Hildebrandt, H., Dold, H., Schmitt, G., Tillack, D., Zimmer, P., (2016). Deligieren, Substituieren und neue Aufgabendefinition als Chance in Netzen und regionalen Gesundheitsorganisationen, in: Eble, S., Kurscheid, C. (Hrsg.) (2016) Gesundheitsnetzwerke, Berlin: MW Verlagsgesellschaft, Seite 297 – 309.

Perlitz, W.-D., (2016) Zur empirischen Ermittlung von evidenzbasiertem Patientennutzen in der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV), NOMOS, Baden-Baden

### **Digitale Gesundheit als neue Herausforderung:**

Albrecht, U. V. (2016). Kurzfassung. In U.V. Albrecht (Hrsg.), Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA) (S. 14-47). Hannover: Medizinische Hochschule Hannover.

Biesdorf, S., Deetjen, U. & Möller, M. (2016). Eine Vision für ein digitales Gesundheitssystem in Deutschland. Verfügbar unter:  
[https://www.mckinsey.de/files/2016\\_vision\\_digitales\\_gesundheitswesen\\_in\\_deutschland.pdf](https://www.mckinsey.de/files/2016_vision_digitales_gesundheitswesen_in_deutschland.pdf) (19.07.2016).

Dierks, C., Henke, K.-D., Frank, J., Hensmann, J., Wilkens, H., Bürgerzentriertes Gesundheitswesen, NOMOS, Baden-Baden 2011

Gigerenzer G., Schlegel-Matthies K. & Wagner G.G. (2016). Digitale Welt und Gesundheit. eHealth und mHealth – Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitsbereich. Berlin: Sachverständigenrat für Verbraucherschutz.

Knöppler, K., Neisecke, T. & Nölke, L. (2016). Digital-Health-Anwendungen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Stefan, D., Michels, C. & Deutsch, H. (2014). Interoperabilität als Weg zur Investitionssicherheit. EHEALTHCOM, 6 (14), 44-47.

Stefan Müller-Mielitz und Thomas Lux (Hrsg.), E-Health-Ökonomie Springer, in Druck (erscheint im Oktober 2016).

Zukunftsinstitut (2015). Die Philips Gesundheitsstudie. Frankfurt: Zukunftsinstitut GmbH.

### **Nachhaltige Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen:**

Bührlen, B. et al, (2014). Gesundheit neu denken, 2. unveränderte Auflage, Fraunhofer Verlag, Stuttgart, S. 21-31 und S.63-80

Bundesministerium der Finanzen, (2016). Vierter Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen, Berlin.

Gottret, P., Schieber, G., (2006) Health Financing Revisited – A Practitioner's Guide. The World Bank, Washington, D.C., 318 Seiten.

Häußler, J, Breyer, F., (2016). Does diabetes prevention pay for itself? Evaluation of the M.O.B.I.L.I.S. program for obese persons, European J Health Econ, 2016, HEFT 7, S. 379-389.

Henke, K.-D., (2003). Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen. Ein Buch mit sieben Siegeln, in: Wirtschaftsdienst, Zeitgespräch, Optionen einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens, Februar 2003, S. 75-85.

**Gesellschaftlicher Nutzen der Gesundheitswirtschaft:**

Henke, K.-D., Ostwald, D.A., (2013) Health Satellite account: the first step, in: Int. J. Behavioural and Health Research, Vol. 3. No. 2, S. 91-105

Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, Hrsg., (2016). Gesundheitswirtschaft, Fakten und Zahlen , Ausgabe 2015, Berlin; ders., Die Gesundheitswirtschaft in Ost- und Westdeutschland, Fakten & Zahlen, (2016), Berlin

Schneider, M., et al, (2016). Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung 2000-2014, NOMOS, Baden-Baden ; als Zusammenfassung erschienen beim BMWi als „Die Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung für Deutschland“, Berlin 2015 und in englischer Sprache ebenda „National Health Account for Germany“, Berlin 2015

Henke, K.-D., Braeseke, G. et al, (2011). Volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft, Innovationen, Branchenverflechtung, Arbeitsmarkt, NOMOS, Baden-Baden.

**Autorinnen und Autoren**

Biggi Bender	Biggi Bender Consult
Dr. Tanja Bratan	Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI / WSLK (Beirat) MetaForum e.V.
Prof. Dr. Arno Elmer	IHP-Innovation Health Partners
Dr. Christiane Groß	Deutscher Ärztinnenbund
Dr. Thomas Hilse	Hilse Konzept
Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke	Technische Universität Berlin Vorstand und WSLK (Beirat) MetaForum e.V.
Dr. Albrecht Kloepfer	iX – Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung WSLK (Beirat) MetaForum e.V.
Prof. Dr. Clarissa Kurscheid	praxisHochschule WSLK (Beirat) MetaForum e.V.
Dr. Rüdiger Leidner	WSLK (Beirat) MetaForum e.V.
Prof. Dr. Julia Oswald	Hochschule Osnabrück
Dr. Andreas Reimann	admedicum GmbH
Dr. Elisabeth Siegmund-Schultze	medicoles Consult
Roland Stoffregen	CARE4U Gruppe
Eva Zweidorf	med zukunftslabor

Die Entstehung dieser Handlungsempfehlungen wurde ermöglicht mit freundlicher Unterstützung der MSD Sharp & Dohme GmbH, der KKH – Kaufmännische Krankenkasse, des Fraunhofer Instituts für System- und Innovationsforschung ISI sowie mit ideeller unentgeltlicher Unterstützung aller beteiligten Autorinnen und Autoren.