

## **Neue Zeit erfordert neues Denken**

Positionspapier des Marburger Bund Bayern

Nachfolgend fünf Forderungen zur Reform des deutschen Gesundheitswesens, bei denen die medizinisch notwendige und wünschenswerte Patientenversorgung in den Mittelpunkt gestellt ist.

### **Das Gesundheitssystem muss den Interessen sowohl der individuellen Patienten als auch der Gesamtbevölkerung dienen, nicht dem der Gesundheitswirtschaft.**

Grundlage jeder Reformüberlegung muss eine seriöse Bedarfsplanung sein, wobei wir unter „Bedarf“ diejenigen Maßnahmen in Prävention, Diagnostik und Therapie verstehen, die mit möglichst wenig Nebenwirkungen nachhaltig positive Effekte auf die Gesundheit und Lebensqualität der Patienten ausüben. Voraussetzung dafür ist eine unabhängige, mittel- und langfristig orientierte Versorgungsforschung, die es bisher nur ansatzweise gibt. Derzeit sehen wir ein vielfach angebotsgesteuertes System: Gesundheitswesen ist ein „Wachstumsmarkt“, in dem hohe Renditen winken. Der Schwerpunkt liegt auf technisch-operativen Verfahren und hochpreisiger Pharmakotherapie. Prävention, Nachsorge oder die besonderen Anforderungen an Kinder- und Jugendmedizin sind gleichermaßen untergeordnet wie die sogenannte „sprechende Medizin“ und die Versorgung dauerhaft pflegebedürftiger Menschen. Ob die eingesetzten hohen finanziellen Mittel in einem vernünftigen Verhältnis sowohl zum individuellen als auch zum volkswirtschaftlichen Ergebnis stehen, ist fragwürdig.

#### **Forderung 1**

- Deutschland braucht eine unabhängige Versorgungsforschung mit dem Ziel, das optimale Aufwand-Nutzen-Verhältnis sowohl aus Sicht der individuellen Patienten („choosing wisely“) als auch der Gesamtgesellschaft („value based medicine“) zu finden. Der Versuch, Bedarfsplanung in der Daseinsvorsorge durch marktwirtschaftliche Regelungsinstrumente zu ersetzen, hat u.a. zur medizinisch nicht begründbaren Mengenausweitung und zur Leistungserbringung bei lukrativen diagnostischen und therapeutischen Prozeduren geführt. Das belastet und gefährdet auf unverantwortliche Weise Patienten und verschwendet gesellschaftliche Ressourcen.

#### **Forderung 2**

- Die Nebenwirkungen bestehender Fehlanreize sind zu benennen und zu beseitigen. Die sektorale Gliederung des deutschen Gesundheitssystems ist nicht gezielt zum Nutzen der Patienten geschaffen worden, sondern traditionell gewachsen. Sektorengrenzen sind für Informationen oft undurchlässig; Doppelvorhaltungen sind potentiell kostenträchtig. Daher benötigen wir grundlegend neue kooperative Strukturen, die unter hausärztlicher Koordination einen reibungslosen Übergang der Patienten zwischen ambulanter und stationärer Behandlung wie auch ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sicherstellen.

### **Vorhaltung muss finanziert werden**

Der wirtschaftliche Druck und die Prämisse, dass nur erbrachte medizinische „Leistungen“ bezahlt werden, zwingt Kliniken zu einer maximalen Kapazitätsauslastung. Die SARS-CoV-2-Pandemie hat deutlich gezeigt: Sollen kurzfristig auftretende saisonale oder gar unvorhersehbare Belastungsspitzen abgefangen werden, müssen materielle und personelle Kapazitätsreserven unmittelbar vorhanden sein. Insbesondere Fachpersonal kann nicht kurzfristig rekrutiert und eingearbeitet werden. Im System ökonomischer Konkurrenz werden Kliniken selten wegen niedriger Auslastung geschlossen. Vielmehr wird dafür gesorgt, die Auslastung durch Ausweitung des Angebots und der „Marktdurchdringung“ zu steigern – ein erneuter Hinweis darauf, dass der vermeintliche Bedarf dem Angebot folgt und nicht umgekehrt. Den Preis zahlen die Patienten mit potentiellen Risiken und Nebenwirkungen sowie die Solidargemeinschaft.

### **Forderung 3**

- Die bedarfsnotwendige personelle, apparative und bauliche Ausstattung einer Klinik muss aus den Vergütungssystemen herausgenommen und gesondert finanziert werden. Mindeststandards für die Ausstattung und ständige Verfügbarkeit sind unter maßgeblicher Beteiligung der Fachgesellschaften und der Ärztekammern zu formulieren sowie unabhängig von der Inanspruchnahme zu refinanzieren.

### **Digitalisierung als Chance begreifen**

Die Digitalisierung muss als Teil der Lösung mit großem technischen Potential und nicht als Problem verstanden werden. In einer Gesellschaft, in der das Smartphone einen festen Platz im Alltag einnimmt und die in vielen Bereichen private Daten freiwillig preisgibt, ist nicht nachvollziehbar, warum sich ausgerechnet der Gesundheitsbereich als Kulturpessimist und Technikverweigerer profiliert. Die elektronische Patientenakte bietet noch stärker als die Corona-App weit mehr Chancen als Risiken. Es dürften derzeit mehr Patienten durch Informationsdefizite zu Schaden kommen als zukünftig durch Datenlecks.

### **Forderung 4**

- Wir fordern eine sichere, sektorenübergreifende elektronische Patientenakte, damit nicht nur im Notfall Patienten von zeitnahe Informationsfluss zur persönlichen Krankheitsgeschichte profitieren, sondern auch Doppeluntersuchungen vermieden und damit Effizienz und nicht zuletzt wertvolle Zeit gewonnen und Ressourcen geschont werden können.

## **Die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen neu definieren**

Die Grenzen unseres Systems werden in Zukunft noch mehr durch den Mangel an qualifiziertem Personal bestimmt werden. Es wird unumgänglich sein, das Verhältnis zwischen Ärztinnen und Ärzten und allen anderen unmittelbar an Patienten tätigen Berufsgruppen neu zu definieren und eigenverantwortliches Handeln durch Zuweisung klar definierter Kompetenzen zu fördern. Auch hier gilt: Entscheidend ist, wie den Patienten am besten gedient werden kann – nicht durch wen.

### **Forderung 5**

- Wir fordern mehr Mut, Offenheit und Kreativität bei der Neugestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit aller im Gesundheitswesen Tätigen.

## **Hintergrund:**

Das von vielen als zu teuer und ineffizient gescholtene deutsche Gesundheitssystem hat die erste Welle der SARS-CoV-2-Pandemie auch durch außergewöhnliche Leistungen aller in der Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen in Verbindung mit der bemerkenswerten gesellschaftlichen Solidarität sowie Disziplin gut bewältigen können. Darauf sollten wir uns nicht ausruhen, sondern daraus die Lehre ziehen, dass wenig genutzte Ressourcen im Krisenfall von großer Bedeutung sein können. Zudem birgt eine moderne, global vernetzte Welt nicht nur Chancen, sondern auch gesellschaftliche Risiken. „Just in time-Lieferketten“, das Rückgrat der modernen, effizienzoptimierten Wirtschaft, sind zusammengebrochen, so dass es zu Engpässen bei teils lebenswichtigen Medikamenten kam. Um für weitere saisonale Häufungen von Erkrankungen, Epidemien und auch Pandemien gerüstet zu sein, müssen in Deutschland der ÖGD und auf europäischer Ebene das Zentrum zur Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) gestärkt werden.

Auch bei uns wurden mit dem Coronavirus lang bekannte Probleme des Gesundheitswesens grell ausgeleuchtet. Die Ausweitung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten gelang materiell und infrastrukturell mit sehr hohem personellen und finanziellen Aufwand. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass der vorbestehende eklatante Fachkräftemangel im pflegerischen wie ärztlichen Bereich, den Betrieb der zusätzlichen Kapazitäten nicht über einen längeren Zeitraum erlaubt hätte.

Die in Deutschland glimpflich verlaufene erste Pandemiewelle begreifen wir als Warnung, Chance und Auftrag, unser Gesundheitswesen zukunftsfest weiter zu entwickeln. Die notwendige Modernisierung bezieht sich nicht nur auf die medizinische Ausrüstung und räumliche Ausstattung der Kliniken, sondern auch auf die Neuorganisation des gesamten deutschen Gesundheitssystems.

Unstreitig müssen die in Deutschland parallel existierende Über-, Unter- und Fehlversorgung offen diskutiert, Fehlanreize beseitigt und die Ausrichtung auf das Patientenwohl fokussiert werden.

Lassen Sie uns die Gelegenheit zu einem Neustart der Diskussion um unser Gesundheitssystem nutzen. Wir sind überzeugt, dass bei gleichen oder sogar geringeren Gesamtkosten eine bessere und sicherere Patientenversorgung in Deutschland realisiert werden kann.

München, 20. Juli 2020

Landesvorstand Marburger Bund Bayern

*(Dr. Andreas Botzlar, Dr. Melanie Rubenbauer, Dr. Jörg Franke, Dr. Zeno Gäsheimer, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Andreas Hölscher, Dr. Christiane Hummel, Dr. Katharina Jäger, Dr. Ina Konietzko, Martin Lücke, Dr. Annette Luther, Dr. Angela Schmidt, Sonja Schniewindt, Dr. Hans-Axel Trost, Doris Wagner)*