

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

Franz Knieps und Roy Kühne

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

1.1 Das Gesundheitswesen unter Veränderungsdruck

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Der Weg zu einem kooperativen Miteinander zwischen Ärzten und anderen Gesundheits(fach)berufen wird lang und steinig sein. Das gilt weniger wegen vereinzelt noch vorhandenem Ständedünkel und professioneller Respektlosigkeit mancher Ärztesfunktionäre. Der stressige Arbeitsalltag in Praxen und Krankenhäusern ist hierüber weitgehend hinweg gegangen. Doch die juristischen Vorbehalte (s. Kap. 1.6) und die im Vergleich zu den Vertrags(zahn)ärzten begrenzten ökonomischen Entwicklungsmöglichkeiten zementieren wohl noch auf lange Zeit das Ungleichgewicht – darf aber nicht Hindernis für eine Diskussion sein.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Literatur

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



Franz Knieps

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



Dr. Roy Kühne, MdB

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