



Fokus auf die Gesundheit

Woran sich die neue
Bundesregierung
messen lassen muss



Woran sich die neue Bundesregierung messen lassen muss

Die Ärzteschaft warnt seit vielen Jahren, dass das Gesundheitswesen in Deutschland vor einer doppelten demografischen Herausforderung steht. Das Durchschnittsalter und damit der Behandlungsbedarf der Bürgerinnen und Bürger steigt. Gleichzeitig werden in den kommenden Jahren viele Beschäftigte im Gesundheitswesen altersbedingt aus dem Berufsleben ausscheiden. Viele Bürgerinnen und Bürger befürchten, dass das aktuell hohe Qualitätsniveau der Gesundheitsversorgung in Deutschland nicht dauerhaft gesichert werden kann.

Die nächste Bundesregierung muss diese Ängste der Menschen auch im Hinblick auf den gesellschaftlichen Zusammenhalt und den sozialen Frieden in unserem Land stärker in den Fokus nehmen. Sie muss dringend notwendige Strukturreformen in nahezu allen Bereichen unseres Gesundheitswesens vorantreiben. Sie wird sich daran messen lassen müssen, ob sie Strategien und Konzepte findet, um Krankheitsprävention und Gesundheitskompetenz zu fördern, die hochqualifizierte medizinische Versorgung in einer Gesellschaft des langen Lebens dauerhaft zu sichern und das Gesundheitswesen insgesamt auf nationale und inter-

ationale Krisenfälle vorzubereiten. Dafür sind prioritär folgende Handlungsfelder gemeinsam mit der Ärzteschaft und den weiteren Akteuren aus dem Gesundheitswesen anzugehen:

-  Gesundes Leben und Gesundheitskompetenz fördern. Health in all Policies.
-  Kooperieren und koordinieren. Mehr Orientierung in der Versorgung.
-  Nachwuchs fördern. Fachkräfte sichern.
-  Bürokratie begrenzen. Mehr Zeit für Zuwendung.
-  Auf den Krisenfall vorbereiten. Resilienzstrategie für das Gesundheitswesen.
-  Den Fokus nicht verlieren. Klimawandel bleibt die langfristig größte Bedrohung für die Gesundheit.
-  Freiberuflichkeit sichern. Selbstverwaltung stärken.

Gesundes Leben und Gesundheitskompetenz fördern. Health in all Policies.

Befund:



So unterschiedlich nicht übertragbare, chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Leiden, Krebs, Typ-2-Diabetes und chronisch obstruktive Lungenkrankheit sind, so haben sie doch gemeinsame Risikofaktoren, die mit dem individuellen Lebensstil zusammenhängen und daher grundsätzlich vermeidbar sind. Schätzungsweise 40 000 Menschen versterben jährlich in Deutschland vorzeitig aufgrund ihres Alkoholkonsums. Tabakkonsum führt sogar zu 127 000 Todesfällen. Viele junge Menschen haben bereits gesundheitliche Einschränkungen, rund ein Viertel der Kinder und Jugendlichen zwischen fünf und siebzehn Jahren ist übergewichtig. Psychische Erkrankungen nehmen zu.



Das ist zu tun:

➡ Die Förderung gesunder Lebensführung und der Gesundheitskompetenz der Menschen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht ausschließlich im Gesundheitswesen verortet werden kann. Notwendig ist eine nationale Public Health-Strategie mit klaren Strukturen und Verfahren zur Zusammenarbeit von Bund, Ländern, Kommunen und allen relevanten gesellschaftlichen Akteuren im Sinne von Health in all Policies.

➡ Vorbereitet und unterstützt durch einen Runden Tisch von Bund, Ländern und Ärzteschaft muss gesunde Lebensführung verpflichtender Bestandteil der Frühbildung in Kindertageseinrichtungen sowie in den Lehrplänen von Schulen und Berufsschulen werden.

➡ Kinder und Jugendliche müssen wirksam vor übermäßigem Konsum zucker- und fetthaltiger Lebensmittel geschützt werden, unter anderem muss Werbung für gesundheitsschädigende Produkte untersagt werden, die sich direkt an Kinder und Jugendliche richtet. Einweg-E-Zigaretten und Aromastoffe in E-Zigaretten sind

zu verbieten. Neben der Einführung einer Zuckersteuer sind die Steuern auf Alkohol sowie Tabak- und Nikotinprodukte zu erhöhen und die Erlöse daraus dem Gesundheitswesen zuzuführen. Die gesetzlichen Regelungen zur Legalisierung von Cannabis als Genussmittel sind vollständig zurückzunehmen.

➡ Die Gesundheitsfolgenabschätzung muss verpflichtender Bestandteil der Gesetzgebung werden. Zudem ist ein interministerieller Koordinierungsstab „Gesundheitsförderung/ Prävention“ im Bundeskanzleramt einzurichten.

➡ Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ist über das Jahr 2026 hinaus fortzusetzen. Ebenso sind Anreize für Ärztinnen und Ärzte zu schaffen, um im Öffentlichen Gesundheitsdienst tätig zu werden. Eine tariflich gesicherte, arztspezifische Vergütung aller dort tätigen Ärztinnen und Ärzte ist hierfür unabdingbar. Die ärztliche Leitung aller Gesundheitsämter in Deutschland ist – auch in Zukunft – zu gewährleisten und muss gefördert werden.

Kooperieren und koordinieren. Mehr Orientierung in der Versorgung.

Befund:

 Das deutsche Gesundheitswesen ist wie wenige andere von einem kaum gesteuerten Zugang und einer unstrukturierten Inanspruchnahme gekennzeichnet. Dies ist auch zum Nachteil der Patientinnen und Patienten, denn unter diesen Bedingungen wird es immer schwieriger, eine abgestimmte, sektorenverbindende und sichere Versorgung zu gewährleisten. In der Akut- und Notfallversorgung stiegen die Patientenzahlen in zehn Jahren (2009 bis 2019) von 24,9 Millionen auf 27,8 Millionen (+12 %). Erhebungen zeigen, dass die medizinische Notwendigkeit für die Inanspruchnahme dieser Strukturen in vielen Fällen nicht gegeben ist. In der Regelversorgung rangiert Deutschland bei der Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte mit 9,6 Konsultationen pro Jahr im internationalen Vergleich in der Spitzengruppe. Das bindet Kapazitäten und wird das Gesundheitssystem in Deutschland auf Dauer an seine personelle und finanzielle Belastungsgrenze bringen.



Das ist zu tun:

➡ Das deutsche Gesundheitswesen braucht wirksame Formen der Patientensteuerung und Koordination. Dies konstatierte der 128. Deutsche Ärztetag im Mai 2024 in einem mit großer Mehrheit gefassten Beschluss. Demnach bedarf es im Bereich der Akut- und Notfallversorgung einer validierten und standardisierten Ersteinschätzung von Akut- und Notfallpatientinnen und -patienten sowie nachfolgend einer verbindlichen Zuweisung in die bedarfsgerechte Versorgungsebene.

In der Regelversorgung sollen Patientinnen und Patienten nach dem Beschluss des Deutschen Ärztetages für die primäre Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung eine Arztpraxis verbindlich wählen. Dieser erste Anlaufpunkt übernimmt für alle gesundheitlichen Anliegen die primärärztliche Versorgung sowie die Koordination einer notwendigen Weiterbehandlung bei Fachärztinnen und Fachärzten in allen Gebieten und in weiteren Versorgungsbereichen. Die primärärztliche Versorgung erfolgt durch eine Hausärztin/einen Hausarzt.

Das SGB V ermöglicht gemäß § 73b schon heute die hausarztzentrierte Versorgung, die die qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Koordinations- und Integrationsfunktion der Hausärztinnen und Hausärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen Fachärztinnen und Fachärzten fördert. Dies hat sich

bewährt und ist weiter auszubauen. Dabei bleibt z. B. in der gynäkologischen und augenärztlichen Versorgung der unmittelbare Zugang zur fachärztlichen Versorgung erhalten. Bei Patientinnen und Patienten mit einer besonders im Vordergrund stehenden chronischen Erkrankung, die eine intensive und kontinuierliche fachärztliche Versorgung erfordert, kann die Behandlungskoordination durch die behandelnde Fachärztin bzw. den behandelnden Facharzt erfolgen.

➡ Die Koordination von Patientinnen und Patienten, sowohl in der Notfall- als auch in der Regelversorgung, ist digital zu unterstützen, damit in allen Versorgungsbereichen ein schneller und sicherer Datenaustausch sowie die notwendige Systemkompatibilität gewährleistet ist.

➡ Damit die große Mehrheit der Patientinnen und Patienten den Weg in die geeigneten Versorgungsstrukturen findet, ist die Förderung der Gesundheitssystemkompetenz der Bevölkerung grundlegend.

➡ Wichtig sind zudem Anreize, wie eine attraktive Ausgestaltung der Versorgungsangebote und kurze Wartezeiten, gegebenenfalls aber auch monetäre Incentives, wie zum Beispiel attraktive Krankenkassenwahltarife.

Nachwuchs fördern. Fachkräfte sichern.

Befund:

 Der Ärztemangel ist keine Prognose mehr, sondern in vielen Regionen Deutschlands längst Realität. Knapp 5 000 Hausärztinnen und Hausärzte fehlen, in den Krankenhäusern sind rund 3 000 Stellen im ärztlichen Dienst unbesetzt. Die Lage wird sich weiter verschärfen. Von allen berufstätigen Ärztinnen und Ärzten haben acht Prozent bereits das 65. Lebensjahr vollendet. Weitere zwölf Prozent sind zwischen 60 und 65 Jahre alt. Jeder fünfte berufstätige Arzt wird also bald aus dem Berufsleben ausscheiden. Damit steuert Deutschland auf einen realen Versorgungsnotstand hin, mit gravierenden Auswirkungen auf fast alle Gesellschaftsbereiche.

Das ist zu tun:

 Fachkräftesicherung fängt bereits im Medizinstudium an. Die seit vielen Jahren angekündigte Reform des Medizinstudiums, die auch eine engere Verzahnung von praktisch und grundlagenwissenschaftlichen Inhalten sowie eine Stärkung der Allgemeinmedizin vorsieht, ist endlich umzusetzen. Zusätzliche Ausbildungskapazitäten sind zu schaffen und zu finanzieren.

 Ärztliche Weiterbildung muss in der Verantwortung der Landesärztekammern und der Bundesärztekammer gestärkt und endlich angemessen finanziert werden.

 Für einen langfristigen Verbleib der künftigen Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung bedarf es attraktiver und familienfreundlicher beruflicher Rahmenbedingungen. Maßnahmen gegen die zunehmende Arbeitsverdichtung in Klinik und Praxis sind zentral, um die Berufszufriedenheit zu erhöhen und eine nachhaltige und motivierte Fachkräftebasis zu sichern.

 Ärztinnen und Ärzte müssen im Rahmen ihrer Berufsausübung vor körperlicher und verbaler Gewalt geschützt werden.

 Auch Ärztinnen und Ärzte im Ruhestandsalter sind oftmals bereit, zumindest in Teilzeit weiterhin in der Patientenversorgung tätig zu sein. Angesichts der bevorstehenden Ruhestandswelle im ärztlichen Bereich sind gesetzliche, insbesondere steuergesetzliche Regelungen zu schaffen, damit diese Ärztinnen und Ärzte ihre Arbeitskraft und ihr Erfahrungswissen weiterhin in die Versorgung einbringen können.

 Ebenso wichtig sind effiziente und transparente Verfahren, um Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland, nach gründlicher Prüfung der vorliegenden Qualifikationen und Sprachkenntnisse, so schnell wie möglich in das Berufsleben zu integrieren.

Bürokratie begrenzen. Mehr Zeit für Zuwendung.

Befund:

 Im medizinischen Alltag beklagen Ärztinnen und Ärzte sowie viele weitere Gesundheitsberufe, dass bürokratische Vorgaben, Dokumentationspflichten und Kontrollen überhandnehmen, oftmals keinen Mehrwert bieten und wertvolle Zeit binden, die der eigentlichen Patientenversorgung nicht mehr zur Verfügung steht. Wenn zu wenig Zeit für die Patientinnen und Patienten bleibt, führt dies unter den Beschäftigten zu Berufsverdrossenheit – ein mit Blick auf den grassierenden Fachkräftemangel alarmierender Befund.

Das ist zu tun:

 Für einen wirksamen Bürokratieabbau im deutschen Gesundheitswesen müssen diejenigen eng eingebunden werden, die tagtäglich mit bürokratischen Vorgaben und Dokumentationspflichten umgehen müssen. Die bereits in großer Zahl vorliegenden konkreten Vorschläge müssen endlich aufgegriffen werden.

 Vom Bundesgesundheitsministerium ist eine „Taskforce Entbürokratisierung“ einzurichten, in der mit Vertretern der Ärzteschaft und weiteren Gesundheitsberufen ein praxisnahes Entbürokratisierungsgesetz für alle Versorgungsbereiche erarbeitet wird.

 Unter anderem bedarf es neuer sektorenverbindender digitaler Kommunikationskanäle sowie einer Harmonisierung von Praxisverwaltungs- und Krankenhausinformationssystemen, um Kommunikationsbrüche zu ver-

meiden und bürokratische Belastungen zu reduzieren.

 Die Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes sollten immer einem Kosten-Nutzen-Prinzip unterliegen. Statt Einzelfallprüfungen sollten statistische Stichprobenprüfungen und Prüfungen gebündelt durchgeführt werden.

 Notwendig ist die Einführung einer validen Bürokratiefolgenabschätzung bei allen gesundheitspolitischen Reformgesetzen. Diese Abschätzung sollte vorab klären, welche bürokratischen Belastungen durch neue Gesetze entstehen können, damit die administrativen Vorgaben für die Beschäftigten so gering wie möglich gehalten werden können. Vorhaben, bei denen der bürokratische Zusatzaufwand den Nutzen übersteigt, dürfen nicht umgesetzt werden.

Auf den Krisenfall vorbereiten. Resilienzstrategie für das Gesundheitswesen.

Befund:

 Deutschland erlebt eine Zeit wachsender Bedrohungen von innen wie außen. Die Nachwirkungen der Pandemie, der russische Angriffskrieg auf die Ukraine, die Extremwetterereignisse in Folge des Klimawandels, die Frage nach der Energiesicherheit, Cyberangriffe und politischer Extremismus stellen die Frage nach der Krisenresilienz in einer seit Jahrzehnten nicht gekannten Dringlichkeit. Das gilt auch und gerade für das Gesundheitswesen, das für die Daseinsvorsorge und den gesellschaftlichen Zusammenhalt von zentraler Bedeutung ist.

Das ist zu tun:

 Gute Vorbereitung, ausreichende Vorhaltung, klar geregelte Zuständigkeiten und trainierte Abläufe sind elementar, um für den Krisenfall gewappnet zu sein.

 Das Gesundheitswesen in Deutschland braucht eine umfassende Resilienzstrategie. Diese muss unter anderem Maßnahmen für sichere Lieferketten für Arzneimittel und Medizinprodukte, für (digitale) Kommunikationsstrukturen und eine stabile Fachkräfteverfügbarkeit sowie deren Refinanzierung umfassen.

 Konkret sind regelmäßige, verpflichtende und staatlich finanzierte Notfallübungen in allen Krankenhäusern erforderlich, um für den Krisenfall vorbereitet zu sein. Ebenso muss die zivil-militärische Zusammenarbeit ausgebaut werden, um bei Krisen optimal reagieren zu können.

 Bei allen gesundheitspolitischen Gesetzgebungsverfahren muss auch der Krisenfall mitgedacht werden – zum Beispiel um zu vermeiden, dass durch den Abbau von Versorgungsstrukturen notwendige Reservekapazitäten nicht mehr im ausreichenden Maße zur Verfügung stehen.

Den Fokus nicht verlieren. Klimawandel bleibt die langfristig größte Bedrohung für die Gesundheit.

Befund:

 Der Klimawandel stellt trotz globaler Herausforderungen wie geopolitischen Konflikten oder wirtschaftlichen Krisen die langfristig größte Bedrohung für die menschliche Gesundheit dar. Hitze, extreme Wetterereignisse und vektorübertragene Infektionskrankheiten haben erhebliche direkte und indirekte Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Das Gesundheitswesen trägt rund sechs Prozent zum CO₂-Fußabdruck Deutschlands bei. Daher ist es für den Klimawandel mit verantwortlich. Gleichzeitig sind es Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser, Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen, die die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels abfangen müssen. Angesichts dieser Umstände ist eine Transformation des Gesundheitswesens hin zu Klimaresilienz und Klimaneutralität unerlässlich.

Das ist zu tun:

 Der gesundheitliche Hitzeschutz muss auf Landes- und Bundesebene sowie auf kommunaler Ebene verbindlich etabliert werden. Hierfür braucht es klare rechtliche Vorgaben, die den Hitzeschutz als Pflichtaufgabe verankern.

 Die Arzneimittelproduktion birgt ein beachtliches Potenzial zur Reduktion von Treibhausgasemissionen. Als Vorbild können die nachhaltigen Herstellungsmethoden bei Medikamen-

ten zur Behandlung von Atemwegserkrankungen dienen. Ein Ausbau europäischer Produktionskapazitäten ist in diesem Kontext anzustreben.

 Um die erforderliche Transformation des Gesundheitswesens zu ermöglichen und Investitionen in Klimaschutz sowie Maßnahmen zur Klimaanpassung zu fördern, braucht es ein solides Finanzierungsmodell für die Umsetzung.

Freiberuflichkeit sichern. Selbstverwaltung stärken.

Befund:

➔ Ärztinnen und Ärzte üben unabhängig von Stellung und Ort der ärztlichen Tätigkeit einen freien Beruf aus. Grundlegend dafür sind das ärztliche Berufsethos, die Gemeinwohlorientierung der ärztlichen Tätigkeit und die spezifisch ärztliche Fachkompetenz, aus denen sich die Therapiefreiheit und Weisungsunabhängigkeit bei ärztlichen Entscheidungen ableiten. Unzureichende finanzielle und personelle Ressourcen trotz steigendem Behandlungsbedarf, staatsdirigistische Eingriffe in die Selbstverwaltung und eine überbordende Kontrollbürokratie gefährden die ärztliche Freiberuflichkeit und engen den Spielraum freiheitlicher Berufsausübung zunehmend ein. Die Abgrenzung von Gewerbe und freiem Beruf verschimmt auch im Zuge einer fortschreitenden Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung.



Das ist zu tun:

➡ Die fachliche Weisungsungebundenheit der Ärztinnen und Ärzte und die damit verbundene Verpflichtung zur Übernahme von Verantwortung für das Wohl ihrer Patientinnen und Patienten sind unabdingbar für einen wirkamen Patientenschutz. Die Politik ist aufgefordert, sich klar und unmissverständlich zum Erhalt und zur Stärkung des freiheitlichen Gesundheitswesens in Deutschland zu bekennen.

➡ Der Arztberuf als freier Beruf ist vor den Auswirkungen der fortschreitenden Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung zu schützen. Wenn in den Krankenhäusern Wettbewerbs- und Kostendruck zu Vorgaben führen, die ärztlich verantwortungsvolles Handeln tangieren, und wenn im ambulanten Bereich durch den Einstieg von rein gewinnorientierten Fremdinvestoren in Medizinische Versorgungszentren Renditeerwartungen das Angebot und die Therapieentscheidungen bestimmen, ist das mit dem Wesen der freiberuflichen Tätigkeit nicht mehr vereinbar. Die unzulässige Einflussnahme von Dritten muss durch

entsprechende gesetzliche Regulierungen verhindert werden.

➡ Mit dem Prinzip der Freiberuflichkeit untrennbar verbunden ist die berufliche Selbstverwaltung als freiheitliches Organisationsprinzip. Aufgrund ihrer Sachkenntnis, ihrer Nähe zur Praxis und der Bindung zu ihren Mitgliedern regeln die ärztlichen Selbstverwaltungsorganisationen viele Details besser und effizienter, als es die Politik jemals könnte.

Dabei stehen die Ärztekammern für das Prinzip der professionellen Selbstkontrolle, für die Einhaltung der ärztlichen Standards, der ethischen Grundsätze und damit für die Qualität einer patientenzentrierten medizinischen Versorgung. Statt die Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung durch staatsdirigistische oder wachsende europäische Einflussnahmen zu beschneiden, sind ihre Strukturen zu stärken und auszubauen. Dazu gehört eine Stärkung der Mitwirkungsmöglichkeiten der Bundesärztekammer in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Impressum

© Bundesärztekammer 2024

Herausgeber:

Bundesärztekammer,
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

Redaktion:

Dezernat Politik und Kommunikation, Bundesärztekammer

Satz:

Deutscher Ärzteverlag GmbH, Dieselstraße 2, 50859 Köln

Druck und Bindung:

wirmachendruck.de

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung, Mikroskopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken sowie zur Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Druck und Aufnahme in elektronische Datenbanken, auch auszugsweise – außer zur ausschließlich privaten Verwendung –, nur mit Genehmigung der Bundesärztekammer.



Bildquellen:

Titelbild: PatrickPoendl/iStock Getty-Images

S. 2: monkeybusinessimages/iStock Getty Images

S4: Irina Shatilova/iStock Getty Images

S10: Kzenonstock.adobe.com



Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
www.bundesaerztekammer.de