Berliner Erklärung 2017

der Sprecherinnen und Sprecher der CDU/CSU-Landtagsfraktionen

Der Patient im Mittelpunkt: Die Herausforderungen des Gesundheitswesens klar benennen - Ambulante und stationäre Versorgung zukunftsfest machen

Auch im Jahr 2017 hat Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Damit das so bleibt, müssen wir rechtzeitig auf die Herausforderungen der Zukunft reagieren. Eine zentrale Aufgabe in den kommenden Jahren stellt die medizinische Versorgung unserer älter werdenden Bevölkerung dar. Die deutsche Bevölkerung hat bereits heute eines der höchsten Durchschnittsalter weltweit. Bis zum Jahr 2040 wird die Zahl der Menschen über 67 Jahre weiter ansteigen auf voraussichtlich 21,5 Millionen. Viele von ihnen leben in ländlichen Regionen. Um ihnen auch weiterhin eine erstklassige medizinische Versorgung zuteilwerden zu lassen, müssen wir die haus- und fachärztliche Versorgung in der Fläche sicherstellen. Dies gilt sowohl für den Bereich der ambulanten wie stationären Versorgung. Eine Kernherausforderung wird es, die sektorenübergreifende Versorgung neu zu gestalten, um eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung dauerhaft zu sichern. Hierbei gilt es, die vom Bundesgesundheitsministerium ergriffenen Maßnahmen, u.a. mit dem Krankenhausstruktur- sowie dem eHealth-Gesetz, konsequent auf Landesebene umzusetzen und fortzuführen.

Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum stärken, Fördermaßnahmen entwickeln

Der Bedarf an Hausärzten bzw. die offen werdenden Stellen zur Nachbesetzung steigen stetig an. Es ist bereits heute absehbar, dass sich dieser Trend auch in den kommenden Jahren fortsetzen wird. Nach Prognosen benötigt der ambulante Sektor bis 2030 über 4.800 Ärzte, um das heutige Niveau aufrechtzuerhalten. Um die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum zu sichern, streben wir an, Haus- und Fachärzte in ländlichen Regionen besser zu entlohnen. Hierzu fordern wir den Erweiterten Bewertungsausschuss auf, leistungsbezogene Behandlungspauschalen zur Angleichung der ambulanten und stationären Vergütung zu entwickeln. Gleiche Leistungen im ambulanten und stationären Sektor sollen gleich vergütet werden.

Entsprechend der Maßgabe „ambulant vor stationär“ fordern wir die Selbstverwaltung auf, den Empfehlungen des „Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ nachzukommen und weitere finanzielle Anreize zu entwickeln, die die Attraktivität des Berufs des Allge-

meinmediziners steigern. Konkret sehen wir beispielsweise eine Möglichkeit in der Staffelung der Vergütungszuschläge in unterversorgten Gebieten je nach Versorgungsgrad, wie u.a. von der Gesundheitsministerkonferenz vorgeschlagen.

Als gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Landtagsfraktionen werden wir uns für Maßnahmen einsetzen, die die Existenz von Haus- und Fachärzten im ländlichen Raum fördern. Ein Vorbild dafür bietet u.a. das „Förderprogramm zum Erhalt und zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung“ aus Bayern. Seit 2012 werden Ärzte, die sich dazu verpflichten, sich für mindestens fünf Jahre mit einer Praxis im ländlichen Raum niederzulassen, mit bis zu 60.000 Euro gefördert. Auch im Saarland existiert ein diesbezügliches Förderprogramm. Im Rahmen des EU LEADER-Programms unterstützt der Freistaat Sachsen Ärzte bei der Niederlassung in ländlichen Regionen. Die Förderung kann gezielt für den Bau, die Ausstattung der Praxis und für das eigene Wohnen verwendet werden. In Nordrhein-Westfalen erhalten Hausärztinnen und Hausärzte im Rahmen des Hausarztaktionsprogramms Förderungen in Höhe von bis zu 50.000 Euro bei der Niederlassung in Gebieten, in denen die hausärztliche Versorgung gefährdet ist, bei der Anstellung von Ärztinnen und Ärzten und bei der Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten während der Praxisphase.

Wir begrüßen die Initiierung bundeseinheitlicher Qualitätsvorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Diese Indikatoren haben allerdings unmittelbaren Einfluss auf die Krankenhausplanung der Länder. Aus diesem Grund sollten Bundesländer, da wo es sinnvoll ist, nach § 6 Abs. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eine landesrechtliche Lösung erarbeiten, welche die empfohlenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren an den Bedürfnissen der Krankenhausplanung ausrichtet. Nur dann können insbesondere die Flächenländer den spezifischen Anforderungen gerecht werden und eine lückenlose Gesundheitsversorgung gewährleisten.

Um die medizinische Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig und langfristig sicherstellen zu können, ist es notwendig, bereits im Medizinstudium die richtigen Weichen zu stellen. Daher begrüßen wir die Maßnahmen im „Masterplan Medizinstudium 2020“, den u.a. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Bundesforschungsministerin Professorin Johanna Wanka beschlossen haben. Um dem Hausarztmangel, insbesondere in ländlichen Regionen langfristig entgegenzuwirken, soll die Allgemeinmedizin im Curriculum des Medizinstudiums gestärkt werden.

Als gesundheitspolitische Sprecher setzen wir uns zudem für eine bessere Kooperation zwischen den medizinischen Fakultäten und akademischen Lehr-

krankenhäusern im Umfeld der Hochschulen ein. Solche Ausbildungspartnerschaften sind eine gute Möglichkeit, die Ausbildung junger Mediziner in unserem Land zu stärken und auf diesem Weg zu einer langfristig guten Versorgung beizutragen. Wir fordern die Kassenärztlichen Vereinigungen, die für die Absicherung der umfassenden medizinischen Versorgung verantwortlich sind („Sicherstellungsauftrag“), auf, sich an entsprechenden Initiativen aktiv zu beteiligen und gemeinsam mit den jeweiligen Landesregierungen passgenaue Lösungen zu entwickeln. Der Bund sollte entsprechende Modellprojekte im Rahmen einer „Qualifizierungsoffensive“ aktiv – auch finanziell – unterstützen.

Weiterhin begrüßen wir den im Masterplan enthaltenen Vorschlag, zehn Prozent der Medizinstudienplätze an Bewerber zu vergeben, die sich bis zu zehn Jahren zur Tätigkeit als Hausarzt verpflichten. Als gesundheitspolitische Sprecher der Länder werden wir uns für eine Nutzung der „Landarztquote“ stark machen. Um die Zahl der Medizinstudenten langfristig zu erhöhen, fordern wir zudem, dass, neben der Abiturnote und dem individuellen Auswahlverfahren, stärker als bisher weitere möglichst bundeseinheitliche Auswahlkriterien, wie die Sozialkompetenz und die Eigenmotivation der Studienbewerber, über die Aufnahme zum Medizinstudium entscheiden.

Die Aufstockung der Medizinstudienplätze muss stärker nach den individuellen Versorgungsbedürfnissen der einzelnen Bundesländer erfolgen. Quantität darf aber nicht auf Kosten der Qualität gehen. Aus diesem Grund werden wir als gesundheitspolitische Sprecher darauf hinwirken, dass die Länder Medizinstudiengänge adäquat finanzieren und die Curricula gemeinsam mit den Ärztekammern weiter optimieren.

Notfallversorgung flächendeckend sicherstellen, ambulante Versorgung ausbauen

Immer häufiger klagen Rettungsstellen in Kliniken über eine Überlastung. Insbesondere Patienten mit Erkrankungen, bei denen eine Behandlung oder ein Aufenthalt im Krankenhaus aus medizinischer Sicht nicht notwendig ist – laut einer Studie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sind dies deutschlandweit rund drei Millionen pro Jahr – könnten in ambulanten Praxen medizinisch besser betreut werden. Um die Notfallversorgung in Krankenhäusern zu entlasten, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Pflicht, den Ausbau der Portalpraxen stärker voranzutreiben.

Als Sprecher der CDU/CSU-Landtagsfraktionen werden wir uns für eine bessere finanzielle Förderung der Portalpraxen einsetzen. Konkret muss die Beantragung und Bewilligung bzw. Ablehnung einer Portalpraxis künftig schneller und mit weniger bürokratischem Aufwand erfolgen. Um mehr Krankenhäuser davon zu überzeugen, eine Portalpraxis zu eröffnen, ist die Selbstverwaltung gefor-

dert, die Vergütungsregelungen für Leistungen der Portalpraxen laufend an die aktuellen Anforderungen anzupassen.

Eine weitere Maßnahme zur Sicherstellung einer schnellen Erstversorgung können Notfall-Apps sein. Daher fordern wir, verstärkt Pilotprojekte mit zertifizierten Notfall-Apps in den Ländern durchzuführen. Vorbild hierfür kann die Notfall-App „SOS“ der Vereinten Hatzalah Freiwilligen Notfalldienste aus Israel oder „FirstAED“ aus Dänemark sein. In Deutschland wurde die App „Mobile-Retter“ bereits in einigen Regionen erfolgreich getestet. Diese Tests gilt es nun auszuwerten und auf ihre Alltagstauglichkeit zu prüfen. Auf dieser Basis kann die App technisch weiterentwickelt werden und mittel- und langfristig die Notfallversorgung ergänzen. Auch die BRK-Notruf-App (BRK Schwaben) und das japanische Tool „My SOS“, die alle gut kompatibel sind und die wir besser untereinander vernetzen müssen, seien an dieser Stelle genannt.

Zudem fordern wir die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, ihrem gesetzlichen Auftrag nachzukommen und ihren Beitrag zu einer zuverlässigen Notfallversorgung zu leisten. Dazu muss der Bekanntheitsgrad des ärztlichen Notdienstes mit der Nummer 116117 der Kassenärztlichen Vereinigungen deutlich gesteigert werden. Er muss eine echte Alternative zum Rettungsdienst werden.
Ganz wichtig ist aber: Wir brauchen ein möglichst bundesweites Defi-Kataster. Denn AEDs nützen nichts, wenn man sie im Fall des Falles nicht findet. Auch brauchen deshalb die einzelnen Defis eine eingebaute Finder-Funktion.

Entlassmanagement verbessern, Patientenwohl stärken

Obwohl bereits heute technisch eine rein digitale Kommunikation zwischen Kliniken, Haus- und Fachärzten möglich wäre, erfolgt der Austausch zwischen stationärem und ambulantem Sektor noch viel zu häufig über die Post. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sowie das eHealth-Gesetz haben bereits wesentliche Verbesserungen auf den Weg gebracht. Beispielsweise sind Kliniken ab Juli 2017 verpflichtet, Entlasspläne zu erstellen, damit eine lückenlose Anschlussversorgung gewährleistet wird. Als gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Landtagsfraktionen werden wir uns dafür einsetzen, dass der Nutzen von Entlassplänen evaluiert und die damit zusammenhängenden Strukturen, falls notwendig, angepasst werden.

Dies kann jedoch nur ein erster Schritt sein. Wir möchten, dass der Austausch unter den Ärzten zukünftig noch schneller und unkomplizierter funktioniert. Ob Zugriff auf die Krankenhausakte (ePatientenakte), eine Zweitdiagnose, den Medikationsplan oder Notfalldaten – wir benötigen einen sicheren Datentransfer und die notwendigen Schnittstellen, damit mehr Kommunikationsprozesse digital und standardisiert erfolgen können. Ein erster Meilenstein hierfür ist der

Bundesregierung in der aktuellen Legislaturperiode mit dem eHealth-Gesetz und dem erfolgreichen Test der elektronischen Gesundheitskarte gelungen. Jetzt gilt es, die Infrastruktur rasch in ganz Deutschland bereitzustellen, damit die Chancen der Vernetzung alle Menschen in unserem Land erreichen. Wir fordern die Selbstverwaltung auf, den „Roll Out“ der hochsicheren neuen Infrastruktur aktiv mit dem Ziel zu steuern, dass bis Ende nächsten Jahres alle Arztpraxen und Krankenhäuser die neue Infrastruktur nutzen können. Im nächsten Schritt erwarten wir von der neu gewählten Bundesregierung wirksame Impulse, um rasch auch die dringend notwendigen medizinischen Anwendungen wie Notfalldaten und Medikationspläne, aber vor allem auch eine elektronische Patientenakte auf den Weg zu bringen. Alle darauf ausgerichteten Bemühungen werden wir auch auf Länderebene unterstützen.

Einführung des Online-Klinikspiegels für den besseren Kontakt zwischen Arzt und Patient

Zur Verbesserung des Patientenkontakts und zur Steigerung der Transparenz dient auch der sogenannte Klinikspiegel der Landeskrankenhausgesellschaften. Wir begrüßen dieses Online- Instrument zur Darstellung von u.a. patientenverständlichen Informationen und Klinikportraits. In noch nicht allen Bundesländern sind solche Internetseiten eingerichtet worden, daher werden wir auch in Zukunft hierfür werben.

Individuelle Betreuung vor Ort verbessern, persönlichen Patientenkontakt stärken

Gerade bei älteren Menschen stärkt im Krankheitsfall ein persönlicher Ansprechpartner das subjektive Sicherheitsempfinden. Daher unterstützen wir die Positionierung des „Bundesfachausschuss Gesundheit und Pflege“ der CDU Deutschlands, dass spezifische ärztliche Leistungen auch in Zukunft vermehrt an qualifizierte nicht-ärztliche Fachkräfte delegiert werden können. Deshalb fordern wir eine stärkere Umsetzung von Projekten wie das „Agnes Zwei“-Programm der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg gemeinsam mit den regionalen Krankenkassen, um die persönliche Betreuung der Patienten zu stärken. Hier kümmern sich sogenannte Fallmanager in einem bestimmten Zeitraum um besonders betreuungsintensive und ältere Patienten. Dabei stehen sie permanent im engen Austausch mit behandelnden Fachärzten oder auch dem Hausarzt. Die "Agnes Zwei"-Fachkraft darf außerdem im Rahmen von Hausbesuchen vom Arzt angeordnete, den Arzt entlastende Tätigkeiten ausführen. Dabei ist ebenso das Weiterbildungsprogramm „VERAH“ aus Sachsen und dem Saarland ein positives Beispiel. Hier besteht für erfahrene Medizinische Fachangestellte die Möglichkeit, sich über eine hochqualifizierte Weiterbildungsmaßnahme fortzubilden und als „Versorgungsassistent in der Hausarztpraxis“, den Arzt auch außerhalb der Praxis zu unterstützen.

Initiative für bessere Gesundheitskompetenz

Als gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Landtagsfraktionen unterstützen wir nachdrücklich alle Maßnahmen, die zu einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz in unserem Land beitragen. Unser ganzes Arbeiten in den vielfältigen Feldern des Gesundheitsbereichs muss darauf ausgerichtet sein, dass unser Gesundheitssystem nicht nur leistungsfähiger, sondern auch patienten- und werteorientierter wird. Aus diesem Grund unterstützen wir die am 19. Juni 2017 gegründete „Allianz für Gesundheitskompetenz", an der alle Akteure unseres Gesundheitswesens beteiligt sind und deren Ziel es ist, durch bessere Information und Kommunikation verständlicher und patientenorientierter zu versorgen. Wir begrüßen es außerordentlich, dass auch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder sich hier aktiv eingebracht hat. Wir werden diesen Impuls aufgreifen, um vor Ort in unseren Ländern und Regionen diese gemeinsame Initiative im Interesse der Patientinnen und Patienten mit Leben zu füllen.

Sozial gerechte Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung

Seit Januar 2015 beträgt der allgemeine einkommensabhängige Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung 14,6 Prozent, wobei die Hälfte dieses Beitragssatzes, also 7,3 Prozent im Regelfall die Arbeitnehmer bzw. die Rentner und die andere Hälfte die Arbeitgeber bzw. der Rentenversicherungsträger begleicht.

Die Krankenkassen können darüber hinaus einkommensabhängige Zusatzbeiträge erheben. Seit Januar 2015 wird diese Option von fast allen Krankenkassen in Anspruch genommen. Das Auseinanderdriften der Zusatzbeiträge darf nicht zu einer weiteren Spreizung der paritätischen Beitragserhebung in der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Bei der Betrachtung der paritätischen Finanzierung müssen allerdings auch die einseitig, arbeitgeberseitig finanzierten Bestandteile berücksichtigt werden.

Wir unterstützen zudem die Prüfung einer Regionalkomponente im Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) der gesetzlichen Krankenversicherung, mit dem Ziel, bestehende Wettbewerbsnachteile abzubauen.