





Erkenntnisse  
aus der  
Pandemie:  
Es ist an der  
Zeit, dass sich  
etwas ändert!



## Rahmenbedingungen:

# Unser Gesundheitssystem im 21. Jahrhundert – Chancen und Risiken

Unser Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen. Im Spannungsfeld von medizinischem Fortschritt, demographischer Entwicklung und digitaler Transformation gilt es, eine qualitativ hochwertige Versorgung langfristig sicherzustellen.

Die Entwicklung eines Gesundheitssystems, das den medizinischen Fortschritt zeitnah, sozial gerecht und wirtschaftlich umsetzt, ist eine der größten Herausforderungen unserer Zeit. Ein Gesundheitssystem, das einerseits einen breiten Zugang zu den Ressourcen und Innovationen ermöglicht und für den einzelnen Menschen als auch für die Gesellschaft bezahlbar bleibt, ist eines der wichtigsten Fundamente für den gesellschaftlichen Zusammenhalt.

In der Medizin und in der Pflege gibt es heute durch die Dynamik der Technologie-Entwicklungen, durch Forschung und die Möglichkeiten, große Datenmengen

zu erfassen und gezielt auszuwerten, ein beispielloses Potenzial, um eine bessere Präzision in der Diagnostik und Therapie, aber besonders in der Prävention zu erreichen. Die Nutzung von großen Datenmengen sollte mit Zustimmung der PatientInnen unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen erfolgen können, damit eine Nutzung von Daten für das individuelle und das Gemeinwohl nicht verhindert wird. Auf Seiten der PatientInnen gibt es eine große Bereitschaft, dieses Potenzial zu nutzen.

Gleichzeitig kritisieren PatientInnen - zu Recht -, dass die medizinische Versorgung und der Zugang zu Leistungen unterschiedlich sind und der medizinische Fortschritt in Deutschland erst mit erheblicher Verzögerung bei den Menschen ankommt. Zudem liegt der Fokus des Gesundheitssystems in Deutschland auf der Versorgung von schweren und chronisch Erkrankten, wodurch mittel- und langfristige Präventionschancen versäumt werden.

## Reformvorschläge aus Patientensicht:

# Die „Roadmap für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem“ aus dem Pfizer-Patienten-Dialog

Das forschende Pharma-Unternehmen Pfizer führt seit vielen Jahren einen produktiven und innovativen Austausch mit PatientInnen und Patientenorganisationen im Rahmen des Pfizer-Patienten-Dialogs. Im Mittelpunkt des Austauschs stehen aktuelle Themen und Fragestellungen aus Gesundheit, Forschung und Versorgung.

Dabei wurde der Wunsch der PatientInnen aufgenommen, nicht nur Gesundheitsinformationen gemeinsam patientengerecht zu entwickeln, sondern auch die politischen Rahmenbedingungen gemeinsamen mit vielen ExpertInnen aus der Medizin, Pflege, Wissenschaft sowie der Politik anzugehen. So entstand aus dem Pfizer-Patienten-Dialog die „Roadmap für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem“ mit 10 Beiträgen zu Reformen im Gesundheitssystem.

Die Roadmap führt das komplexe Wissen von ExpertInnen aus Medizin, Pflege, Gesundheitspolitik und Patientenarbeit zusammen. Die Roadmap-Beiträge erläutern, welche Änderungen und Verbesserungen im Gesundheitssystem nötig und möglich sind. Es sind keine theoretischen Vorstellungen, sondern konkrete Handlungsempfehlungen aus der Praxis für die Praxis. Zentrale Anliegen sind dabei u.a. Förderung der Arzt-Patienten-Kommunikation, Förderung von Gesundheitskompetenz, bessere Arbeitsbedingungen für Pflegefachpersonen, bessere Koordinierung der Sektoren des Gesundheitssystems, besserer Zugang zur Versorgung mit geringeren Wartezeiten, Stärkung der Patientenpartizipation im Gesundheitssystem sowie digitale Transformation mit Patientenorientierung.

---

## Gemeinsame Ziele:

# Von der Roadmap zum White Paper

Zentrale Ideen und Anliegen aus der Roadmap sind in das vorliegende „White Paper für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem“ eingeflossen. Zusätzlich wurden Inhalte der Roadmap in einem digitalen Patientenkonvent mit VertreterInnen aus Medizin und Wissenschaft diskutiert und weiterentwickelt. Die Kompatibilität der Ansätze aus Patientenarbeit, Medizin und Wissenschaft führte zu dem Commitment, einen gemeinsamen Ansatz zu verfolgen und im vorliegenden White Paper entsprechende Handlungsempfehlungen zu formulieren.

Über eine „Innovation Challenge“ wurde zudem ein zusätzliches Meinungsbild erstellt, wobei der Fokus auf die Perspektive der jüngeren Generation gelegt wurde. Im

Rahmen der Innovation Challenge waren Studierenden-Teams aufgerufen, eigene Vorschläge und Ansätze für aus Ihrer Sicht notwendige Reformen des Gesundheitssystems zu entwickeln. Die Einreichungen der Innovation Challenge zeigen deutlich, dass das Thema eines zukunftsfähigen und patientenorientierten Gesundheitssystems auch von der jüngeren Generation mitgetragen wird. Das hohe Interesse der Studierenden hat auch gezeigt, dass gerade junge Erwachsene gegenüber einer Einbindung in den integrativen Prozess zur Etablierung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems aufgeschlossen sind und dass viele junge Erwachsene eine Verbesserung der Möglichkeiten für eine Mitwirkung im Gesundheitssystem einfordern.

## SARS-CoV-2-Pandemie:

# Gesundheit wird Top-Thema der politischen Agenda

Die SARS-CoV-2-Pandemie hat die Bedeutung der Gesundheit für die Gesellschaft, aber auch für jeden einzelnen und jede einzelne, schlagartig in den Mittelpunkt gerückt. Zugleich hat die Pandemie wie ein Brennglas deutlich gemacht, welche Herausforderungen ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem bewältigen muss und in welchen Bereichen des Systems Verbesserungen notwendig sind. Die gegenwärtige Pandemie fordert unser Gesundheitssystem in beispielloser Form heraus, auch in Krisensituationen robuster, flexibler, innovativer und anpassungsfähiger zu werden, und bietet somit auch eine Chance für eine positive Weiterentwicklung des Systems.

Der Kampf gegen die SARS-CoV-2-Pandemie hat deutlich gemacht, dass grundsätzlich eine große Solidarität für vulnerable Gruppen in der Gesellschaft besteht, die es unter Berücksichtigung ihrer Souveränität zu wahren gilt.

Die bisherige Bewältigung der Krise, welche uns vermutlich noch länger begleiten wird, hat gezeigt, dass die Kommunikation, der transparente Dialog auch kontroverser Standpunkte und die Kooperation von vielen en-

gagierten Personen zentrale Erfolgsfaktoren sind.

Für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems ist der kontinuierliche Dialog aller Stakeholder von essentieller Bedeutung, wobei die PatientInnen als Betroffene als auch die BürgerInnen insgesamt als potentiell Betroffene die wichtigsten Stakeholder sind. Im deutschen Gesundheitssystem und auch auf europäischer Ebene wird die Perspektive der PatientInnen jedoch nicht ausreichend reflektiert und in den Entwicklungen des Gesundheitssystems zu wenig berücksichtigt.

Es gilt, die Resilienz des deutschen Gesundheitssystems, das sich grundsätzlich in der Pandemie gut bewährt hat, zu steigern. Dies bedeutet weit mehr als Krisenpläne und Krisenprozesse zu verbessern und zu präzisieren. Maßgeblich ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems, um vor dem Hintergrund sich ständig ändernder Rahmenbedingungen für alle Menschen ein leistungsstarkes und gleichzeitig patientenwohlorientiertes Gesundheitssystem vorzuhalten, das auf zukünftige Krisen besser vorbereitet ist.

### **DIESER PROZESS WIRFT EINE REIHE VON FRAGEN AUF:**

- » *Welche Reformen im Gesundheitssystem sind notwendig, um es nachhaltig zu stärken?*
- » *Welche neuen Allianzen von Akteuren im Gesundheitssystem sind notwendig, um Reformen umzusetzen?*
- » *Welche Rolle spielen dabei der medizinische und pflegerische Fortschritt sowie die digitale Transformation?*
- » *Wie kann man nachhaltige Lösungen finden, die den konkreten Bedürfnissen der PatientInnen und PflegeempfängerInnen besser gerecht werden?*
- » *Wie kann eine gestufte regionale und überregionale Versorgung etabliert werden, mit der sich die vorhandenen Ressourcen effizient und patientengerecht einsetzen lassen?*

## Patientenorientierung:

# Zentrale Leitlinie für Reformen

Bei der Formulierung von Handlungsempfehlungen für Verbesserungen im Gesundheitssystem muss Patientenorientierung gewährleistet sein. „Patientenzentrierung“ bzw. „Patient Centricity“ darf keine Phrase im gesundheitspolitischen Diskurs sein, sondern sie muss konsequentes Vorgehensmodell unter Einbindung der Patientenperspektive sein. Zu berücksichtigen ist außerdem die Perspektive der Angehörigen, die unterstützende und pflegerische Aufgaben übernehmen.

Die Perspektive von PatientInnen und / oder PflegeempfängerInnen muss bei der Diskussion und Umsetzung zentraler Zukunftsthemen im Gesundheitswesen zukünftig eine wichtigere Rolle einnehmen. Daher brauchen wir eine Demokratisierung des Gesundheitssystems und bessere Beteiligungsmöglichkeiten für PatientInnen. Ein systemischer Ansatz in der Entwicklung von Versorgung, Forschung und Innovation ist für PatientInnen und die Zivilgesellschaft erforderlich. Im deutschen Gesundheitssystem gibt es kein Erkenntnisdefizit, sondern ein Handlungs- bzw. Umsetzungsdefizit. Deshalb sind neue Allianzen erforderlich, an denen Wissenschaft, klinische Medizin, Pflege und PatientInnen beteiligt sind.

Patientenrechte sind Bürgerrechte. Der Patient und der gesellschaftliche Zusammenhalt und nicht der Profit müssen Ausgangs- und Mittelpunkt für jegliche Weiterentwicklung des Gesundheitssystems sein.

Besonders wichtig ist dabei, den Zugang zu einer bedarfsgerechten und umfassenden medizinischen und /

oder pflegerischen Versorgung zu verbessern. MedizinerInnen berichten aus der Praxis, dass PatientInnen in unserem offenen und diversifizierten Gesundheitssystem häufig die Sorge haben, durch Zufall oder Mangel nicht an der geeignetsten Versorgung teilhaben zu können. So kommt es aus Unsicherheit zu einer parallelen und redundanten Inanspruchnahme der vorhandenen Ressourcen (z.B. Mehrfach-Diagnostik mit unterschiedlichen bildgebenden Verfahren). Dies ist auch auf eine nicht ausgewogene regionale Verteilung der Versorgung zurückzuführen. Seit einiger Zeit gibt es unterschiedliche Bestrebungen und Maßnahmen, um die Versorgung in strukturschwachen Gebieten, z.B. im ländlichen Raum, oder in Gebieten mit besonderen Bedarfen, z.B. aufgrund des demografischen Wandels, zu verbessern. Hieraus ergibt sich ein dringender Bedarf, zeitnah ein übergeordnetes Strukturkonzept für eine gestufte medizinische Versorgung in Deutschland vorzulegen.

Konkret werden von PatientInnen als Mißstände wahrgenommen: Lange Wartezeiten für Termine in der spezialärztlichen Versorgung mit der Folge auch wiederholter nicht zum Ziel führender diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, widersprüchliche prognostische Einschätzungen und vermeidbare Notfallsituationen bzw. falsche Behandlungen in einer Notfallsituation oder bei einer komplexen Erkrankung, sowie unzureichende Personalausstattung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Die Pandemiesituation wirkt durch die Reduzierung der Ressourcen für nicht akute Geschehen als Verstärker vieler Probleme.



Für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem:

## Handlungsempfehlungen

Auf dem Weg zu einem zukunftsfähigen Gesundheitssystem kommt den folgenden Zielen und Maßnahmen eine hohe Priorität zu. Bei einer Umsetzung von Maßnahmen ist dabei besonders wichtig, die Patientenperspektive zu berücksichtigen, PatientInnen aktiv in die entsprechenden Prozesse einzubeziehen und die Beteiligungsmöglichkeiten für PatientInnen zu verbessern.

**DIE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN LAUTEN DAHER:**

- » *Zugang zur fachärztlichen und spezialisierten Versorgung verbessern. (S. 10)*
- » *Versorgung von PatientInnen durch Sektoren-übergreifende Koordination verbessern (S. 11)*
- » *Notfallversorgung regional strukturieren unter Beteiligung der Universitätsmedizin (S. 12)*
- » *Vertrauensvolle Kommunikation zwischen ÄrztInnen, PatientInnen, Pflegefachpersonen und PflegeempfängerInnen als wichtigste Säule der Versorgung anerkennen (S. 13)*
- » *Über Digitalisierung nicht nur reden, sondern auch umsetzen (S. 14)*
- » *Rahmenbedingungen für die pflegerische Versorgung verbessern (S. 15)*
- » *Finanzierung bedarfsgerechter gestalten (S. 16)*

## 1 | Ziel:

# Zugang zur fachärztlichen und spezialisierten Versorgung verbessern

Die Versorgung der PatientInnen im deutschen Gesundheitssystem weist trotz vorhandener Ressourcen überwindbare Hürden und regionale Defizite auf.

### MÖGLICHE MASSNAHMEN:

- » Verkürzung von Wartezeiten durch:
  - Förderung von Bekanntheit und Effizienz der bereits vorhandenen Terminservicestellen
  - ärztlich geführte oder durch geschulte Lotsen ausgeübte Koordination der Facharzt-Konsultationswünsche
  - Orientierung an Best-Practice-Beispielen: A- /B-Überweisungsverfahren der KV Mecklenburg-Vorpommern
- » Vereinfachung von Terminvergaben der Praxen (durch Online-Services mit standardisierten Fragen zur Anamnese/Symptomen, Einsatz von Softwarelösungen)
- » Verbesserung der Versorgungsroutinen im ambulanten und stationären Bereich, um Wartezeiten in Arztpraxen und Krankenhäusern zu verkürzen
- » Ersteinschätzung durch telemedizinische Tools (insbesondere im ländlichen Raum oder bei PatientInnen mit Sprachbarrieren)
- » Mapping der regional vorhandenen spezialärztlichen Versorgungsangebote in Navigationssystemen
- » Incentivierung (Motivationsförderung) für Praxen (jenseits von Fallzahlen), um Anreize für patientenorientierte Versorgungslösungen und Services zu setzen
- » Verbesserung des Zugangs (flächendeckend) zu den neuesten Therapien und dazugehöriger Diagnostik (z.B. marker-basierte, stratifizierte Krebstherapien)

## 2 | Ziel:

# Versorgung von PatientInnen durch Sektoren- übergreifende Koordination verbessern

An den Schnittstellen von stationärer und ambulanter Versorgung gehen Informationen verloren. Die mangelnde Vernetzung geht mit der Verschwendung von Ressourcen einher.

### MÖGLICHE MASSNAHMEN:

- » Sektoren-übergreifende Kommunikation und Kooperation der Leistungserbringer (u.a. durch Einführung und Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA))
  - kontinuierliches Monitoring und wissenschaftliche Begleitung der populationsbasierten Früherkennungsprogramme in Gynäkologie und Kinder- und Jugendmedizin
- » Etablierung von regionalen Zentren und Versorgungsnetzwerken (z.B. Vernetzung von Unikliniken mit Maximalversorgern, Fachkliniken, niedergelassenen ÄrztInnen insgesamt oder zu bestimmten Themen)
- » Übertragung der Idee des digitalen Tumor-Boards oder der Fallkonferenzen bei seltenen Erkrankungen auf weitere Anwendungsfelder, um für chronisch kranke PatientInnen die Versorgung zu integrieren und unnötige Facharztbesuche bzw. Therapien zu vermeiden
- » Bessere Information für PatientInnen zum Medikationsplan, weil dieser eine Sektoren-übergreifende Orientierung zur medikamentösen Versorgung ermöglicht
- » Stärkere Fokussierung auf Prävention durch entsprechende Maßnahmen für chronische Erkrankungen in allen Altersgruppen, z.B.:
  - niederschwellige „Gesundheitsschulungen“ durch Unikliniken in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen in der Fläche mit einer Incentivierung der Teilnahme von Versicherten (Zertifikat)
  - zielgruppengerechte, evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen für die ältere Generation
  - präventionsbezogenes Bonussystem in der Krankenversicherung auch für Menschen mit Vorerkrankungen (Sekundärprävention)
  - Implementierung von JugendärztInnen, Schoolnurses und SchulpsychologInnen in Schulen/Schulzentren (skandinavisches Modell)
- » Zeitnahe Umsetzung des GBA-Beschlusses vom 5.12.2019 zur Etablierung sektorenübergreifender, strukturierter Zentren für eine interdisziplinäre Versorgung von PatientInnen mit besonderem Bedarf, z.B. für seltene Erkrankungen, Krebserkrankungen u.a. (analog Notfallversorgung, vgl. Punkt 3)
- » Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Maßnahmen zur gesundheitlichen Aufklärung sowie in die Erfassung und Versorgung von Infektionsausbreitungen sowie Suchterkrankungen
- » Beispiel Corona: Zahlreiche Patienten benötigen nach der Behandlung im Krankenhaus eine langfristige, fachkundige Nachsorge und Rehabilitation. Entsprechende Strukturen unter Einbeziehung von Krankenhäusern, ambulanter Versorgung und Reha-Kliniken mit spezieller Expertise sind derzeit noch nicht etabliert, was bei den Patienten zu vielen Unsicherheiten führt. Wichtig wäre eine kontinuierliche Betreuung der PatientInnen nach der Entlassung aus der stationären Behandlung durch „Corona-Lotsen“ als Ergänzung zur hausärztlichen Versorgung (mit Blick auf langfristige Folgen der Erkrankung). Jenseits der SARS-CoV-2-Pandemie trügen generell „Case-Lotsen“ beispielsweise zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von psychisch Erkrankten, von PatientInnen mit schweren onkologischen Erkrankungen oder zur Nachsorge großer orthopädischer Eingriffe bei.
- » Für regelmäßige oder prospektiv geplante Termine könnten webbasierte Erinnerungs- und Informationstools entwickelt und genutzt werden.

### 3 | Ziel:

## Notfallversorgung regional strukturieren unter Beteiligung der Universitätsmedizin

Die begonnene Reform und Strukturierung der regionalen Notfallversorgung muss konsequent umgesetzt werden.

#### MÖGLICHE MASSNAHMEN:

- » Strukturreform der Notfallversorgung unter Einbeziehung der beteiligten Bereiche:
  - ärztlicher Bereitschaftsdienst der KV
  - Interdisziplinäre Notaufnahmen der Krankenhäuser
  - Rettungsdienste
- » Stärkere Einbindung der Universitätsmedizin in die regionale Versorgungsplanung: Hochschulmedizin bietet das volle Spektrum der medizinischen Maximalversorgung sowie eine umfassende Notfallversorgung, besonders für die PatientInnen mit zusätzlichem Bedarf an spezialisiertem Wissen im Hinblick auf Grunderkrankungen
- » Regionales Assessment und Planung der Notfallversorgung je nach Bedarf und vorhandener Expertise:
  - Strukturierung der regionalen Notfallversorgung für Betroffene spezieller Krankheiten (z.B. für PatientInnen mit seltenen Erkrankungen oder eingeschränkten sozialen und kognitiven Fähigkeiten) durch Benennung von spezialisierte Zentren/Kliniken
  - Strukturierung der regionalen Notfallversorgung entsprechend der vorhandenen Expertise für besondere Versorgungsformen (analog der Schwerbrandverletztenversorgung, z.B. für schwere pulmonale Notfallsituationen mit Sauerstoffmangel)
- » Ein Gesetzesentwurf zur Reform der Notfallversorgung wurde vom Bundesministerium für Gesundheit bereits 2019 vorgelegt und die Notwendigkeit einer Reform durch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn im Oktober 2020 nochmals betont bzw. bestätigt

## 4 | Ziel:

# Vertrauensvolle Kommunikation zwischen ÄrztInnen, PatientInnen, Pflegefachpersonen und PflegeempfängerInnen als wichtigste Säule der Versorgung anerkennen

Zwischenmenschliches Vertrauen bleibt auch nach der digitalen Transformation die notwendige Basis einer guten Versorgung. Wichtig ist für PatientInnen, PflegeempfängerInnen und ggfs. Angehörige als Ratsuchende neben der fachlichen Expertise des medizinischen Personals ein von gegenseitigem Vertrauen geprägter Umgang mit dem medizinischen und pflegerischen Personal und genügend Zeit für Beratungsgespräche.

### MÖGLICHE MASSNAHMEN:

- » Beteiligung von PatientInnen an der Entscheidungsfindung („shared decision making“): Förderung der Mitbestimmung von PatientInnen durch eine transparente und umfassende Information, sofern dies gewünscht wird
- » Förderung der Gesundheitskompetenz von PatientInnen durch patientengerechte Informationen, um ein „shared decision making“ zu unterstützen und darüber hinaus auch eine bessere Therapietreue zu erreichen
- » Bessere Aufklärung von PatientInnen durch das medizinische Fachpersonal zum Anspruch auf Zweitmeinung: bei sehr komplexen und innovativen Therapie-Maßnahmen, bzw. schwerwiegenden Diagnosen ist es besonders wichtig, das Recht auf Zweitmeinung deutlich zu machen (auch als telemedizinische Option)
- » Angemessene Vergütung für die zeitintensive individuelle Beratungstätigkeit („Sprechende Medizin“) auch in Prävention, Rehabilitation und Palliativversorgung
- » Stärkere Einbeziehung der Telemedizin/ Videosprechstunden in die ärztliche Kommunikation und Versorgung (auch als Angebot für Risikopatienten zur Vermeidung von Infektionsrisiken)
- » Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen und ÄrztInnen, Förderung von schnellen Rückmeldungen der Pflegefachpersonen an ÄrztInnen (auch digital)
- » Anerkennung der Kommunikationsleistungen von Pflegefachpersonen als kommunikative Mittler zwischen ÄrztInnen und PatientInnen
- » Angemessene Vergütung für die zeitintensive individuelle Beratungstätigkeit („Sprechende Pflege“) auch in Prävention, Rehabilitation und Palliativversorgung
- » Kommunikationstrainings für medizinisches und pflegerisches Fachpersonal: :
  - Stärkere Berücksichtigung der Themen Kommunikation/Interaktion/Telemedizin in der Mediziner Ausbildung (allgemein und mit thematischen Schwerpunkten, z.B. Palliativmedizin, Geriatrie, Kinder- und Jugendmedizin, Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund)
  - Fortsetzung von Kommunikationstrainings für ÄrztInnen auch nach der Approbation
  - Zielgruppenspezifische Trainings für Pflegefachpersonen in komplexen Kommunikationssituationen mit unterschiedlichen GesprächspartnerInnen: PatientInnen, Angehörige, PflegeempfängerInnen, medizinisches Personal
- » Kommunikationstrainings für PatientInnen mit Bezug auf unterschiedliche Medien/Formatate:
  - Patienten-Arzt-Kommunikation in der klassischen Sprechstunde
  - Patienten-Arzt-Kommunikation online in der Video-Sprechstunde
  - Patienten-Pflege-Kommunikation (analog und digital)

## 5 | Ziel:

# Über Digitalisierung nicht nur reden, sondern auch umsetzen

Die PatientInnen sehen zunehmend in telemedizinischen Anwendungen und in der Verfügbarkeit der vorhandenen Daten große Chancen für eine bessere und reibungslosere Versorgung, sofern sie über die Nutzung der Daten selbst bestimmen können.

### MÖGLICHE MASSNAHMEN:

- » Standardisierung und Interoperabilität von Systemen und Tools als Basis für Digitalisierung (ggf. durch vorgegebene Normierung)
- » Schnellstmögliche Einführung und Nutzung einer elektronischen Patientenakte (als pdf-Sammlung sofort etablierbar, ggf. auch mit Software zur Datennutzung), welche sektorenübergreifend angewendet werden kann.
- » Schnellstmögliche Einführung und Nutzung eines elektronischen Heilberufsausweises für Pflegefachpersonen und bessere Anbindung der Pflege an die Telematikinfrastruktur
- » Sicherstellung der Datenhoheit von PatientInnen: Daten sollen jederzeit einsehbar sein und PatientInnen über Nutzung und weitere Verwendung ihrer Daten selbst bestimmen können
- » Förderung von Patienteninformation und Dialog zur elektronischen Gesundheitskarte/Patientenakte, damit PatientInnen souverän damit umgehen können
- » Patientenbeteiligung bei der weiteren Ausgestaltung und Funktionserweiterungen der elektronischen Patientenakte
- » Sicherstellung der Nutzung von Patientendaten in der Forschung:
  - Verwendung von Patientendaten für die medizinische Forschung nach sorgfältiger Patientenaufklärung und abhängig von der Zustimmung durch die PatientInnen
  - Verknüpfung von Versorgungsdaten mit Forschungsdaten (Erfahrung aus dem Bereich Onkologie nutzen, wo durch die Kombination biologischer Daten der Tumore mit bereits vorhandenen klinischen Daten gezieltere Therapien mit bereits zugelassenen Medikamenten entwickelt werden)
- » Entwicklung neuer, leistungsgerechter Vergütungsmodelle, welche die Nutzung und Entwicklung digitaler Anwendungen fördern (Erstattung digitaler Anwendungen und Dienstleistungen, wie telemedizinischer Sprechstunden, die bisher unzureichend ist)
- » Schaffung der nötigen Infrastruktur: Flächendeckende Einführung des 5G-Standards in der Datenübertragung, um eine breite Anwendung von telemedizinischen Anwendungen zu ermöglichen
- » Erfolgskontrolle und Weiterentwicklung von Digital Health durch Evaluation der Maßnahmen zur Einführung digitaler Technologien 2019 vorgelegt und die Notwendigkeit einer Reform durch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn im Oktober 2020 nochmals betont bzw. bestätigt

## 6 | Ziel:

# Rahmenbedingungen für die pflegerische Versorgung verbessern

Der Mangel an Pflegekräften (einschließlich Intensivmedizin, Altenpflege und Palliativmedizin) hat sich zum kritischen Faktor in der Aufrechterhaltung der Versorgung entwickelt. Wichtig ist eine zukunftsorientierte Pflegepolitik, die gezielte Maßnahmen zur Fachkräftesicherung mit Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung und einer besseren Bezahlung von Pflegefachpersonen verbindet.

### MÖGLICHE MASSNAHMEN:

- » Prioritär ist die Gesellschaftliche und monetäre Aufwertung von Pflegeberufen:
  - gerechtere Vergütungsstruktur in der beruflichen Pflege, Erhöhung des Mindesteinstiegsgehalts und aller folgenden Gehaltsgruppen für Pflegefachpersonen
  - transparente Ausbildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten
  - Erweiterung der Handlungskompetenz für Pflegefachpersonen: Übertragung von Aufgaben in die Gesundheitsfachberufe, die bislang nur ÄrztInnen zugeschrieben sind (z.B. Verordnungs-, Rezeptier- und Abrechnungsbefugnis für bestimmte Dienstleistungen und Pflegeinterventionen sowie Hilfsmittel, Pflegebedarfsartikel und Medizinprodukte)
- » Weiterentwicklung der Ausbildungswege:
  - Abbau von Personal-Engpässen durch eine verstärkte Ausbildung von Pflegefachpersonal in Deutschland
  - Gleiche Ausbildungsstandards (Staatsexamen) für Lehrende in der Pflege-Ausbildung wie für alle anderen Lehrenden in der Bundesrepublik einschließlich der entsprechenden Vergütung
  - Förderung von Spezialisierungsmöglichkeiten: Ausdifferenzierung der Ausbildungswege und Berufsabschlüsse auf Basis einer generalistischen Pflegeausbildung, die den Bedürfnissen der unterschiedlichen Patientengruppen und Settings des Gesundheitssystems gerecht wird, unter besonderer Berücksichtigung von Patientensicherheit/Bewohnersicherheit
- Akademisierung: Förderung der Hochschulausbildung von Pflegefachpersonen für die Versorgung mit spezialisierten Kenntnissen, Ausbau der Studienplätze für Pflege in der Erstausbildung und post-graduiert zur Spezialisierung
- » Förderung der politischen Partizipation: Stärkung der Pflegeberufe im Gesundheitssystem durch verbesserte Mitsprache- und Mitbestimmungsrechte
- » Stärkere Einbindung der Pflege in gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse: Beteiligung von Pflegefachpersonen in Bundes- und Landeskrisenstäben, Berechtigung zur Stellungnahme im gesetzgeberischen Kontext
- » □ Umsetzung von patientengerechten Pandemie-Lösungen für Besuche in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen: Zugang für Angehörige muss möglich sein, Besuchsverbote in Pflegeeinrichtungen (vor allem bei Schwerkranken und Sterbenden) sind zu vermeiden, Pflegefachleute sind an der Umsetzung und Kontrolle entsprechender Lösungen zu beteiligen

## 7 | Ziel:

# Finanzierung bedarfsgerechter gestalten

Die jetzige eng gefasste und sektorbasierte Finanzierung des Gesundheitssystems hat zu einer Ausrichtung der Leistungserbringung mit Blick auf eine größtmögliche Erlössituation geführt. Daher ist eine schrittweise Transformation mit stärkerer Qualitätsorientierung, größerer Transparenz und geringerer Sektorenabhängigkeit erforderlich.

### MÖGLICHE MASSNAHMEN:

- » Weiterentwicklung des Gesamt-Systems erforderlich, so dass eine bessere individuelle Betreuung und Therapie der Patienten ermöglicht wird:
  - Stationäre und ambulante Versorgung bei der Finanzierungsplanung verknüpfen, sodass Anreize für ambulante Behandlung, bspw. für Vor- und Nachsorge, entstehen
  - Die Vorhaltekosten für eine spezialisierte Behandlung müssen bei der Vergütung stärker berücksichtigt werden, damit die Behandlung nach Bedarf statt nach der Fälleanzahl ausgerichtet wird
  - Qualitätsorientierte Vergütung, wobei das Patientenwohl im Mittelpunkt steht
  - Bessere Vergütung und mehr Anreize für die „sprechende Medizin“ und den interdisziplinären Austausch, z.B. in Form von Fallkonferenzen, erforderlich
  - Stärkung der Attraktivität digitaler Behandlungsangebote u.a. durch eine angemessene Erstattung entsprechender Versorgungsleistungen
- » Beispiel Krankenhaus: SARS-CoV-2-Pandemie hat in der Krankenhausversorgung die Grenzen des derzeitigen DRG-Systems aufgezeigt
  - Die Vergütung für die Behandlung von Corona-Patienten auf den Intensivstationen ist in vielen Fällen nicht kostendeckend. Auch benötigte ambulante Nachversorgung wird bei der Finanzierungsplanung bislang nicht miteinbezogen
  - Ziel: Fallpauschalen weiterentwickeln, um unnötige Behandlungen und Operationen zu vermeiden und stattdessen zu erreichen, dass sich ÄrztInnen wieder mehr Zeit für ihre PatientInnen nehmen können
- » Beispiel Pflege: Vorhandene Unterschiede in der Vergütung von Pflegefachpersonen in Krankenpflege und Langzeitpflege sind im Hinblick auf Qualifikation, Arbeitsbelastung und Verantwortung nicht zu rechtfertigen
  - Forderung der Bundespflegekammer vom 11.11.2020: Abschluss eines Tarifvertrags in der Langzeitpflege, der sich am TVöD oder den AVR der konfessionellen Krankenhausbetreiber orientiert
  - Erhöhung des Mindesteinstiegsgehalts für Pflegefachpersonen
- » Beispiel Ambulante Versorgung: Erstattung digitaler Anwendungen / Dienstleistungen, z.B. Telemedizinische Sprechstunde, bisher unzureichend
  - Entwicklung neuer leistungsgerechter Vergütungsmodelle, welche die Nutzung und Entwicklung digitaler Anwendungen fördern und mindestens einer „klassischen“ persönlichen Behandlung gleichwertig sind



*Unser gemeinsames Ziel ist es, die Pandemie als Ausgangspunkt zu betrachten, um etwas zu ändern. Darum wollen wir den Prozess hier nicht enden lassen, sondern darauf aufbauend in einen Diskurs eintreten, um das jetzige System schrittweise weiterzuentwickeln. Dieses Ziel und die Umsetzung der genannten Maßnahmen kann nur gemeinsam gelingen. Um die Interessen der PatientInnen und BürgerInnen zielgerichtet in die politische Diskussion auf nationaler und europäischer Ebene einzubringen, haben wir jetzt ein Zeitfenster, das wir gemeinsam nutzen wollen.*

## Die AutorInnen und UnterstützerInnen des White Papers:

### Vertreter der

#### Wissenschaft / Ärzte / Pflege

Jens Albrecht  
Vorstandmitglied im  
Errichtungsausschuss Pflegekammer  
Nordrhein-Westfalen

Prof. Dr. Annette Grüters-Kieslich  
Charité – Universitätsmedizin Berlin /  
Mitglied der Nationalen Akademie der  
Wissenschaften Leopoldina

Sandra Postel  
Vorsitzende des Errichtungsausschusses  
Pflegekammer Nordrhein-Westfalen

Prof. Dr. Clemens Wendtner  
Chefarzt München Klinik Schwabing /  
Mitglied der Ad-hoc Covid-19  
Beratungsgruppe der Leopoldina

### Patientenvertreter

Ludwig Hammel  
Geschäftsführer der Deutschen  
Vereinigung Morbus Bechterew e.V.  
Bundesverband

Dr. Barbara Keck  
Geschäftsführerin BAGSO Service  
Gesellschaft

Simone Pareigis  
Leiterin der Selbsthilfegruppe für  
Leukämie und Lymphom-Patienten  
in Halle an der Saale und Initiatorin  
des Projekts „meine.WEGA“ für die  
Entwicklung einer ePA

Doris C. Schmitt  
Vorstandsmitglied der Stiftung PATH  
und Kommunikationstrainerin für Arzt-  
Patienten-Kommunikation

### Weitere Unterstützer

Peter Albiez  
Vorsitzender der Geschäftsführung  
Pfizer Deutschland

Wolfgang Branoner  
Geschäftsführender Gesellschafter  
SNPC GmbH

Christina Claussen  
Director Alliance Management & Patient  
Relations, Pfizer Deutschland

**Transparenzhinweis:** Die Inhalte des vorliegenden White Papers wurden von den UnterzeichnerInnen gemeinsam diskutiert und erstellt. Die beteiligten UnterzeichnerInnen haben sich unentgeltlich engagiert. Die redaktionelle Ausarbeitung erfolgte mit freundlicher Unterstützung des forschenden Pharma-Unternehmens Pfizer.



*Wir danken den Autorinnen und Autoren, die sich unentgeltlich und mit sehr großem Engagement an der Erstellung des White Papers beteiligt haben.*

**Jens Albrecht**

*Vorstandmitglied im Errichtungsausschuss  
Pflegekammer Nordrhein-Westfalen*

**Prof. Dr. Annette Grüters-Kieslich**

*Charité – Universitätsmedizin Berlin / Mitglied  
der Nationalen Akademie der Wissenschaften  
Leopoldina*

**Ludwig Hammel**

*Geschäftsführer der Deutschen Vereinigung  
Morbus Bechterew e.V. Bundesverband*

**Dr. Barbara Keck**

*Geschäftsführerin BAGSO Service Gesellschaft*

**Simone Pareigis**

*Leiterin der Selbsthilfegruppe für Leukämie  
und Lymphom-Patienten in Halle an der Saale  
und Initiatorin des Projekts „meine.WEGA“ für  
die Entwicklung einer ePA*

**Sandra Postel**

*Vorsitzende des Errichtungsausschusses der  
Pflegekammer Nordrhein-Westfalen*

**Doris C. Schmitt**

*Vorstandmitglied der Stiftung PATH und  
Kommunikationstrainerin für Arzt-Patienten-  
Kommunikation*

**Prof. Dr. Clemens Wendtner**

*Chefarzt München Klinik Schwabing / Mitglied  
der Ad-hoc Covid-19 Beratungsgruppe der  
Leopoldina*

