Podiumsdiskussionen des 14. MVF-Fachkongresses von „Monitor Versorgungsforschung"

Vor allem muss klar sein, wer das Sagen hat

Im Scharounsaal der AOK Nordost herrschte am Veranstaltungstag des 14. MVF-Fachkongresses von „Monitor Versorgungsforschung" eine Atmosphäre, die irgendwo zwischen Aufbruchsstimmung und resignativem Realismus schwankte: Draußen dämmerte der Berliner Winter, drinnen wurde oft kontrovers die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens diskutiert. Kein Wunder, denn der Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung" hatte sich ein gewaltiges Thema vorgenommen: „Primärversorgung gestalten" – Strategien für ein patientennahes und resilientes Gesundheitssystem". Was in den Vortragssessions (1) als wissenschaftlich-evidenter Austausch über Versorgungsstrukturen begann, entwickelte sich in den beiden Podiumsdiskussionen zu einer fundamentalen, aber zukunftsgerichteten Auseinandersetzung über Kompetenzen, Budgets und die Frage, wer künftig im System „den Hut aufhat". Kooperationspartner war der DNVF und Platinsponsor war MSD.

>> Die Protagonisten auf der Bühne repräsentieren in etwa die Bruchlinien des derzeitigen Gesundheitssystems: Vera Lux, die Präsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK), für die selbstbewusster werdende Pflege, Dr. Dominik von Stillfried vom Zi für die Gralshüter der ärztlich dominierten Regelversorgung und Michael Zaske, Leiter Abteilung 3 des Brandenburger Gesundheitsministeriums, der für eine pragmatische Nothilfe in der Fläche kämpfte. Zwischen den Fronten: zwei Österreicher – Dr. Maximilian Schwarz und Jan Langner von der Gesundheit Österreich GmbH (s. MVF 06/25) –, die im Auftrag ihres Landes bereits seit über zehn Jahren mit Erfolg das aufbauen, was in Deutschland erst diskutiert wird: ein neues, flächendeckendes Primärversorgungssystem.

Den Auftakt der Diskussion bestimmte eine Berufsgruppe, die lange Zeit in der zweiten Reihe stand: die Pflege. Vera Lux, Präsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe, nutzte das Podium für ein leidenschaftliches Plädoyer zugunsten des „Community Health Nursing" (CHN). „Wir haben viele junge Menschen, die sehr gut ausgebildet sind und in den Startlöchern stehen", eröffnete Lux die Diskussion. Ihr Argument: Der Mangel an Personal sei nicht das alleinige Problem, sondern die rechtliche Fesselung des vorhandenen Potenzials. Solange der Gesetzgeber keine leistungs- und haftungsrechtlichen Rahmenbedingungen schaffe, blieben akademisch ausgebildete Pflegekräfte in einer Grauzone der Unsicherheit. „Wenn sie aber leistungsrechtlich und auch haftungsrechtlich keinen Rahmen haben [...], dann entsteht eine große Unsicherheit, ob man diesen Weg gehen soll oder nicht." Lux warnte davor, dass diese Unsicherheit zu einer Verschwendung von Ressourcen führe. Junge Fachkräfte, die bereit wären, Verantwortung in der Primärversorgung zu übernehmen, würden ausgebremst, weil Gesetze wie das Pflegekompetenzgesetz oder Reformen der Pflegeberufe (PflBG) immer wieder verschoben würden oder an anderen Gesetzgebungsverfahren hingen.

Ein zentraler Punkt der Debatte war die terminologische Schärfung. Auf den Einwurf aus dem Publikum, ob man englische Begriffe wie „Community Health Nurse" nicht durch „Gemeindeschwester" ersetzen könne, reagierte Lux genervt, aber bestimmt: „Das Thema kommt immer wieder auf und ich kann es auch nicht mehr hören". In einer Welt von „Caring Communities" sei der englische Fachbegriff etabliert und drücke eine spezifische akademische Qualifikation aus, die über das traditionelle Bild der Gemeindeschwester weit hinausgehe.

Noch wichtiger war Lux jedoch die Abgrenzung zu anderen neuen Berufsbildern, insbesondere zum „Physician Assistant" (PA). Hier zog die DBfK-Präsidentin eine scharfe Linie: „Seien wir ehrlich: Wir halten wenig davon". Die Einführung immer neuer Berufsgruppen wie der PAs mache das System für Patient:innen nicht transparenter, sondern komplizierter und teurer. Statt neue Hilfsberufe zu schaffen, plädierte sie für eine „Profilschärfung" der bestehenden Pflegeberufe – von der Assistenzkraft bis zur „Advanced Practice Nurse" (APN). Lux definierte die APN als Pflegefachperson mit Masterabschluss und Spezialisierung auf komplexe klinische Felder wie Transplantationsmedizin, Psychiatrie oder Onkologie. Die „Community Health Nurse" hingegen verortete sie auf der Ebene von „Public Health": Vernetzung, Beratung, Steuerung und Anleitung in der Häuslichkeit. Dies sei der Schlüssel, um Versorgungslücken zu schließen, ohne in direkte Konkurrenz zur hochspezialisierten Medizin zu treten.

Ein emotionaler Moment der Diskussion entstand, als die Frage nach der tatsächlichen Arbeitskraft aufkam. Trotz 1,7 Millionen Pflegenden in Deutschland – so viel wie nie zuvor – ächzt das System. Vera Lux und Dr. von Stillfried (Zi) legten den Finger in eine offene Wunde: die mangelnde Datenbasis und die Flucht in die Teilzeit. „Der Return on Investment ist eben nicht so gut", analysierte Lux nüchtern. Sie verwies auf Daten aus der Medizinischen Hochschule Hannover und der Uniklinik Köln, die zeigten, dass die Teilzeitquote in der Pflege bei etwa 50 Prozent liege. Überraschenderweise seien es nicht primär die älteren Mitarbeiter oder Mütter,

Hinweis

Dieser Bericht basiert auf den Wortprotokollen der beiden Podiumsdiskussionen des 14. MVF-Fachkongresses. Zitate wurden sprachlich leicht geglättet, ohne den Sinn zu verändern. Alle Vortragsinhalte des Vor- und Nachmittags können Sie in PDF-Form sowie als Audiomitschnitte auf dem MVF-Portal einsehen oder downloaden:

https://t1p.de/caxch



Abb. 1: Podiumsdiskussion am Vormittag (v. li.): Cordula Hoffmanns (Robert Bosch Centrum für Innovationen im Gesundheitswesen), Dr. David Wachabauer (GÖG), Dr. h.c. Helmut Hildebrandt (Vorstand OptiMedis), Dr. Sabine Richard (Geschäftsführerin Versorgung im AOK-Bundesverband) und Prof. Dr. Bertram Häussler (Vorsitzender der Geschäftsführung IGES Institut)

die ihre Stunden reduzierten. „Die Älteren haben meistens noch 90 Prozent gearbeitet", so Lux. Es seien die jungen Absolvent:innen, die direkt nach der Ausbildung oft nur noch 50 Prozent arbeiten wollten.

Die Gründe dafür verortete sie nicht im Gehalt, sondern in den Arbeitsbedingungen und der fehlenden Autonomie. „Wir müssen immer fragen, wir müssen den Ärzten hinterherlaufen – sei es bei einer Verordnung oder der Pflegegradeinstufung", beschrieb Lux den frustrierenden Alltag ihrer Profession. Junge Menschen akzeptierten diese Hierarchien nicht mehr und suchten sich ihren eigenen Weg – oft raus aus der Vollzeit oder ganz raus aus dem Beruf.

Einigkeit herrschte auf dem Podium hingegen über das statistische Versagen des deutschen Gesundheitssystems. „Wir haben keine statistischen Daten, die differenzieren, wie viele einjährig Ausgebildete, wie viele Pflegehilfskräfte oder wie viele Akademiker wir haben", kritisierte Lux. Ohne diese Daten sei eine gezielte Personalbedarfsplanung unmöglich.

Dr. Dominik von Stillfried, Vorstand des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), bestätigte diesen „Blindflug" auch für den ärztlichen Sektor, wenn es um die Versorgungssteuerung geht. Er verglich die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) mit einem „Dinosaurierknochengerüst". Man erkenne darin zwar die grobe Struktur, müsse aber die Knochen (sprich Datenpunkte) mühsam aneinanderlegen, um zu verstehen, wie das Gesundheitswesen funktioniert.

Während die Pflegeseite nach mehr Verantwortung drängte, mahnte von Stillfried aber auch zur Vorsicht. Seine Argumentation stützte sich aber nicht auf Standesdünkel, sondern auf die Sorge um die Effizienz und Koordination der Versorgung. Von Stillfrieds Hauptkritikpunkt an den aktuellen Reformbemühungen der Bundesregierung war die Fragmentierung. Er skizzierte ein Szenario, in dem die Patient:innen von unzähligen Akteur:innen umkreist werden, ohne dass klar ist, wer die Fäden in der Hand hält. „Wir haben einen Hausbesuchsdienst der KV, der 24/7 aktiv ist, wir haben ein paralleles telemedizinisches Angebot, wir führen den Telenotarzt und den Gemeindenotfallsanitäter ein. Also vier neue Instanzen, die die gleiche Klientel ansprechen", rechnete er vor.

Wenn nun noch die „Community Health Nurse" als fünfte Instanz hinzukomme, leide die Idee einer Fokussierung auf „einen" Zuständigen massiv. Für von Stillfried ist aber genau das Ziel eines Primärversorgungssystems: Verantwortlichkeiten zu bündeln, nicht, sie zu verteilen. Er warnte davor, dass „Oma Krause" am Ende nicht mehr wisse, wer für sie verantwortlich sei und ob die Maßnahmen des Physiotherapeuten oder der Pflegekraft auch noch vom Arzt korrigiert werden müssten.

Um die Dimension zu verdeutlichen, warf von Stillfried recht eindrückliche Zahlen in den Raum, die jede Reformdiskussion erden müssten: 600 Millionen Behandlungsfälle im ambulanten Bereich pro Jahr, davon 220 Millionen in Hausarztpraxen. Die Vorstellung, man könne diese Last einfach auf neu zu gründende „Level-1i-Krankenhäuser" oder Primärversorgungszentren umverteilen, wies er als illusorisch zurück. „Selbst wenn wir sehr viele Krankenhäuser in Level-1i-Standorte umwandeln, sind wir vielleicht bei 500. Mit diesen Standorten wird man das Primärversorgungssystem nicht stemmen können", erklärte von Stillfried.

Ein Raunen ging durch den Saal, als Dr. von Stillfried auf die 133 verschiedenen Praxisverwaltungssysteme (PVS) in Deutschland hinwies. Diese Zersplitterung der Softwarelandschaft sei eines der größten Hindernisse für Innovation. Das Zi sei das erste Institut, das überhaupt Transparenz über die Qualität dieser Systeme herstelle. Das vernichtende Urteil: „Das ist einer der wesentlichen Gründe, warum wir mit KI vergleichsweise wenig machen können derzeit: Wir haben keine einheitliche Datengrundlage".

Das Hauptproblem sei jedoch nicht, erklärte der Zi-Vorstand weiters, dass Pa-



Abb. 2: Podiumsdiskussion am Nachmittag (v. li.): Prof. Dr. Volker Amelung (Medizinische Hochschule Hannover / Geschäftsführer Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH - inav), Steffen Bohm (Geschäftsführer Agenon), Vera Lux (Präsidentin Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Bundesverband), Michael Zaske (Leiter Abteilung 3 MGS Brandenburg), Dr. Dominik von Stillfried, Vorstand des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi). Moderation: Prof. Dr, Wolfgang Hoffmann (DNVF)

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Vor allem muss klar sein, wer das Sagen hat“, in „Online First zu Monitor Versorgungsforschung“ (01/26), S. 26, 28, 30. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2811

tient:innen gar keine Arzt:innen sähen – nur etwa 11 Millionen Fälle beträfen die Patientenschaft, die bisher gar nicht bei der Hausärzteschaft waren. Das Problem sei die Steuerung der riesigen Masse an realen Kontakten. Von Stillfried plädierte darum dafür, die bestehenden Strukturen (50.000 Hausärzte, 35.000 Praxen) zu stärken und digital zu vernetzen, statt parallele Welten aufzubauen.

Und vor allem: besser zu managen, warf Prof. Dr. Bertram Häussler vom IGES Institut ein. Er forderte einen paradigmatischen Wechsel in der Betrachtungsweise. Anstatt sich in endlosen Strukturdebatten zu verlieren, müsse das Management der Versorgungsprozesse in den Fokus rücken. Die Unzufriedenheit der Patienten resultiert laut Häussler primär aus mangelnder Koordination und dem Gefühl, dass das System „überlastet“ ist.

Der IGES-Chef definierte die klassischen „4 Cs“ der Primärversorgung (First Contact, Continuity, Comprehensiveness, Coordination) neu. Kontinuität müsse heute nicht mehr durch eine Person (die Hausärzt:in, die die Familie seit Jahrzehnten kennt), sondern durch ein intelligentes Datenmodell gewährleistet werden, das die Historie der Patient:innen verfügbar mache.

Während in Berlin (auf dem MVF-Kongress) diskutiert und über Gesetze debattiert wird, schafft man in Brandenburg seit Langem Fakten. Michael Zaske, Abteilungsleiter im Brandenburger Gesundheitsministerium, brachte die Perspektive eines Flächenlandes ein, dem schlicht die Zeit für theoretische Grundsatzdiskussionen fehlt. „Es ist nicht unsere Aufgabe, immer nur in die Politik zu gucken und zu fragen: Hat da einer was vergessen?“, rief Zaske in den Saal. Seine Botschaft: Die Gesetze bieten bereits Spielräume, man muss sie nur nutzen.

Brandenburg setzt dabei massiv auf Delegationsmodelle. Zaske berichtete, dass die berühmte „Schwester Agnes“ (eine moderne Version der Gemeindeschwester) dort, wo Ärzte fehlen, einen signifikanten Teil der Versorgung auffängt. „Schwester Agnes kann dort, wo von drei Ärzten einer aufhört, diesen teilweise kompensieren“, erklärte Zaske. Das Land bilde hierzu auch „Community Health Nurses“ oder vergleichbare Kräfte aus und schleuse sie in Pflegedienste ein, bezahlt nach Entgeltgruppe E12, auch wenn E13 (noch) nicht möglich ist.

Zaskes Ansatz ist von unternehmerischem Denken geprägt: Wenn ein System ineffizient ist, muss man es umbauen. „Ein Unternehmer würde so eine Fehlentwicklung nicht machen, dass er fünf, sechs Leute parallel laufen lässt“, stimmte er der Kritik an der Zersplitterung zu, zog aber den Schluss, dass man integrierte Modelle vor Ort bauen müsse.

Auf die Frage, wie Österreich die gesetzliche Verankerung (Primärversorgungsgesetz) gelungen sei, skizzierte Dr. David Wachabauer von der Gesundheit Österreich GmbH den Prozess:

1. Zielsteuerung (2013): Einigung von Bund, Ländern und Sozialversicherung auf das Ziel der Stärkung der Primärversorgung.
2. Konzeptphase: Um die Ärzteschaft mitzunehmen, wurde das Konzept zunächst „Das Team um den Hausarzt“ genannt.
3. Gesetzgebung (2017): Schaffung von Rechtssicherheit und Definition von Versorgungsaufträgen. Wichtig war hierbei der Schutz vor rein kapitalgetriebenen Investoren (Beschränkung auf gemeinnützige Träger oder Ärzte).
4. Finanzierung: Bereitstellung von 100 Millionen Euro (u. a. EU-Mittel) als Anschubfinanzierung zur Risikominimierung für Gründer.

Wachabauer betonte, dass der massive Widerstand der Ärzteschaft nur durch eine konsistente politische Haltung über Jahre hinweg überwunden werden konnte.

Gegen Ende der Diskussion nahm die Debatte eine philosophische Wendung. Ein Teilnehmer berichtete von der Weltausstellung in Osaka, wo eine „Senioren-Waschmaschine“ vorgestellt wurde – eine vollautomatisierte Körperpflegeanlage,. Während Vera Lux dazu aufrief, „Ängste beiseitezuschieben“ und Technologie als Chance zu begreifen, um dem Personalmangel zu begegnen, gab es auch skeptische Stimmen.

Vera Lux selbst warnte davor, den menschlichen Kontakt zu verlieren. „Ich habe auch ein bisschen Furcht davor, wenn wirklich alle nur noch in die Waschmaschine kommen“, gestand sie. Gerade bei Themen wie Gewalt gegen Frauen (187.000 Fälle im letzten Jahr) oder der Vernachlässigung von Kindern sei der physische, menschliche Blick durch nichts zu ersetzen – auch nicht durch die beste Telemedizin. „Das ist nicht alles digital machbar.“

Ein roter Faden, der sich durch den gesamten Nachmittag zog, war die Kritik an der starren Sektorentrennung des deutschen Gesundheitswesens (ambulant vs. stationär). Die Hoffnung vieler lag auf der neuen „Regionalen Sektorenunabhängigen Versorgung“ (RegioSV). Doch die Ernüchterung folgte auf dem Fuß: „Was ist das denn?“, fragte ein Teilnehmer polemisch und kritisierte, dass man zwar eine schöne Überschrift geschaffen habe, aber niemand wisse, wie die neuen Einrichtungen finanziert werden sollen oder was sie rechtlich dürfen. „Kein Mensch, der da halbwegs alles beisammen hat, wird so eine gründen“, lautete das harte Urteil über die derzeitige Rechtsunsicherheit.

Auch Vera Lux äußerte sich skeptisch über die Umsetzung der Ambulantisierung nach § 115f SGB V (sektorengleiche Vergütung). Sie bezeichnete die aktuelle Ausgestaltung als „Missgeburt“, da sie immer noch zu stark an der stationären Logik hänge. Ihr Gegenentwurf: Gesundheitszentren, die flexibel agieren können – etwa in den Räumen geschlossener Krankenhäuser –, wo Pflege, Ärzt:innen und Therapeut:innen unter einem Dach arbeiten, ohne dass jeder Handgriff durch Sektorengrenzen blockiert wird.

Als MVF-Herausgeber und Kongresspräsident Prof. Dr. Reinhold Roski die Diskussion beendete, blieb eine zentrale Frage im Raum stehen: Wer führt den Wandel an? Die Diskussion zeigte eines ganz deutlich: Die Akteur:innen sind nicht mehr bereit, auf den „großen Wurf“ aus Berlin zu warten, sie wollen handeln. JETZT. Und das schnell, denn:

- Die Pflege fordert ihren Platz und schafft mit Modellen wie CHN Fakten, auch wenn das Haftungsrecht hinterherhinkt.
- Die Ärzteschaft (vertreten durch das Zi) verteidigt ihre Koordinierungsrolle, muss aber eingestehen, dass sie ohne digitale Unterstützung und Entlastung durch andere Berufe unter der Last der 600 Millionen Fälle zusammenbricht.
- Die Regionen (wie Brandenburg) dehnen im Zweifel Bundesvorgaben, um die Versorgung vor dem Kollaps zu bewahren.

Der 14. MVF-Fachkongress endete mit der Erkenntnis, dass die „Agenda 2030“ nicht am Reißbrett in Berlin entschieden wird, sondern in den Aushandlungsprozessen vor Ort. Oder wie Michael Zaske es formulierte: „Wir müssen weiterkommen. […] Selbst wenn die Rahmenbedingungen noch nicht so sind, wie wir sie wünschen“. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier