

Die Gesundheitshandwerke



"Die Gesundheitshandwerke - Chancen und Risiken im Zukunftsmarkt Gesundheit"



2. Medientag des Handwerks

15.03.2012



Internationale Handwerksmesse, München



Für die Gesundheit der Menschen leisten die fünf Gesundheitshandwerke in Deutschland - Augenoptiker, Hörgeräteakustiker, Orthopädie-Schuhtechniker, Orthopädie-Techniker und Zahntechniker - einen unschätzbaren Beitrag. Als moderne kleine und mittelständische Unternehmen sichern sie qualifizierte Beschäftigung von rund 160.000 Menschen und sind damit wirtschaftlich gesehen ein struktur- und regionalpolitischer Stabilitätsfaktor. Gleichzeitig investieren die 24.000 Unternehmen der Gesundheitshandwerke überproportional in die qualifizierte Aus- und Fortbildung.

Diese Strukturen gilt es, zum Wohle der Bevölkerung zu stärken und für das Gesundheitswesen fehlsteuernde Anreize abzuschaffen. Ein stärkerer Wettbewerb unter den Leistungserbringern ist nur dann sinnvoll, wenn dieser Wettbewerb unter fairen Bedingungen erfolgt. Aus Sicht der Gesundheitshandwerke sind dabei folgende Grundsätze zu beachten:

1. Patientenschutz durch Meisterpräsenz und Höherpositionierung

Die Gesundheitshandwerke tragen ihre Verantwortung in ihrem Namen und sie tragen auf unterschiedlichen Wegen zur Gesundheitsversorgung der Menschen in Deutschland bei. Angesichts der fachlichen und technologischen Entwicklung und damit verbundener Höherqualifizierung ist es naheliegend, wenn sich die Gesundheitshandwerke und ihr Wissen, Können und ihre Erfahrung umfassender in den jeweiligen Versorgungsbereichen einbringen könnten.

Um ihren Dienst für die Patienten noch besser leisten zu können, ist es an vielen Stellen sinnvoll, die Schnittstellen zwischen den Berufs- und Tätigkeitsfeldern der Gesundheitshandwerke und der Ärzte entsprechend den gestiegenen jeweiligen Kompetenzen neu anzupassen, wie dies bereits bei den Augenoptikern oder den Hörgeräteakustikern begonnen wurde. Dies wird und muss sich auch in Zukunft sicherlich nach den jeweils werkespezifisch unterschiedlichen Erfordernissen fortsetzen. Die Gesundheitshandwerke insgesamt sind für diese Entwicklung offen und sind durch eine Verstärkung der Aus- und Fortbildung hierzu bereit und fähig.

Dabei ist die Erhaltung der Pflicht zur Meisterpräsenz bei allen gefahrengeneigten Gesundheitshandwerken unverzichtbar. Nur so können die Patienten der Gesundheitshandwerke weiterhin sicher sein, dass sie individuell eine fachgerechte Leistung erhalten, die zu einem hohen Maß auf der Kompetenz des Handwerksmeisters basiert. Der Meister in seiner persönlichen Verantwortung handelt, überwacht und kontrolliert immer im Sinne des Patientenschutzes. Ohne die Pflicht einer Meisterpräsenz wäre eine Grundversorgung der Bevölkerung Deutschlands auf diesem hohen Niveau nicht möglich.

Die persönliche Verantwortung, wie sie sich in der Meisterpräsenz zeigt und der Wille zur ständigen Höherqualifizierung tragen entscheidend zum Patientenschutz bei.

2. Ausbildung im Gesundheitshandwerk und seine Zukunftsperspektiven

Aufgrund der stetig alternden Gesellschaft in Deutschland besteht seit Jahren eine ständig wachsende Nachfrage nach den Leistungen und Serviceangeboten der

Gesundheitshandwerke. Um die hohen Qualitätsstandards und das breite Leistungsspektrum dieses Wachstums- und Zukunftsmarktes weiterhin zu sichern bedarf es sehr gut ausgebildeter Gesellen und Meister.

Die Anforderungen, die ein Gesundheitshandwerker heute erfüllen muss, sind deutlich höher als noch vor 10 Jahren. Eine rasant fortschreitende technologische Entwicklung, ein sich ständig verändernder Gesundheitsmarkt und eine zunehmende Digitalisierung in allen Betriebs- und Anpassungsbereichen, stellen hohe Ansprüche an den modernen Gesundheitshandwerker.

Die Gesundheitshandwerke blicken dieser Herausforderung positiv entgegen, da sie für den Wettbewerb um die besten Mitarbeiter sehr gut aufgestellt sind. Um diesen ständig steigenden Anforderungen gerecht zu werden bedarf es hoher Ausbildungsstandards. Die hohen Investitionen in die berufliche Qualifikation sind ein qualitätssicherndes Selektionskriterium, mit dem der Einzelne seine dauerhafte Bereitschaft und Fähigkeit signalisiert, eine hohe Versorgungsqualität, die hochwertige Produkte und Dienstleistungen enthält, garantieren zu können und dies auch zu wollen.

In Deutschland verfügt das Gesundheitshandwerk über ein weltweit einzigartiges und sehr erfolgreiches duales Ausbildungssystem, mit dem das Handwerk im europäischen Vergleich überragende Ausbildungsergebnisse erzielt.

Diese Symbiose aus betrieblicher und überbetrieblicher Ausbildung bereitet in idealer Weise auf die spätere Tätigkeit vor, sichert eine hohe Qualität und bietet zusätzlich die Qualifikation für eine mögliche akademische Folgeausbildung. Diese kann natürlich ebenfalls dual, also in enger Zusammenarbeit mit den Betrieben, erfolgen. So können neben dem theoretischen Wissen auch wichtige Praxiserfahrungen gesammelt werden.

Auf Grund der hohen Ausbildungsqualität sind die Gesundheitshandwerke allerdings auf die für die duale Ausbildung notwendigen schulischen Vorleistungen angewiesen. Diese lassen leider nicht nur in den naturwissenschaftlichen Grundfächern oftmals zu wünschen übrig, sondern auch Rechtsschreibung und Allgemeinbildung.

3. Leistungsgerechte Beteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss umsetzen

Ein Beispiel aus dem Gesundheitshandwerk Orthopädie-Technik: Statistiken zufolge wird in keinem europäischen Land so schnell zum Messer gegriffen wie in der Bundesrepublik. Dabei reichen konservative Maßnahmen oftmals aus. Warum von Alternativen wenig Gebrauch gemacht wird, hat einen einfachen Grund: Das medizinische Wissen bei den Fachärzten ist heute kaum mehr vorhanden. Um diese massive Lücke in der Facharztausbildung anzugehen, beschreiten seit Anfang des Jahres die Deutsche Gesellschaft der Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT) gemeinsame Wege.

Dieses Beispiel zeigt, dass eine institutionelle Abstimmung zwischen Leistungserbringern, zu den neben Ärzten selbstverständlich auch die Gesundheitshandwerke zählen, zwingend für die Patientensicherheit notwendig ist. Der Arzt kann längst nicht mehr die gesamte Versorgungskette im Blick haben. Der hippokratische Eid, „Primum non nocere

– dem Patienten nicht schaden“, verlangt heute mehr denn je die enge Kooperation und zwar auf gleicher Augenhöhe mit den Gesundheitshandwerken.

So notwendig diese Kooperation ist, so wenig ist sie in Deutschland institutionell verankert: In Deutschland werden die Richtlinien des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die mehr als 70 Millionen Versicherten allein vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt. In dem obersten Beschlussgremium arbeiten allerdings ausschließlich Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen zusammen – die Gesundheitshandwerke bleiben außen vor. Diesen indiskutablen und realitätsfernen Zustand gilt es abzuschaffen.

Solange aber Augenoptiker, Zahntechniker, Hörgeräteakustiker und Orthopädie(Schuh)-Techniker nicht leistungsgerecht gleichberechtigt mit der Ärzteschaft im G-BA zusammenarbeiten können, werden die Schlagzeilen über Fehlentscheidungen und unnötige Operationen innerhalb der Ärzteschaft sicherlich nicht aufhören.

4. Strikte Korruptionsbekämpfung sichert mehr Wettbewerb

Fehlanreize im Gesundheitssystem führen zu Fehlverhalten bei Patienten, aber auch bei den Leistungserbringern. Fehlsteuerungen bergen medizinische Sicherheitsrisiken in sich, etwa wenn monetäres Gewinnstreben des Arztes oder eines Krankenhauses die strikte medizinische Bedarfsorientierung bei der Therapiewahl überlagert und dabei etwa der Einsatz nicht notwendiger, nicht ausreichend geprüfter oder gar bewusst minderwertiger Therapiemittel und Medizinprodukte erfolgt.

In der Arzt-Patientenbeziehung besteht eine hohe Dominanz des Arztes bei den Fragen der richtigen Behandlung und des richtigen Therapie- und Rehabilitationsmittels. In den allermeisten Fällen ist der Patient nicht souverän. Aber auch gegenüber der Industrie, die dem Mediziner Medizinprodukte für sein Ordnungsverhalten empfiehlt oder ihm liefert, und gegenüber den nachgelagerten Leistungserbringern, die seine Verordnungen mit dem Patienten umsetzen, besteht eine starke wirtschaftliche Dominanz. Diese Dominanz der ärztlichen Berufe gegenüber dem Patienten und der übrigen Leistungserbringer erhöht das Risiko für Fehlentwicklungen, die man unter den Stichworten Korruption und wirtschaftliche Vorteilsnahme zusammenfassen kann.

Die Gesundheitshandwerke, die praktisch vollständig von Verordnungen oder Aufträgen der Ärzte abhängig sind, haben sich seit jeher für ein hohes Maß an Leistungs- und Kostentransparenz im Gesundheitswesen ausgesprochen und gegen ein problematisches System von gegenseitiger Vorteilsnahme und Vorteilsgewährungen gekämpft.

Die bisherigen sozialrechtlichen Maßnahmen, Korruption zu bekämpfen, werden daher von den Gesundheitshandwerken ausdrücklich begrüßt. Sie gehen maßgeblich auf handwerkspolitische Initiativen zurück. Die jüngsten Verschärfungen durch das Jahresbeginn 2012 geltende GKV-Versorgungsstrukturgesetz sind ein weiterer Schritt in die richtige Richtung. Hier wird den ärztlichen Berufen grundsätzlich mit § 73 Abs. 7 SGB V untersagt, Einkünfte durch die Zuweisung ihrer Patienten an bestimmte Leistungserbringer zu erzielen. In Verbindung mit dem § 128 SGB V wurde damit klargestellt, dass die Auswahl und Zusammenarbeit der ärztlichen Berufe mit anderen Leistungserbrin-

gern ohne finanzielle Vorteile für den ärztlichen Heilberuf sein soll und sich damit strikt an Leistungen und Qualität orientieren kann.

Diese „Antikorruptionsregeln“ müssen allerdings auch gleichermaßen für den Bereich der privaten Krankenversicherung (PKV) gelten.

Sie sind aber auch grundlegend auf die Besonderheiten in der zahnmedizinischen Versorgung zu übertragen. Den Versuchen von Zahnärzten, mittels eines anachronistischen Berufsrechts immer weitere Teile der Zahnersatzherstellung in immer phantasiereichen Rechtskonstruktionen von sogenannten Praxislaboratorien außerhalb der qualitätsgesicherten Handwerksbetriebe zum eigenen Gewinnvorteil zu organisieren, muss durch geeignete Maßnahmen begegnet werden.

Erst damit wären qualitätsgesicherte, faire und leistungsorientierte Strukturen der Zusammenarbeit zwischen ärztlichen Berufen und Gesundheitshandwerk geschaffen, die wettbewerbs- und innovationsstärkend zugunsten der Patienten wirken können, statt der Nachfragedominanz der ärztlichen Berufe nur mit immer weitergehenden korruptionsgeneigten Vorteilsphantasien begegnen zu müssen.

5. Exportschranken für Gesundheitshandwerke abbauen

Die Gesundheitshandwerke sind davon überzeugt, dass die duale Ausbildung mit ihren praktischen Ausbildungsinhalten für eine sehr hohe Patientensicherheit, aber auch Patientenzufriedenheit führt. Die hohe Dienstleistungsqualität besteht jeden internationalen oder europäischen Vergleich.

Dennoch ist es für die deutschen Gesundheitshandwerke nicht unproblematisch, sich in den EU-Ländern selbstständig zu machen, in denen der Beruf ausschließlich von Akademikern ausgeübt werden darf. Spätestens mit den Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs ist klar, dass ein grenzüberschreitender europäischer Austausch von Gesundheitsdienstleistungen ausdrücklich gewünscht ist. Daher wird in Kürze auch jeder Bundesbürger seine neue Versichertenkarte erhalten, mit dem er seine individuellen Patientendaten auch EU-grenzüberschreitend „mitnehmen“ kann.

Das Europäische Parlament hat der beruflichen Mobilität in Europa mit unterschiedlichen Gesetzen und Rahmenbedingungen wesentlich Vorschub geleistet. Für die streng regulierten Gesundheitsberufen, zu den auch die Gesundheitshandwerke gehören, mit einem Anerkennungsgesetz zur beruflichen Qualifikation (Richtlinie 2005/36/EG). Dennoch bleiben nach wie vor in vielen EU-Ländern die Zugangsschranken unten, weil dort Akademiker die Gesundheitsdienstleistung erbringen sollen.

Die Gesundheitshandwerke fordern daher überall dort einen freien Berufszugang in Europa, wo die Qualität der zu erbringenden Dienstleistung vergleichbar ist. Denn die Titelbezeichnung kann und darf nicht dafür entscheidend sei, ob jemand als qualifiziert gilt oder nicht.

München, 15. März 2012

Die Gesundheitshandwerke