

Die Gesundheitshandwerke

„Qualitätsgesicherter, fairer und leistungsorientierter

Wettbewerb zum Wohl des Patienten“

Erwartungen und Forderungen der Gesundheitshandwerke

Für die Gesundheit der Menschen leisten die fünf Gesundheitshandwerke in Deutschland – *Augenoptiker, Hörgeräteakustiker, Orthopädie-Schuhtechniker, Orthopädie-Techniker* und *Zahntechniker* – einen unschätzbaren Beitrag. Dabei können die Kunden und Patienten heute wie zukünftig durch die Meisterpräsenz immer sicher sein, dass sie eine fachgerechte Leistung auf hohem Versorgungsniveau erhalten.

Die etwa 24.000 klein- und mittelständischen Unternehmen der Gesundheitshandwerke sind darüber hinaus Arbeitgeber sowie Aus- und Fortbildungsbetrieb von rund 160.000 Menschen und somit ein struktur- und regionalpolitischer Stabilitätsfaktor.

Um auch zukünftig eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen, fordern die Gesundheitshandwerke von der Bundesregierung sowie von Politik und Selbstverwaltung allgemein die Unterstützung bei der Umsetzung der hier aufgelisteten Anliegen.



Zusammenfassung:

Verstärkte Korruptionsbekämpfung

Die Gesundheitshandwerke fordern weiterhin eine strikte Bekämpfung von Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen. Die Überarbeitung des § 128 SGB V im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes war ein wichtiger Schritt dazu. Weitere konsequente gesetzliche Maßnahmen werden als zwingend erachtet.

Leistungsgerechte Beteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Um den Einfluss in der Selbstverwaltung zu stärken, ist es notwendig, dass den Gesundheitshandwerken - z.B. als Mitglieder in vorbereitenden Ausschüssen - ein frühzeitiges Mitspracherecht eingeräumt wird. Das vor allem vor dem Hintergrund, dass die Hilfsmittelrichtlinien mittlerweile nicht nur mittelbar, sondern auch unmittelbar für die Gesundheitshandwerke gelten.

Klarstellung im Kartellrecht für Leistungserbringerverbände und GKV

Es bedarf einer gesetzlichen Klarstellung im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB), dass die Abstimmung von Leistungserbringerverbänden mit den jeweiligen Mitgliedern im Zusammenhang mit Verhandlungen von Versorgungsverträgen kartellrechtlich unbedenklich ist. Denn auch die Kassen können sich hinsichtlich der Vertragsverhandlungen kartellrechtlich frei bewegen.

Festbeträge müssen ausreichend, wirtschaftlich und auskömmlich kalkuliert sein

Um auch zukünftig wirtschaftlich arbeiten zu können, bedarf es realistischer und ausreichend kalkulierter Festbeträge für Hilfsmittel. Der dahinterstehende Kalkulationsprozess muss transparent und fair vollzogen werden. Des Weiteren müssen Festbeträge schneller als bisher aufgrund von veränderten Markt- und Rechtssituationen angepasst werden.

Einbeziehen von Festzuschusssystemen

Festzuschüsse können für ausgewählte Hilfsmittel im GKV-Markt von Vorteil sein. Die Einführung von Festzuschüssen sorgt für eine finanzielle Entlastung des Gesundheitssystems und stärkt die Eigenverantwortung des Versicherten dort, wo es sinnvoll ist - z.B. bei altersbedingt eingesetzten Hilfsmitteln.

Höherpositionierung durch Übertragung ärztlicher Leistungen auf die Gesundheitshandwerke

Es ist angebracht, dass die Gesundheitshandwerke zukünftig vermehrt Aufgaben wahrnehmen, die heute noch ausschließlich Ärzten vorbehalten sind. Um der Unterversorgung besonders im ländlichen Raum zu begegnen, sollte die Übertragung ärztlicher Leistungen auf die Gesundheitshandwerke erprobt werden. Dafür bedarf es weiterer gesetzlicher Lösungen.

Die Gesundheitshandwerke in Europa stärken

Die Gesundheitshandwerke fordern die Anerkennung der beruflichen Qualifikation im europäischen Raum gegenüber entsprechend akademisch dominierten Tätigkeiten. Dort wo die Qualität der Leistung vergleichbar ist, muss ein gleicher Zugang zum Arbeitsmarkt möglich sein. Gleichzeitig darf es durch die derzeitige Überarbeitung der europäischen Anerkennungsrichtlinie von Berufsqualifikationen (Richtlinie 2005/36/EG) nicht zu einer Herabsetzung des Qualifikationsniveaus im deutschen Gesundheitshandwerk und zur Entwertung der dualen Ausbildung in Deutschland kommen.

Beteiligung des ZDH im Prozess der „elektronischen Gesundheitskarte“

Auch die Gesundheitshandwerke sind als Leistungserbringer von der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte betroffen, bislang jedoch nicht in das laufende Verfahren eingebunden worden. Wir erwarten die sofortige Einbeziehung des ZDH als Vertreter der Gesundheitshandwerke in den Koordinierungs- und Abstimmungsprozess rund um die elektronische Gesundheitskarte.

Einhaltung des Medizinproduktegesetzes (MPG)

Die Gesundheitshandwerke treten für eine strikte Anwendung des Medizinproduktegesetzes (MPG) ein. Dessen Regelungen müssen von allen entsprechenden Marktteilnehmern befolgt werden – speziell im Internethandel.

Einführung regelmäßiger Führerscheintests

Aufgrund der Datenlage zu Unfallstatistiken sind politische Aktionen zur Einführung regelmäßiger Führerscheintests gefragt. Dies gilt besonders für die Gruppe der Menschen ab 50 Jahren.

Erwartungen und Forderungen der Gesundheitshandwerke:

Verstärkte Korruptionsbekämpfung

Fehlanreize im Gesundheitswesen können zu Fehlverhalten der verschiedenen Akteure führen. Beispielsweise kann monetäres Gewinnstreben eines Arztes oder Krankenhauses die strikte medizinische Bedarfsorientierung bei der Therapiewahl überlagern wodurch nicht notwendige oder nicht adäquate Therapiemittel und Medizinprodukte eingesetzt werden.

Die in den letzten Jahren dauerhaft geführte bundesweite Diskussion zu Korruption im Gesundheitswesen ist nachvollziehbar und berechtigt. Um diese zu versachlichen bedarf es weiterer gesetzlicher Regelungen.

Die Anti-Korruptionsgesetze im Sozialrecht sind wirkungsvoll und müssen weiter ausgebaut werden. Allerdings gibt es bei einzelnen Krankenkassen und Ärztekammern Vollzugsdefizite. Es liegt an den Krankenkassen und der ärztlichen Selbstverwaltung, diese Paragrafen nicht nur im Gesetzesbuch zu betrachten, sondern sie auch in der Realität tagtäglich anzuwenden.

Die Gesundheitshandwerke haben sich seit jeher für eine strikte Trennung zwischen ärztlicher Tätigkeit sowie gewerblicher und handwerklicher Leistungen der Gesundheitshandwerke ausgesprochen. Da sie in einem hohen Maße von Verordnungen, Überweisungen und Beauftragungen abhängig sind, sehen sie sich nicht selten versuchter Einfluss- und Vorteilsnahme seitens der Ärzteschaft ausgesetzt. Des Weiteren ist verstärkt zu beobachten, dass Ärzte versuchen, in Leistungsbereiche der Gesundheitshandwerke vorzudringen. Die Verschärfung des § 128 SGB V - die Unterbindung einer Beteiligung von Vertragsärzten an Unternehmen der Leistungserbringer - war ein wichtiger Schritt zur Stärkung der Gesundheitshandwerke. Insbesondere die klare Vergewerblichung bei Zahnärzten durch eine unhaltbare rechtliche Überdehnung des zahnärztlichen Praxislaborbegriffs muss in diesem Regelungszusammenhang konsequent unterbunden werden.

Wir fordern:

- Strikte Korruptionsbekämpfung und Beseitigung von Fehlanreizen im Gesundheitswesen.
- Anpassung des § 128 SGB V in folgenden Punkten:
 - o Die Unterbindung einer Beteiligung von Vertrags(zahn-)ärzten an Unternehmen der Leistungserbringer muss ausgeweitet werden. Umgehungstatbestände, wie sie bei Zahnärzten durch die Praxislaborregelung und Eigenbelegabrechnung gegeben sind, sind auszuschließen.
 - o Ausweitung der möglichen Sanktionen im Falle von Korruption und Verstößen auch auf Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen sowie auf Krankenhausträger.
 - o Übertragung der getroffenen Regelungen und Änderungen auch auf den PKV-Bereich.

Leistungsgerechte Beteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Von Seiten der Gesundheitshandwerke wird eine leistungsgerechtere Kooperation im höchsten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, dem G-BA, eingefordert, weil für die Organisation des Versorgungsgeschehens eine institutionelle Abstimmung aller relevanten Akteure (somit auch der Gesundheitshandwerke) unabdingbar ist. Es erscheint sogar verfassungswidrig, dass Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen und Betroffenenorganisationen ein ausführliches Mitbestimmungs- und Mitspracherecht haben, die dort getroffenen Entscheidungen aber von allen Leistungserbringern 1:1 umzusetzen sind. Das stellt eine nicht weiter hinnehmbare Diskriminierung der Gesundheitshandwerke dar. Bislang treten im G-BA lediglich Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen sowie Behindertenorganisationen für

Entscheidungen zusammen – die Gesundheitshandwerke bleiben außen vor. Dies muss korrigiert werden.

Wir fordern:

- Eine Erhöhung der Patientensicherheit durch eine leistungsberechtigte und mit der Ärzteschaft gleichberechtigte Beteiligung an den Beratungen und Entscheidungen zum Versorgungsgeschehen im G-BA z.B. als Mitglieder in vorbereitenden Ausschüssen.

Klarstellung im Kartellrecht für Leistungserbringerverbände und GKV

Die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln im System der gesetzlichen Krankenversicherung wird im Wesentlichen durch den Abschluss von Versorgungsverträgen gem. § 127 Abs. 2 SGB V zwischen den Krankenkassen(verbänden) und den Leistungserbringerverbänden sichergestellt. Die kleinen und mittelständischen Handwerksbetriebe wären ohne ihre Leistungserbringerverbände nicht in der Lage, mit den Krankenkassen „auf Augenhöhe“ zu verhandeln. Sie verfügen weder über die personellen, noch die sachlichen Mittel, um individuelle Verträge mit den Krankenkassen – von denen bereits heute einige über eine erhebliche Nachfrage- und damit einhergehende Verhandlungsmacht verfügen – abzuschließen.

Bei einem engen Verständnis der Ausnahmvorschrift des § 69 Abs. 2 S. 2 SGB V wäre nur das vertikale Verhältnis zwischen der Krankenkasse bzw. dem Krankenkassenverband und dem Leistungserbringerverband kartellrechtlich privilegiert. Horizontale Absprachen und Beschlüsse der Leistungserbringerverbände zur Vorbereitung und Verhandlung der Versorgungsverträge gem. § 127 Abs. 2 SGB V wären demgegenüber von der Ausnahmvorschrift nicht erfasst. Die vom Gesetzgeber mit dem AMNOG gewollte und in § 69 Abs. 2 S. 2 SGB V i.V.m. § 127 Abs. 2 SGB V ausdrücklich vorgesehene kartellrechtliche Privilegierung der Leistungserbringerverbände wäre praktisch wirkungslos. Doch ein Leistungserbringerverband kann keinen Versorgungsvertrag gem. § 127 Abs. 2 SGB V mit einer Krankenkasse bzw. einem Krankenkassenverband abschließen, ohne zuvor die wesentlichen Inhalte des Vertrages mit seinen Mitgliedern bzw. in den zuständigen Gremien – d.h. auf horizontaler Ebene – zu besprechen. Vielmehr muss er die Vertragsverhandlungen bis zum endgültigen Vertragsschluss mit den zuständigen Gremien abstimmen und die für einen Vertragsschluss nach seiner internen Verfassung erforderlichen Beschlüsse herbeiführen.

Daher bedarf es hier einer gesetzlichen Klarstellung, dass auch die erwähnten Abstimmungsprozesse der Verbände der Gesundheitshandwerke mit ihren Mitgliedern nicht vom Kartellrecht betroffen sind. Sollte das nicht möglich sein, muss das Kartellrecht konsequent auch auf die GKV Anwendung finden.

Wir fordern:

- Eine gesetzliche Klarstellung zum Kartellrecht bei Absprachen eines Leistungserbringerverbandes mit seinen Mitgliedern bzgl. § 69 Abs. 2 S. 2 und § 127 Abs. 2 SGB V (gleich lange Spieße bei Vertragsverhandlungen).

Festbeträge müssen ausreichend, wirtschaftlich und auskömmlich kalkuliert sein

Der GKV-Spitzenverband ist gemäß § 36 SGB V befugt, Festbeträge für Hilfsmittel festzulegen. Die Kalkulationsverfahren hierzu sind oftmals intransparent und führen häufig zu nicht realistischen Beträgen. Gerade bei den Gesundheitshandwerken wird die individuell zu erbringende Dienstleistung nicht oder zu wenig beachtet. Ein Beispiel: So wird die Kraft gesetzlicher Regelungen einzuhaltende Meisterpräsenz je Fachgeschäft in den Kalkulationen der Festbeträge missachtet, da der GKV-Spitzenverband fälschlicherweise davon ausgeht, dass nur die Löhne und Gehälter in die Kalkulation einfließen brauchen, die unmittelbar an der Leistungserbringung beteiligt sind. Da der Meister alle notwendigen Arbeiten zu überwachen und zu überprüfen hat, muss zwingender Weise auch sein

Gehalt Einfluss in die Festbetragskalkulation nehmen. Gleiches gilt für die Dienstleistungszeiten, die vom GKV-Spitzenverband teils willkürlich reduziert werden. Bei der Kalkulation des Festbetrages wird außer Acht gelassen, dass die technischen Kriterien bei dem gesamten Versorgungsablauf eine untergeordnete Rolle spielen. Von elementarer Bedeutung bei der Rehabilitation ist die Anpassdienstleistung durch die dafür speziell ausgebildeten Gesundheitshandwerke.

Gleichzeitig reagiert der GKV-Spitzenverband oftmals erst nach Jahren auf veränderte Markt- und Rechtssituationen bei der Neukalkulation von Festbeträgen. Obwohl das Bundessozialgericht vor über 3 Jahren im Rahmen des unmittelbaren Behinderungsausgleichs entschieden hat, dass der Versicherte Anspruch auf eine bestmögliche Versorgung hat, wurden bspw. die Festbeträge im Bereich der Hörsysteme in der überwiegenden Anzahl der Versorgung bis heute nicht angepasst. Gleichzeitig soll der Leistungserbringer aber zu dem alten - deutlich niedrigen - Festbetrag eine bestmögliche Versorgung durchführen. Die Untätigkeit des GKV Spitzenverbandes darf und kann nicht zu Lasten der Gesundheitshandwerke und ihrer wirtschaftlichen Situationen gehen. Daher fordern die Gesundheitshandwerke ein entschiedenes Eintreten des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), als Kontrollinstanz gegenüber dem GKV-Spitzenverbandes.

Auch dürfen die zumeist klein- und mittelständischen Betriebe des Gesundheitswesens nicht mit Versorgungsverträgen erpresst werden, welche die GKV mit Großfilialisten, Private-Equity-Unternehmen, oder anderen konzernstrukturierten Akteuren vereinbart hat. Der Eindruck verstärkt sich, dass die GKV aus reinem Profitstreben bereit ist, jegliche Angebote anzunehmen, auch wenn diese mit marktruinösen Konditionen verbunden sind, die einzig und alleine einem Verdrängungswettbewerb zu Lasten der Kleinstbetriebe dienen können.

Wir fordern:

- Ausreichend, wirtschaftlich und auskömmlich kalkulierte Festbeträge.
- Zeitnahe Anpassung der Festbeträge bei veränderten Markt- und Rechtssituationen.
- Verstärktes Eintreten des BMG als Kontrollinstanz gegenüber dem GKV-Spitzenverband bzgl. der zuvor genannten Punkte.

Einbeziehen von Festzuschussystemen

Die Gesundheitshandwerke teilen die Auffassung der Bundesregierung, dass ein Festzuschussystem in ausgewählten Hilfsmittelbereichen (wie z.B. Hörsystemversorgungen) für alle Beteiligten – Patienten, Leistungserbringer, Hilfsmittelhersteller und Krankenkassen – Vorteile mit sich bringen kann. Voraussetzung hierfür sind klare berufs- und wettbewerbsrechtliche Strukturen. Zudem wird es dazu beitragen, die Ausgabenexplosion im Gesundheitswesen einzudämmen, ohne eine ungerechte Leistungsumverteilung vorzunehmen. Denn die eigenanteilsfreie Grundversorgung mit Hilfsmitteln für gesetzlich Versicherte muss erhalten bleiben.

Angesichts des unüberschaubaren Geflechts von Verträgen in einer sich ständig ändernden Kassenstruktur bedeuten Festzuschüsse - anstelle von Sachleistungen - mehr finanzielle Systemsicherheit des Gesundheitswesens. Festzuschüsse sind bundeseinheitliche Zuschüsse der GKV, die unabhängig von der durch den Patienten gewählten Versorgungsform gezahlt werden. Eventuelle Mehrkosten muss der Patient selber tragen. Das Sozialgesetzbuch sieht die Mehrkostenregelung schon heute vor und diese wird von der überwiegenden Zahl der GKV-Versicherten akzeptiert. Der Übergang von Festbeträgen zu Festzuschüssen ist vor allem bei Hilfsmitteln denkbar, die nicht krankheits-, sondern altersbedingte Ursachen haben.

Es gilt juristisch als unstrittig, dass Versicherte einen Anspruch auf bestmögliche Hilfsmittel-Versorgung haben, die zum unmittelbaren Behinderungsausgleich führt, soweit ein Sachleistungsanspruch besteht. Davor darf die GKV nicht länger die Augen verschließen. Dass sich auf Grund des weiten Sachleistungsanspruchs und der Demographie-Entwicklung die Ausgabensituation der GKV explosionsartig verändern wird, liegt auf der Hand.

Wir fordern:

- Einführung von Festzuschüssen bei Hilfsmitteln, die nicht krankheits- sondern altersbedingte Ursachen haben.
- Einbeziehung der Gesundheitshandwerke bei Auswahl und Planung von Festzuschüssen für Hilfsmittel.
- Stärkung der Eigenverantwortung der gesetzlich Versicherten bei altersbedingt eingesetzten Hilfsmitteln durch die Einführung der o.g. Festzuschüsse.

Höherpositionierung durch Übertragung ärztlicher Leistungen auf die Gesundheitshandwerke

Mit der fachlichen und technischen (Weiter-)Entwicklung ist eine umfangreiche Kompetenzerweiterung verbunden. Daher ist es naheliegend, dass sich die Gesundheitshandwerke mit ihrem Wissen, ihrem Können und ihrer Erfahrung umfassender in verschiedene Versorgungsbereiche einbringen können. Um den Dienst an der Gesundheit zukünftig noch besser leisten zu können, ist es somit an vielen Stellen sinnvoll, die Schnittstellen zwischen den Berufs- und Tätigkeitsfeldern der Gesundheitshandwerke und der Ärzte und Zahnärzte an die gestiegenen jeweiligen Kompetenzen anzugleichen. Für alle Gesundheitshandwerke gilt, dass sich die erwähnte Anpassung zukünftig nach den handwerkspezifischen unterschiedlichen Erfordernissen fortsetzen kann. Die Gesundheitshandwerke insgesamt sind für diese Entwicklung offen und dafür durch eine verstärkte Aus- und Fortbildung bereit und befähigt.

Laut dem Bundesgesundheitsministerium ist mit der Ergänzung des § 28 SGB V durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) die Übertragung ärztlicher Leistungen auf andere Gesundheitsberufe ausdrücklich erwünscht. Die Gesundheitshandwerke fordern von den zuständigen Institutionen eine fachgerechte und klarstellende Regelung für die Gesundheitshandwerke.

Die Gesundheitshandwerke sind davon überzeugt, dass durch die Übertragung ärztlicher Leistungen auf die Gesundheitshandwerke ein wertvoller und wirtschaftlicher Beitrag zur Überwindung von medizinischer Unterversorgung - besonders im ländlichen Raum - geleistet werden kann. Auch im Bereich der Versorgung von Handicap-Patienten können und sollten die Möglichkeiten der Gesundheitshandwerke umfassend genutzt werden. Es ist vorstellbar, dieses anhand von ausgewählten Verordnungen und Versorgungsleistungen in einer bestimmten Region im Rahmen eines Modellprojektes zu erproben. Hierfür müssen im Vorfeld sozial-rechtlich tragfähige Vereinbarungen getroffen werden. Die Kooperation aller an der Versorgung beteiligter Partner (Gesundheitshandwerke, Ärzte, GKV, K(Z)V, etc.) ist dabei Grundvoraussetzung.

Wir fordern:

- Eine grundsätzliche Bereitschaft, die Schnittstellen zwischen der Arbeit der Gesundheitshandwerke und entsprechender Ärzteschaft zu prüfen und ggf. anzupassen.
- Übertragung ärztlicher Leistungen auf die Gesundheitshandwerke zunächst im Rahmen eines Pilotprojektes.
- Bereitschaft zur Kooperation aller relevanten Akteure.
- Entwicklung eines sozial-rechtlich tragfähigen Konstrukts durch die beteiligten Partner.

Die Gesundheitshandwerke in Europa stärken

Im europäischen wie internationalen Vergleich garantieren die Gesundheitshandwerke durch die duale Ausbildung eine hohe Dienstleistungsqualität und Produktsicherheit. Beides führt zu einer hohen Zufriedenheit auf Seiten des Patienten. Dennoch ist es für die deutschen Gesundheitshandwerke nicht unproblematisch, sich in Ländern der europäischen Union selbstständig zu machen, in denen der betreffende Beruf ausschließlich von Akademikern ausgeübt wird. Diese Tatsache steht im deutlichen Gegensatz zum gewünschten europäischen Austausch von Gesundheitsdienstleistungen sowie der

angestrebten beruflichen Mobilität. In Deutschland wurde ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung mit der Gleichstellung des akademischen Abschlusses „Bachelor“ und dem „Handwerksmeister“ innerhalb des Deutschen Qualifikationsrahmes (DQR) gemacht.

Derzeit wird über die Überarbeitung der Richtlinie über die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen (Richtlinie 2005/36/EG) sowohl im Rat wie auch im Europäischen Parlament beraten. Der Ausgang des Gesetzgebungsverfahrens hierzu ist noch völlig offen. Laut Vorhaben der Kommission sollen einerseits Anerkennungsanforderungen weiter reduziert und damit indirekt Qualifikationsstandards abgesenkt, gleichzeitig aber ein Zugang zu akademischen Berufen für Personen ohne akademische Berufsqualifikation vereitelt werden. Zudem soll verstärkt Einfluss auf die Berufsbildung und das Prüfungswesen genommen werden (vgl. Artikel 13 und 49a der Richtlinie 2005/36/EG). Dadurch würde es insgesamt zu einer Untergrabung der dualen Ausbildung in Deutschland kommen. Dies würde perspektivisch zu einer Schwächung der leistungsfähigen Strukturen des Handwerks in Deutschland führen und ist besonders für die Gesundheitshandwerke nicht akzeptabel.

Wir fordern:

- Freier Berufszugang in der EU, dort wo die Qualifikation für die zu erbringenden Dienstleistung vergleichbar ist.
- Anerkennung deutscher Handwerksabschlüsse gegenüber akademischen Titeln v.a. im europäischen Ausland.
- Beachtung der Interessen des deutschen Handwerks - speziell der Gesundheitshandwerke - bei der Überarbeitung der Richtlinie über die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen. Dies meint insbesondere:
 - o Beibehaltung des Anerkennungsmechanismus in Artikel 13 der Richtlinie 2005/36/EG.
 - o Ablehnung des in Artikel 49a der Richtlinie 2005/36/EG aufgeführten gemeinsamen Ausbildungsrahmens.

Beteiligung des ZDH im Prozess der „elektronischen Gesundheitskarte“

In 2012 wurde in Deutschland damit begonnen, die bisherigen Krankenversichertenkarten sukzessive durch die elektronische Gesundheitskarte zu ersetzen. Neben administrativen Funktionen sollen hierüber auch Gesundheitsdaten verfügbar gemacht werden. Gleichzeitig bedeutet die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte die Notwendigkeit der Schaffung eines elektronischen Arztausweises/Heilberufsausweises zur Authentifizierung und anschließender Nutzung und Editierung der Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte. Die technische Ausgestaltung ist somit ebenso von Belang wie auch datenschutzrechtliche Aspekte.

Trotz mehrfacher Interventionen wurden die Belange der Gesundheitshandwerke in dem zuvor beschriebenen Prozess nicht berücksichtigt. Somit ist bisher nicht geklärt, wie Patienten ihr Recht zum Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte bei den Gesundheitshandwerken realisieren können. Das bedeutet, dass ein Lesen und Bearbeiten von ärztlichen Verordnungen, welche auf der elektronischen Gesundheitskarte hinterlegt werden, nicht möglich sein wird. Dies würde zu einer eklatanten Wettbewerbsverzerrung führen.

Wir fordern:

- Einbeziehung der Gesundheitshandwerke über den Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) in den Koordinierungs- und Abstimmungsprozess der elektronischen Gesundheitskarte.
- Einführung eines Gesundheitshandwerkeausweises zur Teilnahme am Versorgungsgeschehen im Rahmen der elektronischen Gesundheitskarte.

- Einen fairen Wettbewerb im deutschen sowie europäischen Gesundheitswesen durch die Möglichkeit des Zugriffs auf die Daten der elektronischen Gesundheitskarte durch die Gesundheitshandwerke.
- Eine gleichberechtigte Kostenlast bei der Ausstattung der relevanten Akteure mit den notwendigen technischen Geräten (derzeit ist geplant, dass Lesegeräte u.ä. Ärzten kostenfrei bzw. mit GKV-Mitteln bezuschusst überlassen werden).

Einhaltung des Medizinproduktegesetzes (MPG)

Es muss sichergestellt werden, dass die Regelungen des Medizinproduktegesetzes mit den entsprechenden Qualitätsanforderungen durchgängig und von allen Marktteilnehmern bei der Abgabe befolgt werden. Dies ist insbesondere im Zusammenhang mit dem Internet-Handel notwendig. Sinnvoll wäre hier die Einführung von regelmäßigen präventiven Untersuchungen/Tests der Kunden durch fachkundige Personen in regelmäßigen Abständen. Ein Verkauf von Medizinprodukten (z. B. Kontaktlinsen) über das Internet sollte dann nur noch auf Grundlage eines entsprechenden Nachweises der Untersuchung an den Kunden erfolgen. Bei gesundheitlichen Bedenken wäre kein Nachkauf des Produktes mehr möglich (diese Regelung gibt es für Kontaktlinsen bereits seit längerem in den USA).

Wir fordern:

- Konsequente Anwendung und Beachtung des MPG von allen Marktteilnehmern – auch im Bereich des Internethandels

Einführung regelmäßiger Führerscheintests

Untersuchungen haben gezeigt, dass schlechtes Sehen im Straßenverkehr Ursache für teils schwere Verkehrsunfälle sein kann. Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes für 2011 belegen, dass über 64-Jährige PKW-Fahrer, sofern sie in einem Unfall verwickelt waren, sehr häufig (67%) die Hauptschuld tragen. Bei den mindestens 75-Jährigen wird sogar drei von vier unfallbeteiligten PKW-Fahrern die Hauptschuld am Unfall zugewiesen (76,3%). (Quelle: Statistisches Bundesamt, Unfälle von Senioren im Straßenverkehr, 2011). Insbesondere im fortgeschrittenen Alter verändert sich die Sehschärfe. Um Unfälle aufgrund schlechten Sehens zu vermeiden bzw. zu reduzieren sind regelmäßige Sehtests – insbesondere ab einem Alter von 50 Jahren – dringend angeraten. Hier ist die Politik gefordert.

Wir fordern:

- Politische Entscheidungen zur Einführung von verpflichtenden Führerscheintests im fortgeschrittenen Alter.

März 2013

Die Gesundheitshandwerke