



Gesundheitspolitik in der Diskussion
Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung



3 • 2022

**EIN JAHR AMPEL – RÜCKBLICK
UND AUSBLICK AUS SICHT DER
GESUNDHEITSPOLITISCHEN AKTEURE**



Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.

Mit Dr. Albrecht Kloepper, Dr. Jutta Visarius, Dr. Martina Kloepper und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!



GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepper ein herausragendes Wochenthema. In der Rubrik „Mondphasen“ kommen einmal im Monat Vertreter aus Politik oder Selbstverwaltung zu Wort. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.



GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. – Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!



GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.



VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepper haben wir eine bühnen- und filmerfahrene Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.



- 4 Editorial**
Dr. Albrecht Kloepper
Herausgeber



- 6 Tiefgreifende Krankenhaus-Strukturreform überfällig**
Prof. Dr. Christoph Straub Vorstandsvorsitzender
BARMER



- 10 Ein Jahr Ampel – die dicken Bretter gilt es noch zu bohren**
Dr. Jens Baas Vorstandsvorsitzender
Techniker Krankenkasse



- 13 „Im BMG werden wir nicht mit offenen Armen empfangen“**
Dr. Gertrud Demmler Vorständin
Siemens-Betriebskrankenkasse



- 17 Ein Jahr Ampel: Noch immer ist die nachhaltige Finanzierung der GKV ungelöst**
Hans-Jürgen Müller Vorstandsvorsitzender
Hans Peter Wollseifer Vorstandsvorsitzender
IKK e.V.



- 23 Die Ampel agiert enttäuschend, der GKV-SV hingegen destruktiv**
Martin Degenhardt Geschäftsführer
Freie Allianz der Länder-KVen (FALK)



- 26 Strategie oder Dilettantismus**
Christine Neumann-Grutzeck Präsidentin
Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V.
(BDI)



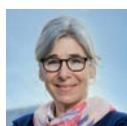
- 29 Ein neuer Politikstil**
Thomas Bublitz Hauptgeschäftsführer
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)



- 33 Pflege in Zeiten von Corona und danach – was bringt uns weiter?**
Dr. Bernadette Klapper Bundesgeschäftsführerin
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)



- 36 Hilfsmittelpolitik – zwischen Innovationsdrang und Hindernissen**
Oda Hagemeier Geschäftsführerin eurocom e.V. – European Manufactures
Federation for Compression Therapy and Orthopaedic Devices



- 41 Koalitionsvertrag erfüllen heißt Apotheken stärken**
Gabriele Regina Overwiening Präsidentin
ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände



- 45 Ein Jahr Ampel – Eine gesundheitspolitische Signalstörung**
Dr. Kai Joachimsen MBA Hauptgeschäftsführer
Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI)



- 49 Die Hoffnung stirbt zuletzt**
Dr. Hubertus Cranz Hauptgeschäftsführer
Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH)

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

„Ein Jahr Ampel“ ist natürlich ein Standardtermin für einen Rückblick, dennoch muss man der seit Dezember letzten Jahres amtierenden Bundesregierung natürlich zustehen, dass dieses erste Jahr ihrer Tätigkeit nicht mit normalen Maßstäben zu messen ist. Der Überfall Russlands auf die Ukraine wurde nicht ohne Grund von Bundeskanzler Olaf Scholz als Zeitenwende bezeichnet, auch wenn dieser Begriff – daran kann vielleicht auch an dieser Stelle erinnert werden – nicht etwa als Aufruf zur Unterstützung der Ukraine im Kampf gegen den Aggressor gemeint war, sondern sich auf eine Umkehr in Fragen der eigenen Verteidigungsfähigkeit und der Wehrfähigkeit der Bundeswehr bezog.

Dennoch: Es liegt in der Natur der Sache, dass nach Zeitenwenden nichts mehr so ist, wie es vorher war. In diesem Lichte muss auch die Aufbruchstimmung gesehen werden, mit der sich die Koalitionspartner nach der Unterzeichnung ihres Koalitionsvertrages präsentierten. Nicht alles, aber doch sehr vieles sollte grundsätzlich neu werden, die Versöhnung zwischen Ökonomie und Ökologie wurde versprochen, und auch im Gesundheitswesen schienen die Überwindung der Sektorengrenzen, die Integration der Gesundheitsberufe in unser ärztlich dominiertes System und die Freiheit der Akteure zu regionalen, praxisorientierten Versorgungskooperationen als Möglichkeit einer regional angepassten Regelversorgung in greifbarer Nähe zu rücken. Bis hin zur Digitalisierung versprach ein gesundheitspolitisch eher „grüner“ Koalitionsvertrag Aufbruch und neues Denken in vielen Versorgungsbereichen.

Aber vielleicht fingen damit die Probleme schon an. Als es nämlich darum ging, tatsächlich Verantwortung für das Ressort zu übernehmen, wurde „die Akte BMG“ herumgereicht wie eine heiße Kartoffel, und buchstäblich keine der Koalitionsfraktionen hatte offensichtlich angesichts der sich abzeichnenden Finanzmisere der kommenden Jahre Lust, sich der Sache anzunehmen und in die Verant-

wortung für die engagierten Ziele der gerade getroffenen gesundheitspolitischen Vereinbarungen zu gehen. Und es ging noch weiter: Auch nachdem das „Glücksrad mit umgekehrten Vorzeichen“ (also eher ein Unglücksrad) dann bei der SPD zum Stehen kam, begann die verzweifelte Suche nach einer Frau, die sich des Amtes erbarmen wollte – auch um andere Posten im Kabinett männlich besetzen zu können. Doch des Kanzlers Hoffnung auf Unterstützung durch weibliche SPD-Kandidaten auf dem BMG-Chefsessel wurde nicht erfüllt, während die ganze Zeit am Spielfeldrand ein männlicher Kandidat auf sich aufmerksam zu machen suchte und auf seine Einwechslung hoffte. Dass Karl Lauterbach der Wunschkandidat des Kanzlers gewesen sei, wird jedenfalls im Ernst niemand behaupten können. Viele hätten sich, so Scholz bei der Präsentation seines Kabinetts, Karl Lauterbach gewünscht – „und er wird es“. Ein persönliches Bekenntnis des Kanzlers zu seinem neuen Gesundheitsminister hätte wohl anders geklungen. Doch noch hätte im ersten Jahr Ampel auch gesundheitspolitisch alles gut werden können, wenn der liberale Koalitionspartner bei einem Lieblingsprojekt des Ministers geräuschlos mitgespielt hätte: der Impfpflicht. Hier allerdings kündigte sich – flankiert durch (bewusst?) mangelnde Führung des Kanzlers – eine schwere Niederlage Lauterbachs gleich bei seinem ersten wichtigen Projekt an, die ihn nicht nur massiv Reputation im Kabinett, sondern vor allem auch Zeit gekostet hat. In Verbindung mit dem inzwischen losgetretenen Ukraine-Krieg ergab und ergibt sich daraus, dass der Minister seine im Grunde ehrgeizig gestaltete Agenda tatsächlich erst jetzt, mit Beginn seines zweiten Amtsjahres, in Angriff nehmen konnte. Denn nach der unrühmlich verlorenen Impfschlacht musste dringend erstmal das kommen, womit nahezu jede Regierungszeit im Gesundheitswesen beginnt: ein Kostendämpfungs-gesetz.

Mit diesem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz beginnt allerdings auch die Leidensgeschichte des vorliegenden iX-Forum. Denn Spargesetze sind natürlich nie beliebt, so dass die Gefahr groß ist, wirklich alle Akteure gegen sich aufzubringen. So ging und geht es auch Karl Lauterbach,

doch die Hoffnung darauf, dass ein Gesetz, mit dem niemand wirklich zufrieden ist, im Kern wohl ein ganz guter Kompromiss sein könnte, der die Lasten einigermaßen gerecht verteilt, erfüllt sich mit dem Finanzgesetz Lauterbachs leider nicht. Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz ist ein Gesetz, das zu Recht viel Kritik auf sich zieht, und es kommt mit Blick auf die Restlaufzeit der Legislaturperiode deutlich zu spät. Impfdebakel und Ukrainekrieg haben den Zeitplan schlicht zerbröckelt.

Was aber ist die Kritik am Finanzstabilisierungsgesetz? Entscheidend dürfte sein – und das hängt mit dem fehlenden Rückhalt Lauterbachs beim Kanzler und im Kabinett zusammen –, dass der Minister die fehlenden Euros zur gesicherten Finanzierung des Systems nicht von den Ressortkollegen bekommt, die eigentlich dafür geradestehen müssten. Hier ist in erster Linie die unzureichende GKV-Absicherung von ALG-II-Empfängern zu nennen, und – ein Dauerthema – die Absenkung des bislang vollen Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel. Da Lauterbach eine Stilllegung dieser Verschiebebahnhöfe nicht gelungen ist, sah er sich nun gezwungen, die fehlenden externen Euros weitestgehend aus dem System selbst zu quetschen. Und das, vor allem, nehmen ohne Ausnahme alle Beteiligten des Gesundheitssystems ihm übel: Er ist nicht oder nicht mehr „ihr“ Minister. Und da Industrie und Selbstverwaltung auch den Dialog mit dem BMG und seine Führung als unzureichend empfinden, darf man skeptisch sein, ob es Lauterbach für den Rest der Legislaturperiode gelingt, hier noch einen Turnaround hinzulegen.

Denn auch davon spricht – neben aller Kritik – das vorliegende Heft: von der Hoffnung, die vor uns liegenden Aufgaben für eine notwendige Umgestaltung des Systems doch noch hinzubekommen und in eine neue Gestaltung unseres Systems aufzubrechen. Nach wie vor böte der Koalitionsvertrag hier eine gute Blaupause, die von den Autorinnen und Autoren unseres Heftes vielfach auch dankbar aufgegriffen wird. Noch ist der Zug nicht abgefahren, um bei der Überwindung der Sektorengrenzen entscheidende Schritte zu gehen; noch scheint ein Einstieg in ein

weiterentwickeltes Vergütungssystem der Krankenhäuser möglich; noch ist eine Aufwertung der Gesundheitsfachberufe im System nicht gescheitert. Aber wie viel Zeit bleibt dem Minister für wirklich bahnbrechende Reformschritte und wird er sie im Austausch mit den Systemkennern und Praktikern angehen? Das Vorgehen der Krankenhauskommission und die anschließende nun tatsächlich sehr rasche, fast hektische Gesetzgebung lässt einen auch hier skeptisch werden.

Die Intonation von Trübsal entspricht allerdings nicht dem Markenkern der Reihe iX-Forum. Wir wollen also ausgehend von den vielen positiven und konstruktiven Vorschlägen unserer Autorinnen und Autoren, die tatsächlich nahezu die gesamte Breite der Versorgung abbilden, neue Wege zur notwendigen Erneuerung unseres Gesundheitssystems aufzeigen. Und die Beiträge unserer Mitstreiterinnen und Mitstreiter für dieses Heft zeigen, dass die Hände ausgestreckt sind zu einer Kooperation mit der Politik auf dem Weg in ein für die Patienten effektives und für die Versicherten effizientes Krankenversicherungssystem. Denn die vor uns liegenden Herausforderungen machen mehr als deutlich erkennbar, dass wir uns dringend gemeinsam in diesem Sinne auf den Weg machen müssen. Die Angebote liegen auf dem Tisch.

Mit Dank an unsere Autorinnen und Autoren wünsche ich Ihnen anregende und erkenntnisreiche Lektüre der hiermit vorgelegten Rück- und Ausblicke!



Dr. Albrecht Kloepper

Tiefgreifende Krankenhaus-Strukturreform überfällig



Prof. Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender
BARMER

Ein Jahr ist es nun her, dass SPD, Bündnis90/Die GRÜNEN und FDP ihren Ampel-Koalitionsvertrag vorgestellt haben. Zeit also für eine Bilanz. Gleich von Beginn an wurde deutlich, dass sich die Koalitionäre in Bezug auf die Gesundheitspolitik viel vorgenommen haben.

Doch bevor es an die Umsetzung der Vorhaben gehen konnte, musste Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach sich als Manager der Corona-Krise beweisen. Auch eine weitere große Herausforderung kam rasch auf Lauterbach zu, er musste das drohende Defizit in der gesetzlichen Krankenversicherung von mindestens 17 Milliarden Euro im Jahr 2023 ausgleichen. Das entsprechende Finanzstabilisierungsgesetz wurde dazu gerade im Bundestag verabschiedet. Zugleich kündigte Lauterbach an, die Finanzierung der Krankenhäuser auf neue Beine zu stellen. Viel zu stark folge mittlerweile die Medizin der Ökonomie. Das Fallpauschalensystem habe sich überlebt, so der Bundesgesundheitsminister. Was wir allerdings besonders benötigen, ist eine echte Strukturreform. Dazu liegen aber trotz intensiver Diskussion noch keine gesetzgeberischen Vorschläge auf dem Tisch.

Eine tiefgreifende Strukturreform im Krankenhausbereich muss also die nächste Großbaustelle der Bundesregierung sein. Neu ist dieses Vorhaben nicht. Es deutet sich bereits im Koalitionsvertrag an, in dem es heißt, dass eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg gebracht werden soll. Im Frühjahr hat Karl Lauterbach eine Regierungskommission eingerichtet, die sich dieser Reform widmen soll. Sie hat oft getagt und bisher zwei Stellungnahmen vorgelegt. Diese beziehen sich zum einen auf eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe. Zum anderen wurden Pläne vorgestellt, mit denen eine vermeintlich neue stationäre Versorgungsform – die tagesklinische beziehungsweise tagesstationäre Behandlung – eingeführt werden soll. Damit sollen Personalressourcen bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten geschont und zielgerichteter eingesetzt werden, hieß es.

Inzwischen hat das Bundesgesundheitsministerium, teilweise auf Basis der Empfehlungen der Regierungskommission, Änderungsanträge zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetz für eine erste Reform im Krankenhausbereich vorgelegt.

Hier finden sich die Themenfelder Pädiatrie, Geburtshilfe sowie tagesstationäre Behandlung und ganz aktuell noch die spezielle sektorengleiche Vergütung wieder. Für pädiatrische Fälle sollen die Krankenhäuser ein angehobenes Erlösvolumen garantiert bekommen. Dabei sollen die Kliniken in den kommenden beiden Jahren jeweils 300 Millionen Euro erhalten, wovon 270 Millionen Euro über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds kommen. Die Mittel für die Geburtshilfe in Höhe von 120 Millionen Euro pro Jahr, davon 108 Millionen Euro über den Gesundheitsfonds, sollen nach dem Königsteiner Schlüssel verteilt werden. Dabei können die Länder selbst entscheiden, welche Häuser davon profitieren. Berücksichtigt werden soll unter anderem, ob die Krankenhäuser Fachabteilungen für Frühgeborene und Kinderheilkunde vorhalten und wie hoch die Zahl der natürlichen Geburten ist. Aus Sicht der BARMER wurde bei der Vergütungssystematik der Pädiatrie eine Chance verpasst. So hat sich das Bundesgesundheitsministerium nicht am Vorschlag der Regierungskommission orientiert, zusätzliche Finanzmittel nach versorgter Bevölkerungszahl zu verteilen. Dies wäre ein Testlauf für eine Finanzierung von Vorhaltekosten anhand der tatsächlichen Versorgungsbedarfe gewesen. Stattdessen werden die zusätzlichen Mittel auf Basis des Jahres 2019 verteilt, obwohl sich das Leistungsgeschehen und das Inanspruchnahmeverhalten seitdem nachhaltig verändert haben. Auch für die Geburtshilfe wäre es sinnvoller gewesen, analog zur Pädiatrie, das Modell mit einem konkreten Bevölkerungsbezug zu erproben.

Ende September hatte die Regierungskommission die Einführung von „Tagesbehandlungen im Krankenhaus“ vorgeschlagen, die sich jetzt ebenfalls in den Änderungsanträgen zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetz wiederfinden. Darunter sollen vollstationäre Leistungen fallen, bei denen eine Übernachtung der Patientinnen und Patienten zu Hause möglich sein soll. Das zentrale Ziel der Maßnahmen ist eine kurzfristige Freisetzung zusätzlicher Pflegekapazitäten. Ob dies in Bezug auf die Mehrheit der Krankenhäuser den gewünschten Erfolg haben wird, scheint fraglich. Hinzu kommen bürokratische Hürden.

Die vorgesehene Abgrenzung der Leistung ist unbedingt notwendig. Diese sollte so konkret wie möglich erfolgen, da es ansonsten zu Problemen in der Abrechnung, Budgetverhandlung und Bedarfsplanung kommen kann. In diesem Zusammenhang muss verhindert werden, dass über die Einführung der tagesstationären Behandlung eine konsequente Nutzung des ambulanten Potenzials im Krankenhaus umgangen wird. Daher ist es richtig und zwingend erforderlich, dass weiter an der Umsetzung der AOP-Reform festgehalten wird.

Diese einzelnen Reformschritte mögen teilweise ihre Berechtigung haben, allerdings kommen sie sehr hastig, zudem fehlt ein roter Faden für eine dringend benötigte grundlegende Strukturreform des stationären Sektors. Vor allem kann auf der Grundlage einer nachweislich insuffizienten Versorgungsstruktur nicht die angekündigte Vergütungsreform zum Erfolg führen. Kurzum: Es muss zuerst die Struktur in Form eines gestuften Versorgungssystems angepasst werden. Die Vergütung sollte daran angelehnt in einem weiteren Schritt weiterentwickelt werden. Was uns droht, ist eine Vergütungsschaotisierungs-Reform, ohne aus Sicht der Patientinnen und Patienten die Versorgung tatsächlich zu verbessern.

Es ist kein Geheimnis, dass eine tiefgreifende Reform des Krankenhaussektors mehr als überfällig ist, um die seit langem bestehende Unter-, Über- und Fehlversorgung entschieden anzugehen. Beispiele gibt es dafür mehr als genug. Ein Herzinfarkt-Patient sollte nur in einem Krankenhaus mit einem rund um die Uhr verfügbaren interdisziplinären Kardio-Team behandelt werden, wo er sofort auf erfahrene Ärztinnen und Ärzte mit adäquater Technik trifft. Ein Schlaganfall-Patient gehört nur in ein Krankenhaus, das eine Stroke Unit vorhält. Dies muss das Ziel einer grundlegenden Strukturreform sein – für eine bedarfsgerechte und hochwertige medizinische Versorgung. Denn es ist auch kein Geheimnis, dass in spezialisierten Kliniken die Versorgungsqualität höher und die Sterberate in der Regel niedriger ist.

Obwohl dies seit langem bekannt ist, werden betroffene Patientinnen und Patienten weiterhin in Häusern ohne entsprechendes Equipment und Personal versorgt. Dieser Zustand ist auch deswegen unhaltbar, weil eine Reform der Krankenhausplanung durchaus zeitnah möglich erscheint. Dies hat nicht zuletzt der Krankenhausreport 2022 der BARMER eindrücklich belegt. Demnach können bereits heute Zehntausende Patientinnen und Patienten bei Hüft-, Knie- und Herzoperationen von einer höheren Versorgungsqualität profitieren. 18.000 der insgesamt mehr als 500.000 Hüft- und Knie-OPs können problemlos an anderen Standorten durchgeführt werden, ohne dass sich die Fahrzeit für die Patientinnen und Patienten deutlich verlängern würde. Analog ließen sich von den rund 400.000 Eingriffen am Herzen über 8.000 verlagern, nämlich dorthin, wo durch Expertise und entsprechende technische Ausstattung bessere Behandlungsergebnisse zu erwarten sind. Und das gilt nicht nur für die in unserem Report untersuchten Herz-, Hüft- oder Knie-Operationen. Ein anderes Beispiel für einen besseren Outcome durch mehr Routine sind die bariatrischen Eingriffe, die die BARMER in einem weiteren ihrer Krankenhausreporte analysiert hat. Auch bei diesen Operationen gilt, Übung macht den Meister, und mehr Routine steigert die Qualität.



Es ist somit überfällig, diese schon lange bekannten Potenziale endlich im Sinne der Patientinnen und Patienten zu heben. Nun ist und bleibt ein zentrales Problem der mangelnde Umsetzungswille der Entscheidungsträger, durch eine Neuausrichtung der Krankenhausplanung die

Krankenhausstruktur zu reformieren. Die bisherige Krankenhausplanung, die sich vorwiegend an der Anzahl der Betten orientiert, kann diesem Umstand nicht gerecht werden. Sie ist im Kern noch immer auf die Grundsätze der 1970er Jahre ausgerichtet, verbunden mit einer breiten Basis von Grund- und Regelversorgungskliniken und entsprechenden Bettenzahlen. Die medizinisch-technische Entwicklung ist aber rasant vorangeschritten. Dementsprechend sollten die Patientinnen und Patienten bei entsprechender Erkrankung, sofern möglich, in spezialisierten Krankenhäusern und Zentren behandelt oder in den ambulanten Bereich verlagert werden.

Die BARMER spricht sich vor diesem Hintergrund schon seit geraumer Zeit für eine Krankenhausplanung mit bundeseinheitlichen, gestuften Versorgungsstrukturen aus. Sie bestehen aus Grund-, Regel- und Maximal- sowie Spezialversorgern. Diesen Versorgungsstufen werden konkrete Leistungen zugeordnet, die ein Krankenhaus gemäß seiner Einordnung erbringen darf. Damit werden insbesondere die komplexeren Leistungen konzentriert, was zu einer höheren Behandlungsqualität im Sinne der Patientinnen und Patienten führt. Eine qualitativ hochwertige Versorgung kann schließlich nur dann sichergestellt werden, wenn gleichzeitig qualifizierte personelle und apparative Ressourcen, Erfahrung und Routine vorgehalten werden.

Diese Maßnahmen sind Bestandteil des aktuellen 10-Punkte-Papiers der BARMER. Im Mittelpunkt steht hier der Aufbau einer nachhaltigen und leistungsstarken sektorenübergreifenden Versorgung. Hier hat die Ampel-Koalition bereits Einiges im Koalitionsvertrag versprochen. Jüngst wurde noch vom Bundesgesundheitsministerium unterstrichen, dass der Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors zum Durchbruch verholfen werden soll.

Selbstverständlich muss bei einer tiefgreifenden Krankenhausreform die flächendeckende Versorgung sichergestellt sein. Deshalb geht es in unserem 10-Punkte-Papier ausdrücklich nicht darum, einzelne Klinikstandorte zu

schließen. Sie sollen stattdessen erhalten bleiben und eine zentrale Rolle für eine passgenauere Versorgung spielen. Ist eine einzelne Klinik nicht mehr bedarfsnotwendig, kann sie zu einem regionalen Versorgungszentrum umgebaut werden. Insbesondere für ländliche Regionen bedeutet dies eine Stärkung der wohnortnahen Grundversorgung.

Für eine stärkere sektorenübergreifende Versorgung ist aus Sicht der BARMER zudem die Definition von Leistungen erforderlich, die sowohl in einer niedergelassenen Praxis als auch im Krankenhaus erbracht werden können. Die Ampel-Koalition plant nun den Einstieg in eine spezielle sektorengleiche Vergütung. Diese soll für Leistungen aus dem Katalog zum ambulanten Operieren gelten, die bisher überwiegend stationär erbracht wurden. Bereits zum Januar 2023 sollen diese Leistungen in Krankenhäusern und ambulanten Praxen gleich vergütet werden. Näheres zur Leistungsdefinition, der Abgrenzung der Leistungen, der Vergütung und dem Abrechnungsverfahren soll vom Bundesgesundheitsministerium per Rechtsverordnung geregelt werden. Eine identische Vergütung allein reicht aber nicht aus. Ebenso wichtig ist es, den tatsächlichen sektorenübergreifenden Versorgungsbedarf zu ermitteln. Dies funktioniert bis heute nicht, weil die ambulante und stationäre Bedarfsplanung nicht aus einer Hand erfolgen. Das kann dazu führen, dass am tatsächlichen Bedarf in einer Region vorbeigeplant wird. Richtig heikel wird dies, wenn daraus eine Unterversorgung in einem Gebiet resultiert. Voraussetzung für eine sektorenübergreifende Planung ist ein bundesweiter Datensatz, der als empirischer Anker dient. Sobald der tatsächliche Bedarf ermittelt worden ist, folgt somit eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung.

Mit den skizzierten Schritten lässt sich die Krankenhauslandschaft für die Zukunft aufstellen. Nun sind zugegebenermaßen bislang alle Versuche gescheitert, Krankenhäuser ausschließlich auf der Basis hoher Versorgungsqualität und medizinischer Sinnhaftigkeit zu betreiben. Dies

liegt auch an einer irrationalen Liebe der Bürgerinnen und Bürger, der Politik und der Medien zu ihrem wohnortnahen Krankenhaus. Hier ist endlich ein Umdenken erforderlich. Allein schon deswegen, weil die Kliniken immer stärker um knappe personelle Ressourcen konkurrieren müssen. Damit wird der Reformdruck weiter steigen. Denn woher soll das dringend benötigte Personal kommen, wenn es schlicht und ergreifend nicht verfügbar ist? Eine höhere Bezahlung und bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege können sicher Anreize setzen, die den Beruf attraktiver machen. Aber der Fachkräftemangel, der bei weitem kein singuläres Problem des Gesundheitssektors ist, bleibt im Kern bestehen.

Wichtig in dieser durchaus emotionalen Debatte um die Zukunft der Krankenhäuser ist es, den Bürgerinnen und Bürgern die Sorge zu nehmen, dass die Klinik vor Ort geschlossen wird. Deutschland braucht seine Krankenhäuser, aber mit einem zeitgemäßen Versorgungsauftrag. Im Koalitionsvertrag gibt es dazu einige gute Absichten. Bleibt zu hoffen, dass die Problematik nun endlich entschieden angegangen wird.

Die BARMER fordert seit geraumer Zeit ein modulares Vergütungssystem, das nach Leistung und Schweregrad differenziert ist und um weitere Module ergänzt wird. Für definierte Leistungen sollte es dieselbe Vergütung geben, unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden. Das wirkt auch dem Fehlanreiz entgegen, Patientinnen und Patienten möglicherweise aus finanziellen Gründen stationär zu versorgen, obwohl sich dieselbe Behandlung auch in einer Praxis durchführen lässt. Finanzielle Erwägungen sollten bei der Leistungserbringung keine Rolle spielen. Hierzu hat die BARMER in ihrem 10-Punkte-Papier die Idee einer modularen Finanzierung entwickelt, durch die die Leistungserbringer je nach Vorhaltung ihren Finanzierungsbedarf decken können.

Ein Jahr Ampel – die dicken Bretter gilt es noch zu bohren



Dr. Jens Baas

Vorsitzender des Vorstands
Techniker Krankenkasse

Die Gesundheitspolitik gehört nicht zu den Politikbereichen, in denen die Koalition sich erst in Ruhe finden konnte – im Gegenteil: Vom ersten Tag an war die „Ampel“ hier gefordert.

Das liegt zum einen nach wie vor an der Pandemie, zum anderen aber auch an großen Reformaufgaben, die sich teilweise über Jahre angestaut haben. Nach dem ersten Ampeljahr ist der Handlungsdruck in den Bereichen Finanzierung, stationärer Versorgung sowie Digitalisierung größer denn je.

Krankenhausreform – die Gesamtstrategie zählt

Dass wir seit Jahren auf eine umfassende Krankenhausreform warten, beruht auf einem Umsetzungs-, nicht auf einem Erkenntnisproblem – sicherlich auch wegen der zu erwartenden Widerstände. Davon darf sich die Koalition jedoch nicht abschrecken lassen. Das Thema erlaubt keinen weiteren Aufschub, auch weil die Wirkung einer solchen Reform erst mittelfristig spürbar wird, wir aber heute schon strukturbedingte Probleme wie Kostensteigerungen, Personalengpässe und ungesteuerte Stationsschließungen erleben. Der erste Schritt der Ampel war hier die Berufung einer Regierungskommission, die sich seitdem mit unterschiedlichen Aspekten stationärer Versorgung befasst. Grundsätzlich ist es gut, wenn Expertinnen und Experten komplexe Themen erarbeiten. Hier gilt es aber unbedingt zu vermeiden, dass durch deren Abarbeiten von Einzelthemen der Blick auf das große Ganze verloren geht, zumal die Selbstverwaltung nicht eingebunden ist: Ohne koordinierte Gesamtstrategie können jedoch an sich sinnvolle Einzelmaßnahmen Schaden anrichten. Beispiel Vorhaltekosten: Führt man sie ohne Koppelung an den tatsächlichen Bedarf ein, können sie ein Überangebot zementieren und subventionieren. Gesamtstrategie bedeutet entsprechend: Reform des DRG-Systems plus Reform der Klinikstrukturen mit dem Ziel, das DRG-System mit einem neuen Mix aus Fallpauschalen, Vorhaltekosten und Qualitätszuschlägen zu ergänzen. Dazu muss die jeweilige Versorgungsstufe eines Krankenhauses bei der Vergütung stärker berücksichtigt werden. Gleichzeitig bedarf es einer differenzierten Krankenhausplanung mit bundesweit einheitlichen Kriterien und Spielregeln.

Fatal ist, wenn alle Fehlentwicklungen im stationären Bereich pauschal auf das DRG-System an sich geschoben werden – und in der Konsequenz dessen Abschaffung gefordert wird. Das blendet aus, welche erheblichen Fehlentwicklungen es vor dessen Einführung gab, und ignoriert, dass DRG weltweit die Basis moderner Klinikfinanzierung sind und zu Transparenz im Versorgungsgeschehen, effizienten Behandlungsabläufen und einer zielge-

neuen Allokation der eingesetzten Finanzmittel beitragen. Wo die Schwächen in der aktuellen Ausgestaltung des deutschen DRG-Systems liegen, ist bekannt. Dieses Wissen müssen wir nutzen, um das System weiterzuentwickeln, anstatt eine Rolle rückwärts zu machen.

Finanzen – nach dem Gesetz ist vor dem Gesetz

Ebenfalls weder neu noch aufschiebbar ist das Thema Finanzen – trotz Inkrafttreten des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes. Hier gilt fast schon: Nach dem Gesetz ist vor dem Gesetz. Denn sowohl die Ausgabendämpfung als auch wichtige „To-Dos“ aus dem Koalitionsvertrag fehlen darin. Das gilt etwa für die angekündigte regelhafte Dynamisierung des Steuerzuschusses an den Gesundheitsfonds oder höhere Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln. Immerhin enthält das Gesetz einen klaren Arbeitsauftrag an das Bundesministerium für Gesundheit mit Deadline 31. Mai 2023. Bis dahin sollen „Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ vorliegen, wobei „insbesondere auch die Ausgabenseite... betrachtet werden“ soll. Das gelingt nur mit Pragmatismus und klaren Prioritäten: Die Vorschläge müssen zweierlei leisten: Sie müssen zeitnah umsetzbar sein und rasch wirken, auch um den Weg für nötige Reformen zu ebnen, die zunächst Investitionen erfordern, um schließlich mittel- oder langfristig kostendämpfend zu wirken. Dabei ist es sinnvoll, die Krankenkassen einzubinden. Sie sind ohnehin zu wirtschaftlichem Handeln verpflichtet, verfolgen keine Gewinnmaximierung und stehen gleichzeitig im Wettbewerb zueinander. Das sind gute Voraussetzungen, um solche Effizienzreserven im System zu heben. Das geht jedoch nicht ohne politische Entscheidungen, denn in den vergangenen Jahren war eher ein gegenteiliger Trend spürbar, und es wurde für uns Kassen an vielen Stellen eher schwieriger, der Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit zu folgen. Beispiele sind etwa das Ausschreibungsverbot im Hilfsmittelbereich oder die Deckelung der Prüfung von Krankenhausrechnungen. Tatsächlich gibt es in der Versorgungslandschaft viele Bei-

spiele für Effizienzreserven, die gehoben werden können, ohne Leistungen einzuschränken oder die Versorgungsqualität zu mindern. Um sie zu nutzen, bedarf es jedoch entsprechender Handlungsspielräume durch die Politik.

Arzneimittel – Fairness statt Mondpreise

Auch das Thema Arzneimittelpreise darf die Koalition längst nicht als erledigt betrachten, denn hier ist das Kernproblem noch ungelöst: In den vergangenen Jahren sind die Preise für neue, patentgeschützte Arzneimittel geradezu explodiert. 2021 entfielen 56 Prozent der GKV-Ausgaben für Arzneimittel auf patentgeschützte Medikamente, bei einem Anteil von rund elf Prozent des Gesamtverbrauchs. Die vielfach zitierten „Mondpreise“ entstehen, weil Hersteller die Preise für patentgeschützte Arzneimittel zunächst völlig frei festsetzen dürfen, ohne sich dabei an transparenten, nachvollziehbaren Kriterien zu orientieren, die diesen Preis und die damit verbundenen Gewinne rechtfertigen. Ganz besonders deutlich wird dies, wenn Hersteller ein Medikament vom Markt nehmen, nur um es dann für eine andere Indikation wieder auf den Markt zu bringen – zu einem Vielfachen des Preises. Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz greift hier trotz einiger Einzelmaßnahmen zu kurz: Zwar wurde das Preismoratorium verlängert – allerdings mit einer Ausstiegsregel für ältere Präparate, die für eine neue Indikation auf den Markt kommen. Von fairen Arzneimittelpreisen für die Versichertengemeinschaft sind wir noch weit entfernt. Dass der zwischen GKV-SV und Herstellern verhandelte Erstattungspreis nun nach sieben statt nach zwölf Monaten gezahlt wird, ist finanziell zwar eine minimale Verbesserung, löst das Kernproblem „Mondpreis zum Markteinstieg“ jedoch nicht. An diesen Kern muss die Koalition ran.

Digitalisierung – auf den Nutzen kommt es an

Um Grundsätzliches geht es nach wie vor auch in Sachen Digitalisierung. Von einer breiten Durchdringung der bereits eingeführten digitalen Services und Technologien sind wir noch immer weit entfernt.

Es gilt nun, einerseits ePA, E-Rezept und Co. so in der Versorgung zu verankern, dass ihre Nutzerinnen und Nutzer wirklich davon profitieren, und andererseits die Weichen für die Zukunft zu stellen, damit wir uns keine Chancen mehr vergeben – Stichwort „Gesundheitsdatennutzung“. Erfreulicherweise zeigen auch hier der Koalitionsvertrag sowie der angeschobene Weg zur Digitalisierung in die richtige Richtung. Ob die angekündigte „regelmäßig fortgeschriebene Digitalisierungsstrategie“ mit einem „besonderen Fokus auf die Lösung von Versorgungsproblemen und die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer“ alle aktuellen Herausforderungen adressiert, wird sich noch zeigen müssen, wenn ihre Inhalte vorgestellt werden. In den Fokus muss dabei auch endlich die Frage: Wie wollen wir künftig Daten nutzen – so wie heute mit enger Zweckbindung und nach dem Prinzip Datensparsamkeit, sprich so gut wie gar nicht? Oder so, dass Versicherte von den daraus gewonnen Informationen einen Nutzen für die eigene Gesundheit haben. Wenn wir diesen Schritt nicht schaffen, fehlt uns schon bald eine wichtige Grundlage für zeitgemäße Versorgung.

Insgesamt werden wir mit der Digitalisierung nur dann entscheidend vorankommen, wenn die damit verbundenen Innovationen nutzerfreundlich ausgestaltet werden und einen Mehrwert mitbringen. Wie es nicht geht, zeigt das E-Rezept, wo der spürbare Nutzen für die Menschen nicht deutlich werden kann: Die Einführung stockt weiter, und wenn überhaupt E-Rezepte ausgestellt werden, passiert das derzeit zum Großteil in Form eines ausgedruckten QR-Codes. Die digitale Alternative nutzt kaum jemand. Die dafür nötige App der gematik verzeichnet rund 400.000 Downloads (Stand Oktober) – das entspricht gerade mal einem guten halben Prozent der GKV-Versicherten. Per Schnittstelle über die bereits millionenfach genutzten Kassenapps zugängliche E-Rezepte wären hingegen deutlich anwenderfreundlicher und würden die Nutzung steigern.

Auch bei der elektronischen Patientenakte (ePA) bedarf es in Sachen Mehrwert weiterer Weichenstellungen. Ihre Vorteile für die Versicherten – und die Behandelnden – liegen zwar auf der Hand: Alle gesundheitsrelevanten Daten sind stets greifbar, auch bei ungeplanten Klinikaufenthalten oder Arztwechseln. In der Praxis funktioniert das aber nur, wenn alle relevanten Daten auch in der Akte abgelegt sind und die Speicherung der Daten in der ePA die Regel statt – wie heute noch – die Ausnahme ist. Neben der nun angeschobenen Opt-Out-Lösung muss die Politik also auch dafür sorgen, dass den Patientinnen und Patienten ihre Daten von allen Behandlungen zur Verfügung stehen. Dazu gehört auch, dass sich die notwendigen technischen Komponenten und Funktionalitäten einfach und nahtlos in die Praxisabläufe integrieren lassen.

Fazit: Fokussierung statt Themenvielfalt

Trägheit kann man der Koalition in Sachen Gesundheitspolitik sicher nicht vorwerfen: Mit Sterbehilfe, Triage, GKV-Finanzierung, DiPAs, PPR 2.0, Entbürokratisierung, Schaffung digitaler Möglichkeiten für Selbstverwaltungsorgane, Gesundheitskiosken sowie Vorstößen zu Tagesbehandlungen, Pädiatrie & Geburtshilfe und Cannabis sind die angeschobenen gesundheitspolitischen Initiativen thematisch sehr breit aufgestellt – immerhin gilt es auch, einen ambitionierten Koalitionsvertrag abzuarbeiten. Die wichtigsten Aufgaben darin sind allerdings jene, deren „erledigt“-Häkchen sich nicht schnell und einfach setzen lässt, nämlich die zentralen Reformvorhaben in Sachen Finanzierung, Krankenhaus und Digitalisierung. Dafür bedarf es sowohl der Fokussierung als auch des Mutes, sich Widerständen entgegenzustellen.

„Im BMG werden wir nicht mit offenen Armen empfangen“



Dr. Gertrud Demmler
Vorständin
Siemens-Betriebskrankenkasse

Im Interview mit Dr. Gertrud Demmler sprachen wir weniger über die Bewertung der bisherigen Ampel-Ideen (und deren Umsetzung), sondern vor allem über die Zukunft unseres Gesundheitssystems, über neue Rollen der Krankenkassen und über Wege dahin, die jetzt eingeschlagen werden müssten.

Dr. Albrecht Kloepper: Frau Dr. Demmler, lassen Sie uns zurückblicken. Wie haben Sie das erste Jahr „Ampel“ erlebt? Ist die Schwerpunktsetzung richtig?

Dr. Gertrud Demmler: Ein Jahr Ampel – das ist ein Begriff, den ich persönlich für schwierig halte. Im Grunde haben eher externe Rahmenbedingungen das Jahr geprägt. Corona ist weiterhin ein Thema, das im Gesundheitswesen viel Raum einnimmt. Das hat dazu geführt, dass andere Themen, die im Koalitionsvertrag schon genannt sind, eher liegengeblieben sind. Natürlich kann man damit argumentieren, dass das der Situation geschuldet ist. Aber ich finde: Grundlegend wichtige Themen werden viel zu spät oder gar nicht angepackt. Wieder andere Fragestellungen, die im Koalitionsvertrag genannt sind, sind bereits überholt. Hier hat sich die Welt bereits weitergedreht, sodass die skizzierten Lösungen nicht mehr passen. Die strukturellen Themen stehen nach wie vor auf der Agenda. Eine Marschrichtung ist aber leider nicht im Ansatz erkennbar.

Wir haben in dem Jahr außerdem viel Zeit verloren. Viele Fragestellungen hätten wir durchaus parallel vorbereiten und diskutieren können. Dafür muss man aber frühzeitig die Themen und zuständige Personen benennen. Dabei nur auf Expertenrunden zu setzen, sehen wir aus Kassensicht kritisch. Wichtige Stakeholder – und dazu zählt nun einmal im deutschen Gesundheitswesen die GKV – werden viel zu wenig in diese inhaltliche Reformdiskussion eingebunden. Wir stehen für Dialog und Beratung bereit. Im BMG werden wir aber nicht mit offenen Armen empfangen.

Kloepper: Lassen Sie uns einen Schritt zurückgehen zum Koalitionsvertrag. Werden aus Ihrer Sicht denn darin die Herausforderungen richtig benannt?

Demmler: Mit Sicherheit nicht umfassend. Es gibt einzelne Stichworte, die auftauchen. Aber die Grundsatzfrage, nämlich welche Lösungsideen für die großen Probleme im Gesundheitswesen vorgesehen sind, ist nicht im Koalitionsvertrag zu finden. Vielmehr handelt es sich um eine Ansammlung wichtiger Themen, die oft nicht miteinander verknüpft sind.

Kloepfer: Eine kurze Beurteilung zur gegenwärtigen Situation. Ein großes Gesetz hat es gegeben – das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz. Aktuell gibt es Überlegungen in Richtung Krankenhausreform. Wie beurteilen Sie die derzeitige Lage?

Demmler: Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz ist eine kurzfristige Lösung für das kommende Jahr. Und selbst hier sind die Lösungsvorschläge aus dem Koalitionsvertrag verworfen und nicht umgesetzt worden, Stichwort ALG-II-Empfänger oder Umsatzsteuer auf Arzneimittel. Diese Themen liegen auf der langen Bank.

Unser größter Kritikpunkt an dem Gesetz ist, dass keinerlei nachhaltige, strukturelle Reformen angestoßen wurden. Fast zwei Drittel der Maßnahmen sind Einmaleffekte, wie beispielsweise die Vermögensabschöpfung oder das Darlehen, das eigentlich gar kein offizielles Mittel im Rahmen der GKV-Finanzierung ist. Das ist keine nachhaltige Strategie. Die ursprüngliche Idee, grundlegende Veränderungen für eine nachhaltige Finanzierung herbeizuführen, konnte nicht umgesetzt werden. Es wurde nur etwas Zeit gewonnen. Schon jetzt ist klar, dass 2024 die nächste Reformrunde nötig sein wird, um das Gesundheitswesen zukunftsfähig zu machen.

Die großen strukturellen Themen sind aus meiner Sicht: Wie heben wir Effizienzen? Stichwort Vernetzung durch Zusammenarbeit. Stichwort Transparenz und Datennutzung. Wie reduzieren wir Verschwendung? Stichwort Arzneimittelverwürfe. Das sind grundlegende Fragen einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung und einer zukunftsorientierten Beitragsgestaltung. Darauf werden keine Antworten gesucht.

Und nicht zuletzt fehlen beim Risikostrukturausgleich klare Linien: Wir brauchen eine deutliche, konsenterte Zielrichtung, was mit dem RSA erreicht werden soll. Wir brauchen Kriterien, an denen der Erfolg des Finanzausgleichs gemessen wird.

Dieser konkrete Maßstab wird heute vom BAS oder dem wissenschaftlichen Beirat festgelegt – es ist aber eine (gesellschafts-)politische Aufgabe.

Kloepfer: „Zukunftsorientierung in der Beitragsgestaltung“ – was könnte das sein?

Demmler: Die GKV wird zu einem Großteil über Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert, wobei letztere in sogenannten abhängigen Beschäftigungsverhältnissen stehen. Doch deren Anteil wird ja kontinuierlich geringer. So verläuft der Berufsstart heute vielfach anders, der klassische Einstieg ins Erwerbsleben verändert sich: Junge Leute haben beispielsweise zahlreiche Möglichkeiten, z.B. im Rahmen von Work & Travel, im Ausland zu arbeiten. Die Zahl geringfügig Beschäftigter steigt. Und nicht zuletzt entstehen neue Arbeitsformen wie zum Beispiel Clickworker, die kein abhängiges Beschäftigtenverhältnis eingehen. All diese Gruppen sind in der Beitragsgestaltung heute nicht ausreichend bedacht, was langfristig zu sinkenden Einnahmen führen wird. Die grundlegende Frage ist: Wie verändert sich die Arbeitswelt und wie gestalten wir auf dieser Basis ein zukunftsorientiertes Beitragswesen? Hier haben wir zwar nicht alle Lösungen bereits in der Schublade liegen, aber wir möchten gern diesbezüglich eine Diskussion anstoßen.

Kloepfer: Ich sehe große Einsparpotenziale auch im Bereich der Sekundärprävention, also im Verhindern von „Entgleisungen“ bei Diabetes, bei COPD, bei Schmerz usw. Müssten wir und könnten wir hier nicht noch sehr viel besser werden?

Demmler: Generell lautet die Frage, wie wir mit dem Thema Prävention und mit der Begrifflichkeit selbst umgehen. Die alte SGB-Begrifflichkeit mit der Unterscheidung „Früherkennung, Primärprävention, Sekundärprävention“ ist absolut überholt. Wir müssen uns aus diesen Dimensionen lösen. Auch die Begriffe von Gesundheit und Krankheit werden immer mehr verschwimmen.

Ab einem gewissen Alter gibt es fast niemanden mehr, der nicht in irgendeiner Form nach der alten Logik an irgendeiner Krankheit leidet. Zunächst muss mehr Augenmerk darauf gerichtet werden, wie man über präventive, verhaltensunterstützende und generell vorsorgende Ansätze Gesundheit frühzeitig erhalten und nicht nur „Reparaturmedizin“ betreiben kann. Gleiches gilt für die Setting-Begriffe, also die verschiedenen Lebenswelten, nach denen wir Prävention einteilen. Diese Begriffe müssen abgelöst werden. Bisher wurde für jedes neue Setting ein neuer Paragraf mit eigenen Regeln definiert. Aber das Leben lässt sich nicht in klar abgegrenzte Settings einteilen.

Einer unserer zentralen Entwicklungspunkte, den wir auch in der Politik einfordern, ist in diesem Zusammenhang eine viel aktivere Versichertenbegleitung – auch durch uns Krankenkassen. Unsere Versicherten geben uns die Rolle als Begleiter jetzt schon. An anderer Stelle wird sie trotz ihrer Wichtigkeit unterschätzt. Wir könnten die aktive Begleitung von Versicherten viel stärker aktiv organisieren und mitorchestrieren, wenn – und genau das ist der entscheidende Punkt – uns diese Rolle zuerkannt wird. Durch diese Begleitung und Beratung können wir Vorsorge und Behandlung verbessern, davon sind wir überzeugt. Wir würden den notwendigen Schritt von der Mengen- zur Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen unterstützen und damit Ressourcen schonen.

Damit verbunden ist automatisch unsere Forderung danach, dass wir aktiv Daten nutzen können. Wir haben zwar zig Beispiele im Alltag, wo wir das heute aufgrund bestimmter Anlässe schon tun. Aber an vielen Punkten dürfen wir es eben noch nicht.

Übrigens ist das einer unserer großen Kritikpunkte in Richtung Gesundheitskioske, wo eine neue Art von Versichertenbegleitung etabliert werden soll: Es soll mehr oder minder ein neuer Sektor aufgezogen werden. Vorhandene Strukturen und Möglichkeiten werden nicht genutzt. Das ist der falsche Weg und nicht nachhaltig.

Und auch bei der Reform der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) machen wir diesen Fehler. Es darf keine Doppelung zu anderen Rollen im Gesundheitswesen kommen. Warum stellt man bei der UPD die Ombudsfunktion und Mediationsrolle nicht in den Vordergrund? Sie sollte einen Auftrag haben, der Mehrwert schafft und nicht doppelte Strukturen zementiert.

Kloepfer: Im Koalitionsvertrag wird uns ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz versprochen, was erwarten Sie sich davon?

Demmler: Das ist ein zentraler Schlüssel für eine echte Weiterentwicklung im Gesundheitswesen. In der Politik, vom Bundesgesundheitsminister und vom Bayerischen Gesundheitsminister heißt es so schön: „Mit Daten kann man heilen“. Aber man kann nicht nur mit Daten heilen. Der erste Schritt ist, dass man mit Daten vernetzen kann, dass man effizienter wird und viel individueller agieren kann. Der Umgang mit Daten ist der große Veränderungsbedarf, den wir im Gesundheitswesen sehen. Heute haben wir im Grunde einen Verbotsansatz, Daten nicht zu nutzen bzw. nur in bestimmten Situationen zu nutzen. Wir müssen uns von dem Verbotsansatz lösen und zu einem Erlaubnisansatz kommen. Wenn wir das nicht tun, werden wir uns völlig von den weltweiten Entwicklungen abkoppeln, so wie es heute schon passiert. Das reduziert in höchstem Maße unsere Chance auf gute Zukunftslösungen.

Kloepfer: Sie hatten strukturelle Reformen genannt. Welche Reformen sind das? Verrinnt uns dafür nicht allmählich die Zeit?

Demmler: Natürlich verrinnt uns die Zeit. Die strukturellen Themen, die auf der Agenda stehen, sind ganz klar: Erstens müssen wir die Mengenorientierung im Gesundheitswesen überwinden.

Zweitens müssen wir die menschlichen/personellen Ressourcen viel wirkungsvoller und effizienter einsetzen: zum Beispiel durch Vernetzung, durch sinnvolle Arbeitsteilung, durch das Niederreißen von Sektoren etc. Drittens müssen wir grundsätzlich Verschwendung identifizieren. Wenn wir Regelungen haben, zum Beispiel Verordnungsfrequenz oder Quartalsorientierung, und wir wissen, das entspricht eigentlich nicht mehr dem State of the Art und blockiert zudem Ressourcen – dann müssen diese abgeschafft werden! Vierter Punkt Krankenhaus. Wir wissen es seit Jahrzehnten: Wir finanzieren Sektoren und nicht Behandlungsqualität! Das muss ein Ende haben!

Kloepfer: Sie hatten den Qualitätswettbewerb kurz angesprochen. Was wünschen Sie sich als Krankenkasse zum Thema Qualitätstransparenz? Wo können wir in diesem Bereich weiterkommen?

Demmler: Zunächst einmal musste ja überhaupt anerkannt werden, dass wir uns in einem Qualitätswettbewerb befinden. Ein reiner Preiswettbewerb ist Unsinn. Diese Anerkennung haben wir erreicht, das unterstreichen auch die Vorhaben, die im Koalitionsvertrag skizziert sind. Um die Entwicklung des Qualitätswettbewerbs nun weiter zu fördern, muss es zu bestimmten Themen mehr Transparenz geben. Wir brauchen Transparenz einerseits zu bestimmten Leistungskennziffern, andererseits zum tatsächlichen Leistungsgeschehen, d. h. was wird tatsächlich abgeliefert, abgelehnt oder geleistet? Auf Ebene des GKV-Spitzenverbands gibt es schon erste Ansätze für die Definition von Qualitätskriterien, die sicher noch weiter ausgebaut werden müssen. Aus unserer Sicht ist der größte Hebel für einen wirkungsvollen Qualitätswettbewerb die Berücksichtigung von Versichertenrückmeldungen. Versichertenerfahrungen müssen konsequent – nicht nur bei Kassen, sondern generell im Gesundheitswesen – transparent gemacht werden.

Kloepfer: Haben Sie das Gefühl, dass die Gesundheitspolitik momentan die entscheidenden Herausforderungen im Fokus hat?

Demmler: Bei Einzelthemen ist das sicherlich der Fall. Die Schwerpunkte sind mir persönlich allerdings zu kleinteilig. Wir müssen größer denken, wir müssen mutiger sein und uns noch mehr Veränderung zumuten. In der Gesundheitspolitik orientieren wir uns viel stärker an der Frage, was realistisch ist. Das können wir uns nicht mehr leisten. Letztlich müssen wir allen Stakeholdern Veränderung zumuten, und zwar ganz radikal.

Kloepfer: Frau Dr. Demmler, vielen Dank für das interessante Gespräch!



Weiterführende
Informationen zum
Thema Qualitäts-
wettbewerb sind im
iX-Forum Heft Nr.
02/2019 enthalten

Ein Jahr Ampel: Noch immer ist die nachhaltige Finanzierung der GKV ungelöst



Hans-Jürgen Müller

Vorstandsvorsitzender

Hans Peter Wollseifer

Vorstandsvorsitzender

IKK e.V.

Aufbruchstimmung lag in der Luft, als sich vor einem Jahr mit der Ampel eine völlig neue Koalition auf Bundesebene bildete. Nach 16 Jahren Angela Merkel, drei großen Koalitionen, Stagnation in vielen Bereichen und erschöpft von der Corona-Pandemie hofften viele Menschen auf einen frischen Start.

Und genau das versprach allein schon der Titel des Koalitionsvertrags „Mehr Fortschritt wagen“. Auch in der Gesundheitspolitik war man nach dem Regierungswechsel nicht minder zuversichtlich, hoffte man doch, dass die Ära Spahn, die geprägt war durch massive Einschnitte in die Rechte der Selbstverwaltung, abgelöst werden würde durch ein Bekenntnis zur selbstverwalteten Krankenversicherung.

Nach Jens Spahn als Vollblut-Politiker mit einem Gestaltungswillen zu vielen Themen kam nun ein Professor ins Amt, der sich via Twitter und Talkshows über seine Rolle als mahnender Wissenschaftler in der Corona-Pandemie in die Herzen einer breiten Öffentlichkeit gesprochen hatte. Jetzt, elf Monate später, ist die Aufbruchstimmung verflogen, Ernüchterung und Enttäuschung machen sich breit. Im Kleinen wie im Großen zeigen sich keine Lösungen für die drängenden Probleme im Gesundheitswesen. Geprägt ist die Lauterbachsche Politik bislang durch wenig Konstanz. Eckpunkte werden bekannt, dann wieder zurückgenommen. Transparenz versprochen, aber dann nicht eingehalten. Oft entstand dabei der Eindruck, der Bundesgesundheitsminister stünde allein als einsamer Denker auf weiter Flur.

Zwischenlösungen statt Strukturreformen

Konstruktive, nachhaltige Krankenhaus- und andere drängende Strukturreformen werden zwar immer wieder angekündigt, sind aber letztendlich (Stand Mitte November 2022) nicht in Sicht. Dafür werden Herzensprojekte des Ministers angegangen. Zunächst naheliegenderweise im Bereich der Corona-Politik. Wenn er auch in der Frage der Infektionsschutzmaßnahmen durch die FDP ausgebremst wurde, hat er sich doch, z. B. in der Frage des Einsatzes eines bestimmten Arzneimittels, über alle bisher geltenden Gepflogenheiten hinweggesetzt. Aber nicht nur hier scheint er des Öfteren allein unterwegs zu sein. Stichwort Gesundheitskioske. Ein Vorhaben, bei dem selbst die Initiatoren des Hamburger Vorzeigeprojekts zweifeln und den vorliegenden Entwurf als Etikettenschwindel brandmarken.

Expertinnen und Experten schlagen angesichts der vom Minister genannten exorbitanten Zahl von 1.000 bundesweit geplanten Kiosken die Hände über dem Kopf zusammen. Darüber hinaus beklagen die Kassen die geplante Finanzierung: Obwohl die Aufgaben der Kioske zur öffentlichen Daseinsvorsorge zu rechnen sind, soll die klamme GKV den Großteil für die Errichtung dieser teuren Parallelstruktur bezahlen. Gleiches finanzielles Unheil droht auch bei Lauterbachs neuestem Koalitionsprojekt: die Überführung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands (UPD) in eine unabhängige und staatsferne Stiftung. Laut dem vorliegenden Referentenentwurf sollen die Krankenkassen per Umlage die neue UPD – wie immer! – fast komplett allein finanzieren, ohne Einfluss auf die Arbeit zu haben. Damit steht diese Lösung irgendwo zwischen der mittlerweile als verfassungswidrig eingeschätzten BZgA-Beauftragung nach § 20a Abs. 3 und 4 SGB V und der unseligen gematik-Konstruktion. Auch wenn das Bundesgesundheitsministerium (BMG) in den Gremien der geplanten Stiftung, anders als bei der gematik, nicht die Stimmenmehrheit hat, sehen „Staatsferne“ und „Unabhängigkeit“ anders aus.

Ein ganz ähnliches Bild zeigt sich auch bei den großen Reformbaustellen: keine Stringenz, keine großen Würfe – es sind Gesetze für den Übergang, Zwischenlösungen, Provisorien. Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG), ist nur darauf ausgelegt, das Rekorddefizit in der gesetzlichen Krankenversicherung im nächsten Jahr notdürftig zu stopfen. Es werden die letzten Reserven der Kassen geplündert, aber die GKV-Finanzierung wird nicht nachhaltig aufgestellt. Ein ganz ähnliches Bild bietet sich gleich in mehrfacher Hinsicht beim Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG): Mit diesem Gesetzentwurf soll die Pflegepersonalregelung PPR 2.0 eingeführt werden, mit viel Bürokratie und unvorhersehbarer Finanzwirkung, und zwar entgegen der Aussage im Koalitionsvertrag nicht mehr nur als Übergangslösung. Dabei gäbe es durchaus eine Alternative, die zwischen DKG und GKV-SV geeint ist, aber vom BMG blockiert wurde und nun kurzfristig über einen Änderungsantrag gestrichen werden soll.

Lösung der Finanzierung des Gesundheitswesens ist das Kernthema der Legislatur

Bei der für die GKV existenziellen Frage der Finanzierung gibt es ärgerlicherweise nur eine Notlösung mit einem allenfalls als Trostpflaster zu bezeichnenden erhöhten Bundeszuschuss. Das Rekorddefizit in Höhe von ca. 17 Mrd. Euro für das kommende Jahr ist zwar durch das GKV-FinStG erstmal überbrückt, doch zu welchem Preis? Die meisten Maßnahmen – sei es die Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes um 0,3 Prozentpunkte, das Darlehen in Höhe von einer Milliarde Euro oder die Abschmelzung der Vermögen der Krankenkassen – tragen letztlich allein die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler, die Versicherten und Arbeitgeber. Zudem ist es eben nur eine kurzfristige Lösung, keine nachhaltige Reform. Die Frage der GKV-Finanzierung ist ab 2024 wieder ungelöst. Und ob die für Ende Mai 2023 vom Bundesgesundheitsministerium angekündigten Empfehlungen für eine nachhaltige und solidarische GKV-Finanzierung die GKV-Financen wirklich grundlegend reformieren werden, erscheint derzeit mehr als zweifelhaft. Für vieles scheint es in der Bundesregierung Geld zu geben, für die Stärkung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung aber nicht.

Außerdem bleiben letztlich die Ursachen für das Defizit unangetastet: die immer weiter auseinanderklaffende Entwicklung von Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen in der GKV. Auch der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Jürgen Wasem bestätigt, dass der mehrjährige Trend der überproportionalen Zunahme der primären Unterdeckung durch das GKV-FinStG nicht gestoppt werde. Seinen Berechnungen für die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung nach wird die primäre Unterdeckung in der GKV von aktuell 51 Milliarden Euro auf 75 Milliarden Euro im Jahr 2027 anwachsen. Durch die Corona-Pandemie sowie den Krieg in der Ukraine und die damit einhergehende Inflation spitzt sich die finanzielle Belastung im Gesundheitswesen zusätzlich zu. Daneben wirken sich die Belastungen aus den teuren Leistungsgesetzen der letzten Legislaturperioden, fehlende Strukturreformen und gestrichene Steuerungs-

und Kontrollmöglichkeiten negativ auf die GKV-Finanzen aus. Auch die von der Politik zugesagte Erhöhung der Beiträge für ALG-II-Beziehende ist bisher nicht erfolgt. Was also tun? Bundesgesundheitsminister Lauterbach hat auf der Ausgabenseite Leistungskürzungen bereits kategorisch ausgeschlossen. Das Thema Ausgabensteuerung wird – mit Ausnahme des AMNOG-Bereichs – offenbar ausgeklammert. Somit bliebe als Lösung nur noch eine Ausweitung der Einnahmen. Doch eine alleinige zusätzliche Belastung der Beitragszahlenden erscheint aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht zielführend.

Das Finanzierungskonzept der Innungskrankenkassen

Um also eine nachhaltige Finanzierung der GKV mit einer fairen Lastenverteilung sicherzustellen und damit eine außerordentliche Belastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler zu verhindern, haben die Innungskrankenkassen im August 2022 ein eigenes Konzept zur nachhaltigen Finanzierung der GKV mit drei Bausteinen vorgelegt. Dabei sehen die Innungskrankenkassen die Verbreiterung der Einnahmenbasis der GKV als entscheidenden Faktor an.

Nachjustierung und Dynamisierung des Bundeszuschusses

Ein wichtiger Baustein ist die Nachjustierung und Dynamisierung des Bundeszuschusses für den Ausgleich versicherungsfremder Leistungen. Im Koalitionsvertrag wurde bereits eine Dynamisierung angekündigt. Die Innungskrankenkassen halten jedoch als ersten Schritt eine Diskussion über die Definition der versicherungsfremden Leistungen für notwendig. Darauf aufbauend sollte die Höhe der Ausgleichssumme neu festgelegt und gesetzlich verankert werden. Gleichzeitig sollte ein gesetzlicher Dynamisierungsfaktor bestimmt werden. Dieser könnte sich am Mittelwert sowohl der Brutto Lohnentwicklung als auch der Inflationsrate orientieren. Wichtig ist, dass bei einer Erweiterung des Leistungskatalogs der GKV um weitere versicherungsfremde Leistungen Anpassungen vorzunehmen sind.

Partizipation an Genusssteuern

Als zweiten Baustein schlagen die Innungskrankenkassen eine Beteiligung an Steuereinnahmen vor, um den Bundeszuschuss weiter zu erhöhen. Inhaltlich lässt sich ein Bezug der Ausgaben der GKV zu verschiedenen Steuerarten herstellen, etwa zur Alkohol- und Tabaksteuer. Für die GKV entstehen laut des Deutschen Krebsforschungszentrums beim Tabak- und Alkoholkonsum Folgekosten in Höhe von fast 40 Milliarden Euro. Nun erhebt der Staat Genusssteuern auf Tabak und Alkohol, um durch ein Preissignal gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern. Die Steuereinnahmen hier lagen in den letzten vier Jahren zwischen 17 und 18 Milliarden Euro. Der Staat verdient über die genannten Steuern an dem gesundheitsschädlichen Verhalten, überträgt die Aufgabe der Prävention und die Lasten aus Kuration bzw. Rehabilitation aber auf die Solidargemeinschaft der GKV. Flösse ein Teil dieser Steuereinnahmen zurück in die Patientenversorgung, wäre das mehr als gerechtfertigt! Neben Tabak- und Alkoholsteuer könnten auch die diskutierten Abgaben auf Zucker- und Fett- sowie Umweltsteuern als Maßstab für die Neubemessung der Höhe des Bundeszuschusses herangezogen werden. Nach erfolgter Legalisierung käme auch eine Beteiligung an der Cannabis-Steuer in Betracht.

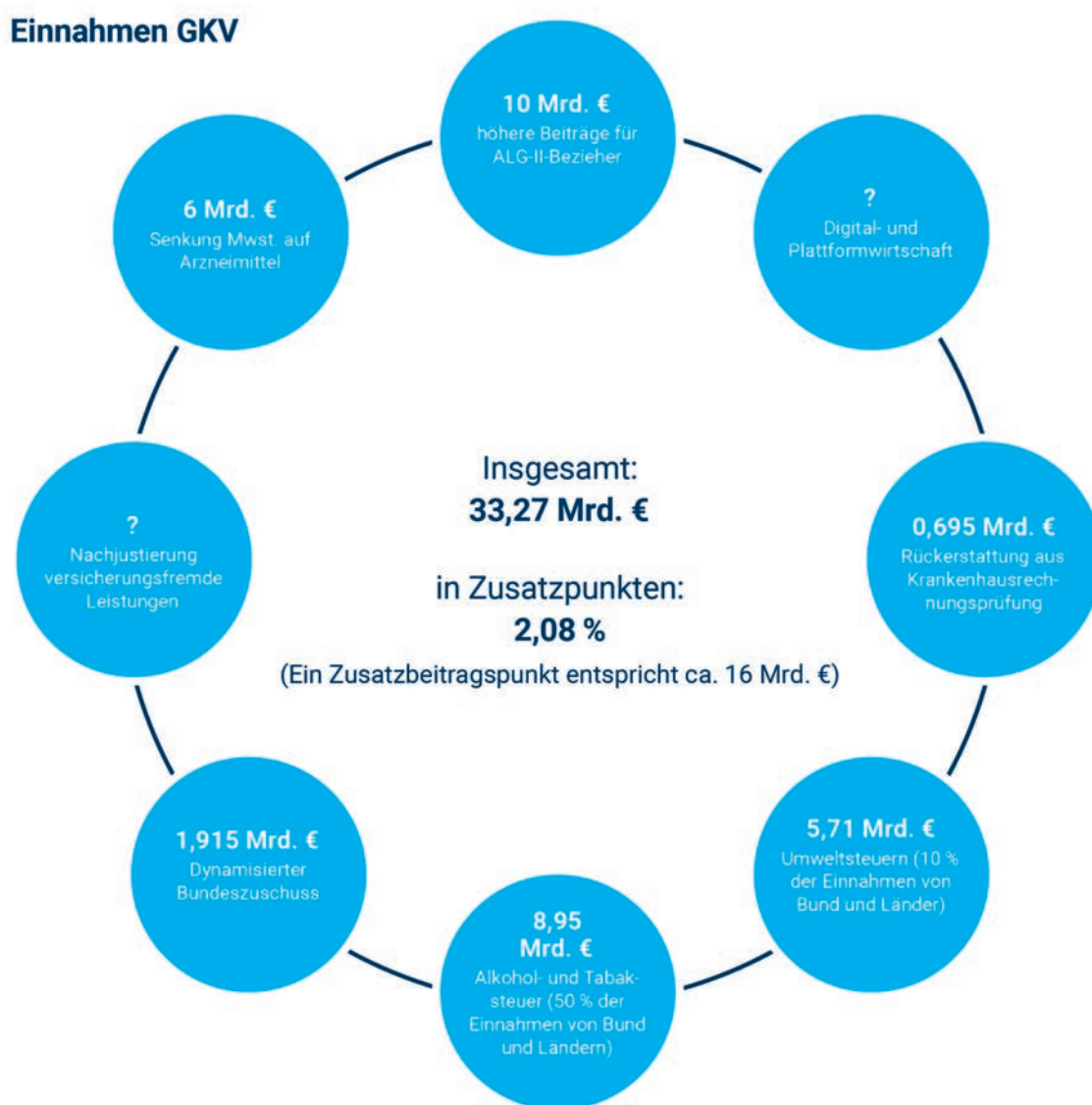
Einbindung der Digitalökonomie

Dritter Baustein ist die Beteiligung der Digital- bzw. Plattformökonomie an den Kosten der Sozialversicherung. Denn durch die Automatisierung und Digitalisierung von Arbeitsplätzen gehen tendenziell sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse zurück. In der Folge sinken die beitragspflichtigen Einnahmen, gleichzeitig wird das Solidarsystem belastet. Eine Digitalsteuer, die sich an den tatsächlichen Gewinnen auch international agierender Unternehmen in der digitalen Welt orientiert, wäre mehr als sinnvoll. Auch hiervon könnte ein Anteil zu Gunsten der Finanzierung der Sozialsysteme herangezogen werden. Darüber hinaus halten die Innungskrankenkassen die Einbindung der Plattformarbeit in die Finanzierung der Sozialversicherungssysteme für einen ganz wesentlichen Schritt.

Immerhin ist Plattformarbeit für etwa zwei Prozent der Erwachsenen in 14 EU-Mitgliedsstaaten Haupteinnahmequelle, für acht Prozent immerhin Nebeneinkunft. Wir schlagen vor, die Plattformarbeit sozialversicherungspflichtig auszugestalten. Alternativ wäre eine am Umsatz orientierte Beteiligung der Plattformwirtschaft über eine solidarische Sozialabgabe an den Kosten der Sozialversicherung einzuführen.

Das Konzept der Innungskrankenkassen in Zahlen

Nicht alle dieser Finanzierungsoptionen lassen sich derzeit schon kalkulieren. Aber alleine aus einer Dynamisierung des Bundeszuschusses und der Erweiterung des Steuerzuschusses auf Basis der gesundheits- bzw. umweltbezogenen Lenkungssteuern könnten zusammen mit dem Ausgleich der Leistungen für ALG-II-Bezieher und einer sich anbietenden Senkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel Einsparungen in Höhe von 33,27 Milliarden Euro jährlich für die GKV realisiert werden.



Quellen: Alkohol-, Zwischenerzeugnis-, Alkopop-, Bier- sowie Schaumwein- und Tabaksteuer 2021, Umweltbezogene Steuern 2021, Rückerstattungen nach Rechnungsprüfung bei Krankenhäusern 2019-2020, eigene Berechnungen.

Heruntergebrochen bedeutet dies bei einem Medianeinkommen in Höhe von 43.200 Euro eine Entlastung für die entsprechenden Beitragszahlerinnen und Beitragszahler in Höhe von 898,29 Euro im Jahr (Arbeitgeber-/Arbeitnehmeranteil: 449,15 Euro).

Kein politischer Wille zur Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Die Innungskrankenkassen möchten mit ihren Forderungen den Blick auf die verschiedenen Möglichkeiten einer Entlastung von Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern weiten. Sie möchten mit dem Konzept eine Debatte für die Zeit nach 2023 anstoßen und mit den drei primären Lösungsvorschlägen einen Beitrag in der politischen Diskussion leisten. Bedauerlicherweise setzt der Bundesgesundheitsminister auch bei der Reformagenda für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV bisher nicht auf den Austausch mit den Kassen. Das ist offenbar Strategie. Denn auch in anderen Bereichen

blieben die soziale und gemeinsame Selbstverwaltung und teils auch die Bundesländer außen vor. Stattdessen richtet der Bundesgesundheitsminister Expertenkommissionen ein. Natürlich ist gegen die Beauftragung und Einbeziehung von wissenschaftlicher Expertise nichts einzuwenden, aber die rein wissenschaftliche Betrachtung ist das eine, die Umsetzung das andere. Und so ist die Nichtbeteiligung der Leistungserbringer und Kostenträgerverbände oder von Ländervertretern in der Arbeit der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ein Fehler. Mit Blick auf eine Beteiligung und Anhörung sind auch weiterhin die teils extrem kurzen Fristsetzungen für Stellungnahmen zu Gesetzentwürfen oder Verordnungen kritisch. Hier setzt die Ampelkoalition das fort, was die Große Koalition bereits in der letzten Legislaturperiode vorgelebt hat. Auch in Bezug auf das Anhörungsverfahren folgt die Koalition offenbar ihrer Vorgängerin, wie jüngst bei der Anhörung zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetz.

Einsparungen Beitragszahlerinnen und Beitragszahler

Medianeinkommen		Einkommen Beitragsbemessungsgrenze GKV	
43.200,00 € (jährlich)	3.600,00 € (monatlich)	58.050,00 € (jährlich)	4.837,50 € (monatlich)
898,29 €	74,86 €	1.207,08 €	100,59 €
449,15 € (Arbeitnehmer-/Arbeitgeberanteil)	37,43 € (Arbeitnehmer-/Arbeitgeberanteil)	603,54 € (Arbeitnehmer-/Arbeitgeberanteil)	50,29 € (Arbeitnehmer-/Arbeitgeberanteil)

Quelle: Destatis, eigene Berechnungen.

Die Kassenarten wurden nicht geladen. Doch die Einbeziehung in den Diskussionsprozess oder die ausreichend bemessene Zeit zur Beteiligung an Anhörungs- oder Stellungnahmeverfahren ist keine Lappalie, sondern essentieller Teil der demokratischen Praxis. Letztlich geht es hier auch um Regelungen mit teils starker Finanzwirkung für die GKV für mehrere Jahre oder Jahrzehnte.

Unser Fazit - Wohin steuert das Gesundheitswesen?

Wir haben in Deutschland mit unserer solidarischen und selbstverwalteten gesetzlichen Krankenversicherung ein stabiles und leistungsfähiges Gesundheitssystem. Die Stärken dieses Systems liegen nicht nur in der Stabilität durch Beitragsfinanzierung, sondern auch in der sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung. Nicht zuletzt in der Corona-Pandemie hat die Selbstverwaltung durch pragmatisches Handeln ihre Leistungsfähigkeit und Bedeutung unter Beweis gestellt.

Doch gilt es, die GKV insbesondere hinsichtlich ihrer Finanzierung fit für die Herausforderungen der Zukunft zu machen. Dazu möchten die Innungskrankenkassen mit ihrem Finanzierungskonzept einen Beitrag in der politischen Diskussion leisten sowie auch daran erinnern, dass eine weitere Stärke unseres Gesundheitssystems in der Kooperation, dem Austausch und dem Ringen um die beste Lösung zwischen den Sozialpartnern, in der Selbstverwaltung und mit der Politik liegt.



Die Ampel agiert enttäuschend, der GKV-SV hingegen destruktiv



Martin Degenhardt
Geschäftsführer
Freie Allianz der Länder-KVen
(FALK)

Die Ampel enttäuscht mit erratischen Entscheidungen betreffend den ambulanten Sektor. Das ist frustrierend, zumal gerade die Praxen die Pandemie zu einem großen Teil mit abgefangen haben. Ein viel größeres Problem ist jedoch das destruktive Gebaren des GKV-SV gegenüber der Ärzteschaft. Darin liegt viel Sprengkraft. Auch hinsichtlich der Frage, ob wir gemeinsam so noch weiterkommen.

Um direkt mit der Türe ins Haus zu fallen: Die Stimmung in den Praxen, bei KVen und Verbänden ist so schlecht, wie ich es in all den Jahren noch nicht erlebt habe. Es gibt Enttäuschungen und Frust, den man nicht mal nur der Bundesregierung anhängen kann.

Jens Spahn (CDU) setzte auf das legislative Gaspedal. Der Ex-Bundesgesundheitsminister war in seiner Amtszeit damit beschäftigt, ein Gesetz nach dem anderen zu verabschieden. Mit der erhöhten Geschwindigkeit kamen in den Praxen selten nachvollziehbare oder beeinflussbare Dinge an. Das war sicherlich das größte Manko der letzten Legislatur und hat der Beliebtheit des Ministers extrem geschadet, wenn er auch viele gute Dinge auf den Weg gebracht hat. Er hat sich aber immer der Diskussion gestellt – oft auch den wirklich schwierigen. Das hat sich nun verändert.

Auf überhöhte Geschwindigkeit folgte ein politischer Schlingerkurs

Mit der neuen Regierung wurde die gesetzgeberische Geschwindigkeit deutlich heruntergefahren. Am Anfang hat sich der Minister – zu Recht – ausschließlich um Corona gekümmert. Das war der Lage zwar angemessen, erhöht aber unter den Bedingungen der derzeitigen Finanzlage den Druck, nun endlich zu Reformen zu kommen. Bisher war die ambulante Versorgung dabei nur ein Randthema. Mit Blick auf das von mir oben kritisierte Tempo der Vorgängerregierung wäre das aber nichts, was wir kritisieren würden. Im Gegenteil.

Im Unterschied zu anderen Themen hat man im Bereich der Digitalisierung schnell richtige Entscheidungen getroffen: Man erinnere sich an die Verschiebung der Einführung des elektronischen Rezepts (E-Rezept) und der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) im März dieses Jahres. Fast kam schon so etwas wie Euphorie auf, dass da in Berlin jemand die Leiden der Ärzteschaft aufgrund der unausgegorenen Digitalisierungsanwendungen verstand. Denn in der Frage von Digitalprozessen geht es längst nicht mehr um das Ob, sondern um das Wie.

Es war deswegen auch in unserem Sinne, mit zwei KVen in den Feldtest des E-Rezepts zu starten. Man hatte aus den Fehlern der Vorgängerregierung gelernt: Statt Zwang und Sanktion, mit Freiwilligen ins Machen zu kommen. Dieser Optimismus währte jedoch nicht lang.

Auf überhöhte Geschwindigkeit folgte ein Schlingerkurs. Wo Jens Spahn zumindest verlässlich agierte, sich an Absprachen immer gehalten hat, da handelt sein Nachfolger, Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl Lauterbach (SPD), erratisch. Noch 2019 lobte er sein Herzensprojekt, die Neupatientenregelung im TSVG, als wichtiges Instrument gegen die Zwei-Klassen-Medizin, nur um sie dann drei Jahre später wieder abzuschaffen. An sich kein Problem, wäre die Neupatientenregelung wirklich ein zahnlöser Tiger gewesen. Doch sowohl Analysen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung als auch der KBV zeigen, dass seit Einführung der TSVG-Regelung eine Zunahme um 12% bei der Behandlung von neuen Patienten verzeichnet werden konnte. Nach der Zi-Statistik sind im vierten Quartal 2021 in den Praxen rund 20 Millionen Neupatienten behandelt worden. Doch diese Fakten interessierten das BMG offenbar nicht. Stattdessen wurde immer wieder von internen Evaluationen gesprochen, die einen Nutzen der Neupatientenregelung nicht belegen. Wo diese Studien sind, wer sie durchgeführt hat, was konkrete Ergebnisse sind, weiß keiner. Das BMG bleibt eine Veröffentlichung bis heute schuldig. Der GKV-SV übrigens auch. Da antwortet man mit der üblichen Polemik auf belegte Fakten.

Es hapert an der internen wie externen Kommunikation des BMG

Man erging sich also in einer Scheindebatte zur Neupatientenregelung und strich diese ohne Evaluation. Stattdessen nahm man Leistungszuschläge für Neupatienten ins GKV-Finanzstabilisierungsgesetz auf. Auch das wurde von Gesundheitsminister Lauterbach als „ein wichtiger Schritt gegen die Zwei-Klassen-Medizin“ betitelt. Gesprochen hat die Koalition darüber vorher kaum mit den Betroffenen. Ob dieses Label künftig lediglich für eine Halt-

barkeit von maximal drei Jahren steht, bleibt abzuwarten. Fakt ist, dass ein Anreizsystem, das mit Einführung des TSVG auf Eigenverantwortung gesetzt und vor allem Wirkung gezeigt hat, durch ein hochbürokratisches, patientenunfreundliches System ausgetauscht wurde.

Auch hapert es an der internen wie externen Kommunikation des BMG. Bestes Beispiel war der Referentenentwurf zum GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 4. März 2022, den der Gesundheitsminister am 15. März öffentlich gemacht hat. Dieser war aber offenbar gar nicht mit Finanzminister Lindner abgestimmt. Der Entwurf verschwand prompt. Das BMG behauptet seither, es gebe ihn nicht offiziell, er sei allenfalls „in den Tiefen des Hauses“ entstanden. Dies ist nur ein öffentlich gewordenes Beispiel aus der regierungsinternen Kommunikation. Ich könnte hier viele weitere aufzählen, wo Verbände aus allen Bereichen des Gesundheitswesens sich genauso kommunikativ ausgegrenzt fühlen. Das meiste davon unterliegt der Vertraulichkeit, aber die Tatsache, dass die Selbstverwaltung nicht Teil der Krankenhauskommission ist, belegt das gesamte Kommunikationshandeln auch öffentlich.

Der GKV-SV weicht die ambulanten Versorgungsstrukturen auf

Der Frust der Ärzte- und Psychotherapeutenschaft wird aber auch durch den GKV-SV massiv gesteigert. Während die Politik sich gegenwärtig für die ambulante Versorgung schlichtweg nicht zu interessieren scheint, weicht der GKV-SV die ambulanten Versorgungsstrukturen gänzlich auf. Angesichts der Inflationsentwicklung und der steigenden Energiekosten waren die zwei Prozent Erhöhung des Orientierungswertes ein Schlag ins Gesicht der Ärzte- und Psychotherapeutenschaft. Darüber hinaus treffen die Praxen die gestiegenen Personalkosten massiv. Diese wollen ihre Mitarbeiter ordentlich bezahlen, gerade vor dem Hintergrund des zunehmenden Mangels an medizinischen Fachangestellten. Aber dafür muss es auch eine vernünftige Refinanzierung geben.

In einer Stellungnahme zum Entwurf des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes forderten die Spitzenverbände den Gesetzgeber zudem auf, den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten einen Inflationsausgleich für die Jahre 2023 und 2024 vorzuenthalten. Zudem sollte der Orientierungswert für das Jahr 2024 auf dem Niveau von 2023 eingefroren werden. Die Punktwertzuschläge für die Jahre 2023 und 2024 sollten auf dem Stand von 2022 fixiert werden.

Das ist nicht nur ein Affront gegen die Praxen, sondern auch gegen die Patientinnen und Patienten und damit die Beitragszahler. Denn die Folge dieser Nullrunde wäre gewesen, dass die niedergelassenen Hausärzte und Fachärzte sowie die Psychotherapeuten ihre Leistungen deutlich hätten einschränken müssen. Die Kassen weigerten sich damit, die ambulanten Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln, indem sie notwendige Finanzmittel kapten wollten. Ein Multiplikatoreffekt zur Streichung der Neupatientenregelung, mit allen negativen Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft!

Das war auch Karl Lauterbach klar, der diesen Plänen eine Abfuhr erteilte. Der angerichtete Vertrauensschaden ist immens. Es drängt sich der Verdacht auf, der GKV-SV hat sich schon vor Jahren aus der gemeinsamen Selbstverwaltung verabschiedet.

Macht der GKV-SV keine konstruktiven Angebote, ist die Selbstverwaltung bald Geschichte

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sowohl die Politik als auch die Kassen mit ihrem gegenwärtigen Gebaren das Gegenteil von dem erreichen, was sie zum Wohle der Patientinnen und Patienten eigentlich sollten: die Stärkung der ambulanten Versorgung. Mit einem Unterschied: Im Gegensatz zur Politik, die die ambulante Versorgung – euphemistisch ausgedrückt – „nur“ nicht weiterentwickelt, betreiben die Spitzenverbände der GKV eine vorsätzliche Zerstörung der ambulanten Versorgung.

Ich soll hier ja auch einen Ausblick wagen: Nach allem, was man hört, wird die ambulante Versorgung auch im kommenden Jahr nicht im Fokus der Politik stehen. Beim Thema Hybrid-DRG und Gesundheitskiosk ist zwar „Musik drin“, aber es sind doch am Ende nur Themen, die die Ränder der Versorgung betreffen. Es würde sich also die Chance bieten, innerhalb der Selbstverwaltung konkrete Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten, um den Frust der Praxen zu minimieren.

Denn wir haben in den kommenden Jahren zwei ganz zentrale Aufgaben, die aber nicht so leicht zusammenzubringen sind. Wir müssen mit aller Kraft dafür sorgen, „alte“ Ärzte im System zu halten. Wir brauchen sie schlicht, um die Versorgungslücke, in die wir wegen zu wenig Studienplätzen steuern, nicht noch größer werden zu lassen.

Die zweite Aufgabe wird es sein, den Nachwuchs für die ambulante Versorgung zu begeistern, Kooperationsformen zu stärken und moderne funktionierende IT anzubieten. Die Konkurrenz ist stark. Schon heute können Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus ähnlich verdienen wie in der ambulanten Versorgung. Aber ohne wirtschaftliche Verantwortung, mit geregelten Arbeitszeiten und funktionierender Technik. Wir müssen hier attraktive Angebote schaffen und dafür wäre die gemeinsame Selbstverwaltung prädestiniert. Stattdessen erleben wir eine aggressive Destruktivität des GKV-SV.

Wenn der GKV-SV den niedergelassenen Medizinerinnen weiterhin keine konstruktiven Angebote unterbreitet, ist die Selbstverwaltung bald Geschichte. Denn innerhalb einer Koalition der Willigen mit der Politik kann sicherlich produktiver an der ambulanten Versorgung gearbeitet werden als mit einer Selbstverwaltung, die sich selbst und dabei die ambulante Versorgung gleich mit abschafft. Abschließend lässt sich festhalten: Politik und Krankenkassen müssen erkennen, dass eine patientenorientierte Versorgung nur dann gewährleistet ist, wenn die ambulante Medizin zukunftsfest gemacht wird. Wir sind bereit, mit dieser Koalition konstruktiv zusammenzuarbeiten.

Strategie oder Dilettantismus?



Christine Neumann-Grutzeck
Präsidentin
Berufsverband Deutscher
Internistinnen und Internisten e.V.
(BDI)

Mehr Fortschritt wagen. Von dem Versprechen des Koalitionsvertrages war in der Gesundheitspolitik ein Jahr lang nichts zu sehen. Statt mit Strukturreformen glänzte Gesundheitsminister Karl Lauterbach mit einem erratischen Politikstil und Corona-Lastigkeit. Jetzt zeichnen sich jedoch erste Vorschläge ab, deren Umsetzung vor dem Hintergrund leerer Kassen und externer Schocks jedoch umso schwerer wird.

Lange Zeit hatte es den Anschein, als bestünde die deutsche Gesundheitspolitik nur noch aus der Bekämpfung der Corona-Pandemie, während alle „übrigen“ Themen zur Nebensache verkommen. Zweifelsohne verlangt die Pandemie ein hohes Maß an politischer und administrativer Aufmerksamkeit. Gleichzeitig haben besonders die letzten drei Jahre die Schwachstellen im Gesundheitssystem offengelegt und auf die bestehenden Probleme wie ein Brennglas gewirkt. Im Angesicht des massiven Reformstaus, des Fachkräftemangels und der finanziellen Schieflage der Sozialkassen können wir es uns schlichtweg nicht mehr leisten, notwendige Strukturreformen noch länger aufzuschieben.

Nach einem Jahr des gefühlten Stillstandes scheint diese Einsicht jetzt auch im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) angekommen zu sein: Glaubt man den Ankündigungen, soll 2023 das große Reformjahr werden: Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hat erste Ideen vorgestellt und auch die Digitalisierungsstrategie des BMG befindet sich im Erarbeitungsprozess. Das wäre nicht nur eine Chance, um eine überzeugende Vision und nachhaltige Strategie für ein leistungsfähiges und attraktives Gesundheitswesen zu implementieren, sondern auch, um verloren gegangenes Vertrauen in die Gestaltungsfähigkeit der Politik zurückzugewinnen.

Eine Frage des Stils

Wie schnell der Zuspruch schwinden kann, bekommt Karl Lauterbach gerade zu spüren. Die großen Hoffnungen, die die Öffentlichkeit in ihn gesetzt und die er selbst mit zahlreichen Auftritten genährt hat, sind weitestgehend zerstoßen. Die Vorschusslorbeeren für den „Mann vom Fach“ insbesondere aus Teilen der Ärzte- und Wissenschaft sind ebenfalls aufgebraucht. Wer sich von Lauterbach vermeintlich stringente Ansätze und eine besonnene Kommunikation im Kampf gegen COVID-19 erhofft hatte, wurde enttäuscht. Einige politische Entscheidungen und fachliche Begründungen haben hingegen wenig stringently gewirkt.

Fast noch ernüchternder ist jedoch der Lauterbachsche Politikstil. Dass im Ministerium ein neuer Wind weht, wurde ziemlich schnell deutlich. Der Gesprächsfaden zwischen dem BMG und der Selbstverwaltung – sowohl mit der Ärzteschaft als auch den Krankenkassen – ist weitgehend abgerissen. Das spüren auch die Berufsverbände. Im eigenen Haus scheint die Kommunikationskultur aber auch nicht besser zu sein, wenn man dem Personalrat Glauben schenken darf. Informationen zu geplanten Maßnahmen erhält man, wenn überhaupt, nur kurzfristig aus der Presse, den sozialen Medien oder Talkshows, anstatt über den bewährten Dienstweg. Umfangreiche Änderungsanträge zu Gesetzgebungsverfahren werden, wie schon unter Jens Spahn, gerne auch erst am Tag vor der Anhörung im Gesundheitsausschuss verschickt. Auf den Ausschluss von Interessenverbänden ist der Lauterbach sogar öffentlich stolz, wie er bei Vorstellung seiner rein wissenschaftlich besetzten Expertenkommission zur Krankenhausreform verkündete. Kritik an seinem Führungs- und Kommunikationsstil perlt am Minister jedoch ab, sodass er in seinem Auftritt nicht sonderlich teamfähig und bisweilen arrogant wirkt. So kann man arbeiten. In der Regel leidet darunter aber nicht nur die Akzeptanz von Entscheidungen, sondern auch deren Qualität. Und natürlich steigt mit so einem Verhalten auch der Erfolgsdruck.

Viel Stückwerk, wenig Substanz

Die bisherigen Ergebnisse sprechen auf jeden Fall nicht dafür, dass in der Abgeschlossenheit des wissenschaftlichen Elfenbeinturms alles besser läuft. Laut dem Koalitionstracker der Plattform Frag den Staat (www.fragdenstaat.de), der unter anderem den Bearbeitungsstand von zwölf gesundheitspolitischen Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag nachverfolgt, sind bis Ende November 2022 erst zwei Ankündigungen umgesetzt und drei weitere begonnen worden. Auch wenn die Auflistung nicht vollständig ist, bestätigt sie doch den Eindruck, dass wichtige Reformvorhaben nur schleppend umgesetzt werden.

Auch inhaltlich überzeugen viele Gesetze und Verordnungen nicht und offenbaren fehlende Kenntnisse der Versorgungsrealität: Dass der staatliche Corona-Bonus trotz eindringlicher Bitten und Proteste der Beteiligten nur punktuell an ausgewähltes Pflegepersonal im Krankenhaus und in der Altenpflege ausgezahlt wurde, während die medizinischen Fachangestellten in den Praxen leer ausgegangen sind, war nicht nur ungerecht, sondern missachtet auch die Gemeinschaftsleistung, die von den Beschäftigten in allen Sektoren erbracht wurde. Hier hat die Politik es versäumt, ein längst überfälliges, deutliches Zeichen der Wertschätzung zu setzen.

Ebenso praxisfern war die jüngste Änderung des Infektionsschutzgesetzes zur Triage-Regelung in Pandemien. Entgegen der Empfehlung aller ärztlichen Verbände und Fachgesellschaften wurde die sogenannte Ex-Post-Triage verboten. Konkret bedeutet das: Wenn bei einer Patientin oder einem Patienten bereits eine intensivmedizinische Behandlung eingeleitet wurde, darf diese zukünftig nicht mehr zugunsten eines Patienten abgebrochen werden, der eine höhere Überlebenschance hat. Wenngleich wir aktuell weit davon entfernt sind, dass diese Regelung zum Tragen kommt, ist es aus ärztlicher Sicht nicht sinnvoll, dass allein das zeitliche Eintreffen in der Klinik höher gewichtet wird als die Überlebenschance durch eine intensivmedizinische Therapie. Dass Lauterbach als selbsterklärter Mann der Wissenschaft in dieser emotionalen Debatte die klaren Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften und Studienergebnisse komplett ignoriert hat, spricht nicht nur gegen die Glaubwürdigkeit des Ministers; diese selektive Wissenschaftlichkeit verunsichert auch die Ärztinnen und Ärzte sowie die Patienten.

Lauterbach vs. Ärztinnen und Ärzte

Die Verunsicherung in der Ärzteschaft ist aufgrund der ständigen Kurswechsel ohnehin schon groß. Zudem wächst der Frust über die offensichtlich fehlende Wertschätzung und ausbleibende Strukturreformen.

Das haben in diesem Jahr sowohl die Ärztestreiks an den Kliniken, wie im Oktober an der Charité in Berlin, und zuletzt der bundesweite Protest der Niedergelassenen gegen das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz gezeigt.

Das Gesetz ist eine erneute Herabwürdigung der Vertragsärztinnen und -ärzte und ein Schlag für die ohnehin chronisch unterfinanzierte ambulante Versorgung: Die erhöhten Zuschläge für schnelle Termine werden die Streichung der Neupatientenregelung, für deren Einführung im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sich Karl Lauterbach seinerzeit stark gemacht hat, nicht adäquat kompensieren. Kritisch ist auch, dass die Terminservicestellen (TSS) als Steuerungselement massiv aufgewertet werden. Damit wird der direkte Zugang neuer Patienten in die Haus- und Facharztpraxen unattraktiv gemacht. Für die Patientinnen und Patienten bedeutet die TSS-Vermittlung außerdem eine Einschränkung der freien Arztwahl und für die Praxen zusätzlichen bürokratischen Aufwand – als hätte man davon nicht schon genug.

Mit Blick auf das TSVG und den Koalitionsvertrag, in dem eine Entbudgetierung im hausärztlichen Bereich angekündigt wurde, ist das Gesetz zudem ein ordnungspolitischer Rückschritt. Zu der Erkenntnis, dass die Budgetierung und die falsche Vergütungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung die zentralen Faktoren für lange Wartezeiten sind, war die Politik eigentlich schon einmal gelangt. Vor dem Hintergrund der steigenden Inflation und explodierender Energiekosten droht das Gesetz nicht nur finanziell, sondern auch organisatorisch ein Rückschritt zu werden. Mal ganz davon abgesehen, dass die Bundesregierung mit dieser Flickschusterei auf dem Rücken der Ärzteschaft das strukturelle Finanzierungsproblem der gesetzlichen Krankenversicherung nicht löst, sondern nur ins nächste Jahr verschiebt.

Gesundheitspolitischer Dreiklang?

Bislang hat der Bundesgesundheitsminister mit seinen Maßnahmen nur das Nötigste repariert: sei es bei der Finanzierung der stationären Pädiatrie und Geburtshilfe, der intersektoralen Versorgung oder der GKV-Finanzierung. Für die nächsten Monate hat Lauterbach jedoch ein Dutzend Gesetze angekündigt, darunter auch substantielle Reformen wie die Abschaffung des DRG-Systems, die auf dem aktuellen Stückwerk aufsetzen könnten. Das mutet nach einem klassischen gesundheitspolitischen Dreiklang an: Erst wird mit einem Vorschaltgesetz, zum Beispiel dem Finanzstabilisierungsgesetz, durch schmerzhaft Maßnahmen wie Beitragserhöhungen und Kostendämpfung der politische Gestaltungsspielraum geschaffen, um im zweiten Schritt tiefgreifende Strukturreformen durchzuführen, bevor Detailanpassungen den Prozess abschließen. Ein ähnliches Szenario bahnt sich auch bei der DRG-Reform und der intersektoralen Versorgung an.

Aufgrund der leeren Kassen sind die GKV-Financen sicherlich die zentrale Aufgabenstellung für 2023. In einem optimalen Szenario ist danach Raum für eine konsistente Reformpolitik. Im Negativszenario bleibt es bei einer Ad-hoc-Politik ohne nachhaltige Wirkung. Ein eindeutiger strategischer Überbau ist bei vielen Maßnahmen zwar noch nicht erkennbar. Mit Blick auf die Leistungskürzungen im vertragsärztlichen Bereich, die einseitige Ausweitung des ambulanten Leistungsspektrums in den Kliniken – Stichwort Tagesbehandlungen im Krankenhaus – und Lauterbachs Haltung zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sollten zumindest die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aber vorgewarnt sein.

Die Ärzteschaft hat hinlänglich deutlich gemacht, wo die Defizite im System liegen und welche Strukturreformen dringend umgesetzt werden müssen, damit das Gesundheitswesen auch zukünftig ein attraktiver Arbeitsort bleibt. Eine Digitalisierungsoffensive und die Reform der Krankenhausfinanzierung wären, zumindest für das kommende Jahr, ein guter Start.

Ein neuer Politikstil



Thomas Bublitz

Hauptgeschäftsführer
Bundesverband Deutscher
Privatkliniken e.V. (BDPK)

*Die Klinik-Krise ist durch die bisherigen
Hilfsmaßnahmen noch nicht überwunden.
Es ist zu hoffen, dass die angekündigte
„große Krankenhausreform“ die
Wende bringt.*

Zwischenfazit

Corona-Pandemie, Krieg in der Ukraine, Energiepreise, Inflation – die Arbeit der Ampel-Koalition bestand im ersten Jahr vor allem aus Krisenbewältigung. Ob und wie die verschiedenen Maßnahmen der Bundesregierung den Krankenhäusern und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen geholfen haben, lässt sich heute, Stand Mitte November 2022, noch nicht abschließend beurteilen. Der befürchtete große Crash ist bisher zwar ausgeblieben, ein Ende der Klinik-Krise ist aber auch noch nicht in Sicht. Sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei den Reha-/Vorsorgeeinrichtungen gab es bereits einige Insolvenzen, bundesweit mussten Abteilungen zeitweise geschlossen oder von der Versorgung abgemeldet werden. Ein möglicher Flächenbrand durch weitere Klinik-Insolvenzen ist noch nicht gebannt.

Deshalb sind die aktuell vorgesehenen Entlastungen der Kliniken von den explosionsartig gestiegenen Energiekosten grundsätzlich positiv zu bewerten. Viele waren in den letzten Monaten immer stärker in eine finanzielle Schieflage geraten, da sie die gestiegenen Kosten nicht durch höhere Preise abfedern können. Es ist zu hoffen, dass die Regierung die vorgesehenen Maßnahmen gesetzgeberisch passgenau umsetzt und dass die Entlastungen möglichst schnell und unbürokratisch die Kliniken erreichen, damit sie kurzfristig von den Hilfsmaßnahmen profitieren können. Zudem muss sichergestellt werden, dass die vorgesehenen Mittel auch wirklich ausreichen. Unklar ist zum jetzigen Zeitpunkt noch, ob die Reha-Kliniken unabhängig vom Verbrauch bei der Gas- und Strompreisbremse als industrielle Verbraucher mit registrierender Leistungsmessung (RLM-Kunden) eingestuft werden. Eine unterschiedliche Bewertung von Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Reha-Einrichtungen als wichtige Gesundheitsversorger macht jedenfalls keinen Sinn.

Aber es sind nicht allein die gestiegenen Energiekosten, die Inflation und die Folgen der Corona-Pandemie, die die gegenwärtige Klinik-Krise verursacht haben. Die Krankenhäuser und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen leiden seit Jahren unter einem Investitionsstau, unter Personalmangel, einem überhöhten Bürokratieaufwand und unter einer ungenügenden Förderung der Digitalisierung. Die Folgen davon sind vielfältig und reichen von unsanierten Gebäuden über fehlende Effizienz und Wirtschaftlichkeit bis hin zu Qualitätsdefiziten durch zu wenig Spezialisierung. Das alles ist nicht neu und auch eine Folge politischer Versäumnisse vergangener Legislaturperioden. Die Arbeit an diesen Reformbaustellen geht der neue Bundesgesundheitsminister mit einem neuem Politikstil an. Dazu gehört die Berufung einer wissenschaftlich besetzten Reform-Kommission, ohne die vorher übliche Beteiligung der Verbände. Die von den hochkarätigen wissenschaftlichen Experten bisher vorgelegten Empfehlungen sind gute Ansätze. Es zeigt sich aber, dass bei der gesetzgeberischen Umsetzung die Einbeziehung der Praxis dringend erforderlich ist, denn den Vorschlägen fehlen einige entscheidende Details und Verknüpfungen, damit sie praxistauglich werden. Kritisch sehen wir, dass den anhörungsberechtigten Verbänden zwischen Vorlage entsprechender Änderungsanträge und der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages manchmal gerade 24 Stunden für die Abgabe der Bewertung und der Stellungnahme bleiben. Auffallend ist zudem das Vorgehen des Bundesgesundheitsministeriums, sich für bedeutsame Änderungen die Gestaltungsmöglichkeiten per Rechtsverordnung zuzuweisen. Wie zum Beispiel die Einführung der sogenannten Hybrid-DRG oder eines Pflegebedarfsbemessungsinstruments. Wie die so wichtigen Details letztlich aussehen, entscheidet dann das BMG beziehungsweise der Minister allein. Der neue Stil mag funktionieren und zur schnellen Umsetzung von gesetzlichen Regelungen führen. Es besteht allerdings die Gefahr, dass auf diese Weise wichtige Zusammenhänge übersehen und Wirkungen falsch eingeschätzt werden. Zudem ist die politische Verantwortung für die Folgen der Entscheidungen dann eindeutig.

Was zu tun ist

Dass die Ansätze der Reform-Kommission gut sind, aber für eine gesetzliche Umsetzung Änderungen erforderlich sind, zeigt sich deutlich bei der vorgesehenen Einführung tagesklinischer Behandlungen in Krankenhäusern. Damit der beabsichtigte Erfolg tatsächlich erreicht wird, sollte es nicht allein um stationäre Krankenhausleistungen gehen, sondern auch um Leistungen, die in der ambulanten Versorgung erbracht werden. Damit würden vorhandene Versorgungsbruchstellen wirklich abgebaut und eine echte Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung erreicht. Zudem muss die vorgesehene Überprüfung der primären Fehlbelegung durch den Medizinischen Dienst gestrichen werden. Ansonsten käme es zu kleinteiligen und bürokratischen Streitigkeiten mit den Krankenkassen – mit der Folge, dass die Krankenhäuser von der optionalen Tagesbehandlung wohl keinen Gebrauch machen. Hinderlich ist bei der Umsetzung der Kommissionsempfehlungen zudem die Festschreibung der unteren Grenzverweildauer, die gestrichen werden muss. Patient:innen, die aus medizinischen Gründen nach Hause entlassen werden können, dürfen wegen Abrechnungsbestimmungen nicht unnötig im Krankenhaus bleiben. Ebenso problematisch ist die vorgesehene Regelung, wonach die Patient:innen sechs Stunden im Krankenhaus sein und davon die überwiegende Zeit behandelt werden müssen, also genau drei Stunden und eine Minute. Diese kleinteilige Zeitvorgabe birgt großes Streitpotenzial mit den Krankenkassen und zieht ein hohes Maß an Dokumentationsbürokratie nach sich.

Ähnliches gilt auch bei den Vorschlägen zur Finanzierung von Pädiatrie und Geburtshilfe. Es ist gut, dass die Politik die hier bestehende Unterfinanzierung endlich angeht, aber es fehlen wichtige Details. Dazu gehört, dass die tatsächlich anfallenden Kosten in der Kalkulation nicht abgebildet werden sollen. Zweifel bestehen auch bei der komplizierten Orientierung am Erlösvolumen mit vorgesehenen Abschlägen, weshalb die Kliniken schlussendlich doch wieder auf höhere Fallzahlen angewiesen sein werden.

Ein Zuschlag pro Fall wäre die einfachere Lösung. Hinzu kommt, dass die für Pädiatrie und Geburtshilfe vorgesehenen Mittel den Krankenhäusern an anderer Stelle gestrichen wurden: Das BMG hatte im Rahmen der Ersatzvornahme des aDRG-Katalogs 2023 die DRG-Erlöse um 400 Millionen Euro gesenkt. Die Unterstützung für die Pädiatrie und Geburtshilfe finanzieren die Krankenhäuser deshalb im Prinzip aus der eigenen Tasche.

Krankenhauspflegeentlastungsgesetz

Die Vorlagen für das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz stammen nicht von der Experten-Kommission, die die Bundesregierung eingesetzt hat. Es zeigt sich aber auch hier, dass Korrekturen dringend erforderlich sind – ob das allerdings noch gelingt, ist fraglich, denn das Gesetz soll bis Jahresende 2022 verabschiedet werden. Für die mit dem Gesetz vorgesehene Einführung eines neuen Pflegepersonalbemessungsinstruments hat der BDPK immer wieder gefordert, dass es keine parallel geltenden Dokumentations- und Sanktionsregelungen geben darf. Ein Nebeneinander verschiedener, nicht aufeinander abgestimmter Vorschriften erhöht den bürokratischen Aufwand und verschlimmert den bestehenden Pflegekräftemangel.

Zudem haben wir an das Versprechen im Koalitionsvertrag erinnert, bei der Einführung eines neuen Personalbemessungsinstruments einen praxistauglichen Qualifikationsmix der Kliniken zu ermöglichen. Damit werden attraktive Arbeitsbedingungen geschaffen und die Pflegekräfte entlastet. Am besten funktioniert die Zusammenarbeit auf den Stationen mit einem Mix aus akademisch ausgebildeten und examinierten Pflegekräften, Therapeuten und Pflegehilfskräften sowie mit gemeinsam geleiteten ärztlichen und pflegerischen Teams. Zudem muss dem Personalbemessungsinstrument ein Ganzhausansatz zugrunde liegen. Kleinteilige Nachweise der Personalstärke auf Stationsebene sind eine unnötige bürokratische Belastung und nehmen den Krankenhäusern die notwendige Flexibilität. Mit einem Ganzhausansatz wird dagegen si-

chergestellt, dass die Krankenhäuser die Versorgung auch bei saisonalen Schwankungen und Spitzenlasten aufrechterhalten können.

Sehr kritisch und als praktisch nicht umsetzbar bewerten wir auch die vorgesehenen Regelungen, mit denen die schleppenden Pflegebudgetverhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern beschleunigt werden sollen. Es bestehen sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Krankenhäusern eingeschränkte Kapazitäten, weshalb die Fristen für den Abschluss offener Verhandlungen nicht realistisch erscheinen. Zudem würde die neue Vorgabe zu einer vollständigen Überforderung der Schiedsstellen führen und infolge der Wartezeiten das Gegenteil eines beschleunigten Verfahrens bedeuten. Zu kritisieren ist auch, dass die vorgesehene Sanktionsregel sich nur auf die Krankenhäuser bezieht, die aber gar kein Interesse an einer Verzögerung von Budgetabschlüssen haben.

Ein wesentlicher Kritikpunkt des BDPK am Krankenhauspflegeentlastungsgesetz ist zudem die vorgesehene Streichung der Leistungsrückgänge im Landesbasisfallwert. Bisher ist gesetzlich geregelt, dass bei Rückgängen der Leistungszahlen der Landesbasisfallwert angehoben werden kann. Ausgerechnet in der jetzigen Situation soll das wegfallen. Wenn die Regelung so umgesetzt wird, käme dies faktisch einer Budgetkürzung gleich. Während Leistungssteigerungen in der Vergangenheit jahrelang faktisch einem doppelten Abschlag unterlagen (absenkender Effekt auf den Landesbasisfallwert bei gleichzeitigem Mehrleistungsabschlag auf Ortsebene), wird nun auch die bestehende Kompensationsmöglichkeit für die Refinanzierung der verbleibenden Fixkosten aus dem Gesetz gestrichen. Somit ist es in dem Finanzierungssystem zukünftig nicht mehr möglich, Leistungsrückgängen mit sachgerechten Korrekturen zu begegnen. Es ist zu hoffen, dass die Regelung in der für Dezember vorgesehenen abschließenden Lesung des Gesetzes im Bundestag gestrichen wird.

Der Gesetzgeber muss sicherstellen, dass Leistungsmininderungen in der Krankenhausfinanzierung adäquat Berücksichtigung finden können!

Zur „großen Krankenhausreform“

Laut Ankündigung des Bundesgesundheitsministers sollen Anfang Dezember der Öffentlichkeit die Umrisse einer Krankenhausreform vorgestellt werden. Der BDPK hatte dazu bereits vorher ein Eckpunktepapier veröffentlicht und an die von der Bundesregierung eingesetzte Expertenkommission adressiert. Wesentlicher Reformansatz sollte aus Sicht des BDPK die ambulante Öffnung von Krankenhäusern und die Umwandlung nicht mehr bedarfsnotwendiger Krankenhäuser in ambulante Versorgungszentren sein. So ließen sich notwendige Strukturvereinigungen anschieben und die Krankenhausplanung würde leistungsorientiert sowie nach Qualitätskriterien ausgerichtet. Nachrangige Aspekte wie Größe, Sektorenzugehörigkeit oder Trägerschaft würden dadurch richtigerweise in den Hintergrund treten.

Von grundlegender Bedeutung ist nach Auffassung des BDPK auch, dass bei der Festlegung der geplanten Versorgungsstufen die in Deutschland vorhandenen Spezialkliniken einbezogen werden. Ohne ihre Expertise würde sich die Versorgung der Patient:innen deutlich verschlechtern. Deshalb wäre es nicht nachvollziehbar, wenn gerade die Kliniken, die sich der von Medizin, Gesundheitspolitik und Ökonomie immer wieder geforderten Spezialisierung gestellt haben, im zukünftigen Versorgungssystem nicht mehr berücksichtigt würden. Wenn die Kooperation unterschiedlicher Versorgungsstufen durch die telemedizinische Anbindung vor- und nachgelagerter Stufen gefördert wird, können sich Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungsstufen über Telekonsile zu patientenbezogenen, medizinischen Fragestellungen austauschen und ex-

ternen Sachverstand einbinden. So würde die Expertise der Spezialkliniken, zum Beispiel in der Herzchirurgie, der Endoprothetik und der Neurologischen Früh-Reha auch in den vor- und nachgelagerten Stufen genutzt und die notwendige Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung würde verbessert.

Zur Vergütung empfiehlt der BDPK, dass gleiche Leistungen in gleicher Höhe honoriert werden sollten, unabhängig davon, in welcher Versorgungsstufe sie erbracht werden. Die bestehende Vergütungsform nach Fallpauschalen ist dafür ein gutes und bewährtes System, das zwar weiterentwickelt werden muss, aber nicht demontiert werden darf. Vorhaltefinanzierung sollte daher nicht nach dem Gießkannenprinzip erfolgen, sondern nur dem Zweck dienen, Leistungseinheiten von Krankenhäusern finanziell abzusichern, ohne dass sie gezwungen sind, zur Refinanzierung Patienten stationär aufnehmen zu müssen. Dazu sollte zunächst eine eng begrenzte Vorhaltefinanzierung ausprobiert werden, beispielsweise für die Geburtshilfe. Wenn hingegen ein Krankenhaus in Gänze bedarfsnotwendig ist, wie zum Beispiel „Inselkliniken“ oder Kliniken in ländlichen Regionen, sollte deren wirtschaftliche Absicherung nicht durch Vorhaltekosten, sondern durch umfassende Sicherstellungszuschläge nach bundeseinheitlichen Kriterien weiterentwickelt werden.



BDPK Eckpunkte
für die aktuelle
Krankenhausreform

Pflege in Zeiten von Corona und danach – was bringt uns weiter?



Dr. Bernadette Klapper
Bundesgeschäftsführerin
Deutscher Berufsverband für
Pflegeberufe e.V. (DBfK)

Bereits in der letzten Legislatur gab es mit der Konzentrierten Aktion Pflege einen ambitionierten Anlauf, wirksame Maßnahmen gegen die Pflegekrise zu ergreifen. Die Bilanz fiel nicht zuletzt wegen der Pandemie ernüchternd aus.

Der Koalitionsvertrag 2021-2025 mit seinen zahlreichen Maßnahmen zur Stärkung der beruflichen Pflege stimmte optimistisch – wie sieht es nun ein Jahr nach Antritt der Ampel-Regierung mit der Umsetzung aus?

Als die Ampel letztes Jahr ihre Regierung antrat, war klar, dass für die Pflege viel getan werden muss. War bereits vor der Corona-Pandemie der Handlungsbedarf wider den Pflegenotstand erkannt, so zeigte er sich im Herbst 2021 noch deutlicher: mit Erschöpfung und wenig optimistischer Stimmung in der Berufsgruppe, mit gesperrten Krankenhausbetten wegen des Personal mangels und einer extrem dünnen Personaldecke im ambulanten Bereich, die das Durchsetzen einer Impfpflicht zu zerreißen drohte. Umso erfreulicher – geradezu verheißungsvoll – nahm sich daher der Vertrag der nun regierenden Ampelkoalition an. Er enthält in seinem Gesundheitsteil „angesichts der Dramatik der Situation in der Pflege“ viele gute Vorsätze zu Maßnahmen für Verbesserungen im Pflegebereich und zur Stärkung der Berufsgruppe, im Einzelnen auch Punkte, die zwar gut gemeint, aber wenig hilfreich sind. Dies betrifft allen voran die Ausschüttung von einer Milliarde Euro als Pflegebonus zur Anerkennung der Leistungen in der Corona-Pandemie. Der Ärger darüber dürfte größer ausgefallen sein als die Freude. Die Kriterien der Auszahlung führten erwartungsgemäß zu einer Gerechtigkeitsdebatte unter den Pflegenden, zum Unverständnis anderer Berufsgruppen und im Einzelnen zu Betrugsfällen. Da liegt der Gedanke nahe, ob die beabsichtigte Wertschätzung zum Beispiel nicht besser mit einer Stärkung der primärqualifizierenden Pflegestudiengänge, die durch mangelhafte Finanzierungsmodelle in ihrem Fortgang bedroht sind, zum Ausdruck gebracht worden wäre.

Der Koalitionsvertrag sprach sich dafür aus, das Personalbemessungsinstrument PPR 2.0 rasch umzusetzen, ein Instrument, das von den Pflegeverbänden, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und ver.di favorisiert und eingebracht wurde. Ein Jahr später ist die Umsetzung noch nicht erfolgt.

Immerhin ist ein Gesetzentwurf auf dem Weg, der jedoch die ursprüngliche Absicht mit Formulierungen „in Anlehnung an die PPR 2.0“ verwässert und außerdem dem Finanzministerium bei jedem Schritt ein Mitspracherecht einräumt. Im selben Gesetzgebungsverfahren ist eine Maßnahme zur sogenannten Ambulantisierung aufgenommen worden: Alle geeigneten Behandlungen sollen als Tagesintervention durchgeführt werden und so die Nachtdienste der Pflege entlasten. Nun ist einzuwenden, dass Patient:innen, die sicher nach Hause entlassen werden können, kaum das Arbeitsvolumen der Nachtdienste belasten dürften. Mit anderen Worten: So betrachtet, verbleiben die pflegeintensiven Patient:innen auf perspektivisch weniger Pflegepersonen. Dabei ist die ambulante Durchführung von dafür geeigneten Interventionen grundsätzlich zu begrüßen, insbesondere in darauf in ihren Prozessen eingestellten, wohnortnahen Strukturen wie zum Beispiel Gesundheitszentren.

Mit Spannung darf die zukünftige Arbeit des Deutschen Pflegerats betrachtet werden, der in seiner Funktion als Dachverband die Stimme für 18 Pflegeverbände ist. Er wird – wie im Koalitionsvertrag vorgesehen – mindestens in dieser Legislatur finanziell unterstützt und soll damit die Gelegenheit bekommen, die politische Interessenvertretung der Pflegenden weiter zu professionalisieren. Aufhorchen lässt in einschlägigen Papieren die paternalistisch anmutende Formulierung der Absicht einer Evaluation, ob der Deutsche Pflegerat dieser Aufgabe gerecht wird. Es wird mit großem Interesse zu verfolgen sein, welche Kriterien dazu angelegt werden und wer diese definiert.

Auf dem Deutschen Pflageetag Anfang Oktober hat Gesundheitsminister Lauterbach viel anerkennende Worte für die Leistungen der Pflegenden bekundet und Wertschätzung geäußert. Diese würde sich idealerweise auch in einer stärkeren Besetzung mit pflegepraktischer und pflegewissenschaftlicher Expertise in den beratenden

Gremien ausdrücken. Hier ist deutlich Nachholbedarf zu verzeichnen.

Weitere Bearbeitung wird auch der Zustand der Sozialen Pflegeversicherung erfordern. Nun gibt es für die Beschäftigten zwar die Tariftreue-Regelung, ihre Effekte bleiben abzuwarten. Viel spricht dafür, dass sie nur zu weiterer Verdichtung in der Arbeit führt. Denn die Kassen der Sozialen Pflegeversicherung sind leer. Es wird neue Lösungen brauchen, um den Teufelskreis von „mehr Entlohnung führt zu Mehrbelastung der Pflegebedürftigen“ aufzubrechen und das Ausspielen zweier Gruppen zu beenden, die sich um die Betreuung der alten Menschen kümmern.

Wie sieht es nun mit weiteren wichtigen Ankündigungen im Koalitionsvertrag aus? Die Aussicht auf Einführung des Berufsbilds der Community Health Nurse ist von der professionellen Pflege sehr positiv aufgenommen worden, ganz besonders vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V., der sich seit einigen Jahren dafür engagiert und grundlegende Konzeptionsarbeit zu Aufgaben- und Leistungsspektrum sowie zur Master-Qualifizierung einer Community Health Nurse geleistet hat. Er sieht darin eine wesentliche Maßnahme, um auch in Zukunft wohnortnah eine Gesundheitsversorgung als Teil der Daseinsvorsorge zu sichern. Die Veröffentlichung eines Eckpunktepapiers steht noch aus, dennoch sind bereits altbekannte Beharrungskräfte am Werk, die einem deutlich multiprofessioneller aufgestellten Versorgungsgeschehen entgegenstehen. Da als Arbeitsort für die Community Health Nurse insbesondere Primärversorgungszentren, auch Gesundheitskioske, denkbar wären, ist die Entwicklung für diese neuen Versorgungsmodelle eine weitere wichtige Variable. 1000 Gesundheitskioske sind angekündigt, im Moment kämpft jedoch das „Blaupausen-Beispiel“, der über den Innovationsfonds entwickelte Kiosk in Hamburg-Billstedt, um seine Zukunft. Politische Arbeit zugunsten von Primärversorgungszentren als womöglich geeigneterem Modell für den ländlichen Raum ist aktuell gar nicht zu verzeichnen.

Von herausragender Bedeutung für die berufliche Pflege und ihre professionelle Qualität wird schließlich sein, ob und wie die im Koalitionsvertrag genannten Maßnahmen für die Bildung in der Pflege auf den Weg gebracht werden. Dies betrifft die bundesweite Vereinheitlichung der Pflegeassistentenausbildungen, die in den Bundesländern sehr unterschiedliche Formate und Inhalte aufweisen und daher häufig eine durchlässige Qualifizierung verunmöglichen. Viel wird außerdem davon abhängen, die primärqualifizierenden Studiengänge so aufzustellen, dass die Finanzierung eines solchen Studiums gelingt und die Nachfrage steigen kann. Zehn Jahre nach der Empfehlung des Wissenschaftsrats einer Akademisierungsquote von 10-20% liegt diese erst unter 2%. Das ist für die Qualität der Versorgungspraxis ein kritischer Befund, ebenso wie für deren weitere Entwicklung und die internationale Anschlussfähigkeit Deutschlands. Denn der Bachelor-Abschluss ist Voraussetzung für Master-Studiengänge, die Advanced Practice Nurses – darunter auch die Community Health Nurses – ausbilden und die im komplexen Versorgungsgeschehen zunehmend gebraucht werden. Alle Ausbildung des pflegerischen Nachwuchses kann darüber hinaus nur gelingen, wenn qualifiziertes Lehrpersonal zur Verfügung steht. Bereits jetzt klaffen Lücken an den Pflegehochschulen, und auch an den Hochschulen fehlt es an Lehrpersonal. Für die Sicherung und Weiterentwicklung der pflegerischen Bildung ist Eile angesagt, denn alle Maßnahmen in diesem Bereich brauchen Zeit.

Eile und Reformmut sind insgesamt geboten angesichts der demografischen Entwicklung. Aktuell sind rund 36.000 Stellen in der Pflege als nicht besetzt gemeldet. Der eigentliche Bedarf jedoch wird auf etwa 200.000 Stellen geschätzt. Prognosen, die auf der weiteren Morbiditätsentwicklung fußen, liegen bei einem Bedarf von etwa 500.000 im Jahr 2030. Dabei ist noch nicht einmal ganz klar, welche Pflegequalität damit abgebildet werden kann – also ob damit nur „satt und sauber“ sichergestellt wird oder ob auch Ansprüche wie die Erfüllung individueller

Unterstützung, als Person wahrgenommen zu werden oder die professionelle Aufmerksamkeit für Warnsignale von Körper und Seele damit abgedeckt werden.

Vor diesem Hintergrund bewegt die Ampel viel zu wenig und lässt an Tempo vermissen. Die Zeit, die der Regierung in der aktuellen Legislatur zum Handeln bleibt, schmilzt dahin. Das kommende Jahr wird daher herausragend bedeutsam für eine Vielzahl an wichtigen Weichenstellungen für die zukünftige Verfügbarkeit professioneller Pflege und damit für die Sicherung der Grundversorgung für die Bevölkerung.

Hilfsmittelpolitik – zwischen Innovations- drang und Hindernissen



Oda Hagemeier

Geschäftsführerin
eurocom e.V. – European
Manufactures Federation for
Compression Therapy
and Orthopaedic Devices

Die mittelständisch geprägte Hilfsmittelindustrie versorgt jährlich Millionen Menschen. Sie ist Wirtschaftskraft, Arbeitgeber, Innovationstreiber und integraler Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems.

Mit patientenindividuellen Produkten sichert sie die Versorgungsqualität und entlastet durch konservative Therapieoptionen andere Bereiche – z. B. während der Covid-19-Pandemie, als aufgrund von überlasteten Kliniken operative Eingriffe verschoben werden mussten.

Gute Gesundheitspolitik bedeutet daher auch, ein innovationsfreundliches Umfeld und zukunftsfähige wirtschaftliche Rahmenbedingungen für diese Branche zu schaffen.

Mit einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung, qualitativ hochwertiger Medizin, einer „High-Medizintechnik“, besserer Datennutzung und der Stärkung des Mittelstandes zeigt der Koalitionsvertrag diesbezüglich einige gute Ansätze auf, die jedoch ausgestaltet und umgesetzt werden müssen. Wie also ist der Stand nach gut einem Jahr Ampel-Regierung? Was bleibt zu tun?

Finanzierung

Die signifikante finanzielle Schieflage des deutschen Gesundheitssystems hat sich über Jahrzehnte angebahnt und wurde durch Pandemie und Krieg nur weiter verschärft. Aufgabe der Regierung muss nun sein, echte Reformen einzuleiten, um die Finanzierung dauerhaft sicherzustellen.

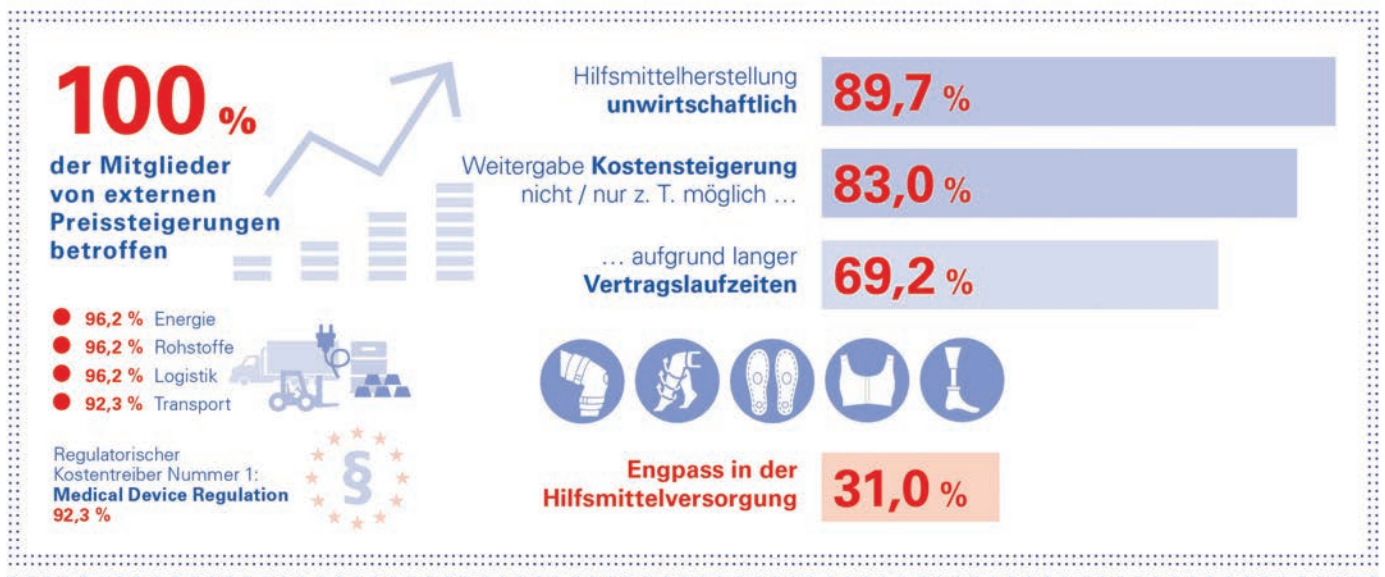
Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz betreibt jedoch lediglich Symptombekämpfung – und verteilt die Last dabei vor allem auf die Beitragszahler. Viele Chancen, nachhaltige Entlastung zu schaffen, wurden vertan. Eine Möglichkeit wäre die einheitliche Senkung der Mehrwertsteuer für Hilfsmittel auf 7 Prozent. Neben direkten Einsparungen würde hierdurch eine substanzielle Entbürokratisierung ermöglicht. Denn bisher werden vergleichbare Hilfsmittel je nach Hauptzollamt unterschiedlich eintarifiert. Das ist sachlich unbegründet, verwirrend und führt in der Praxis immer wieder zu Abrechnungsproblemen mit Krankenkassen.

Aktuelle weltpolitische Entwicklungen sind auch an der Hilfsmittelindustrie nicht spurlos vorbeigezogen. Die Ergebnisse der eurocom-Mitgliederbefragung sind ebenso deutlich wie besorgniserregend. 100 Prozent der Befragungsteilnehmer verzeichnen im Vergleich zu 2021 Kostensteigerungen durch gestiegene Energie- und Rohstoffpreise, Logistik- und Transportkosten. 83 Prozent können diese gar nicht oder nur teilweise an den Markt weitergeben. Als Hauptursache identifizieren 69,2 Prozent der Befragten die langjährige Festlegung der Erstattungspreise in den Versorgungsverträgen. Für 89,7 Prozent hat dieser Trend unwirtschaftliche Auswirkungen. 31 Prozent befürchten schon jetzt einen Engpass in der Hilfsmittelversorgung. Grund dafür sind zum einen gestörte Lieferketten. Viele Vorproduzenten und Zulieferer geraten in wirtschaftliche Schieflagen, sodass Ware nicht

mehr bezogen werden kann. Um die drastischen Kostensteigerungen abzufedern und Effizienzen zu heben, muss im Zweifelsfall außerdem die Produktion bestimmter Nischenprodukte eingestellt werden. Für Menschen, die auf solche Hilfsmittel angewiesen sind, hätte dies gravierende Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsversorgung.

Sowohl die Entlastungspakete der Regierung als auch die Pläne für eine ernsthafte Notlage müssen die Hilfsmittelindustrie berücksichtigen. Außerdem sollten Festbeträge und Vertragspreise mit Krankenkassen nach objektiven Kriterien flexibel anpassbar sein – um eine adäquate medizinische Versorgung und gesellschaftliche Teilhabe weiterhin zu gewährleisten.

EXTERNE KOSTENTREIBER GEFÄHRDEN VERSORGUNGSSICHERHEIT



eurocom-Mitgliederbefragung 2022

Innovationen

Die deutsche Hilfsmittelindustrie lebt davon, fortlaufend innovative Produkte zu entwickeln. Doch die im Koalitionsvertrag versprochene „High-Medizintechnik“ muss nicht nur „made in Germany“ sein, sondern den Patienten in diesem Land auch tatsächlich zugutekommen. Hierfür ist ein Umfeld notwendig, in dem es Innovationen schnellstmöglich in die Versorgung schaffen und ihre Wirkung entfalten können. Die momentane Situation wird diesem Anspruch nicht gerecht.

Ein Großteil der Anträge zur Aufnahme von neuartigen Hilfsmitteln ins Hilfsmittelverzeichnis (HMV) – auch das zeigt die Mitgliederbefragung der eurocom – wird abgelehnt. Nachdem pandemiebedingt viele Markteinführungen verschoben werden mussten, wird gerade jetzt verstärkt in Innovationen investiert. Der Prozess zur Aufnahme in das HMV, und damit faktisch in den Versorgungsalltag, ist jedoch an vielen Stellen intransparent und mit Unsicherheit verbunden. Ein standardisiertes Verfahren, vor allem zum medizinischen Nutznachweis, sowie verbindliche Aussagen des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) im Beratungsgespräch wären erste Schritte, um die Situation zu verbessern.

Mit dem Fast-Track-Verfahren für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) hat der Gesetzgeber versucht, eben solchen Schwächen vorzubeugen und einen transparenten Prozess mit klaren Anforderungen für digitale Innovationen zu schaffen. Dieses Ziel ist explizit zu begrüßen und die Idee des Fast Tracks auch international ein Vorbild.

In der Praxis jedoch gibt es einige Fallstricke, die u. a. dazu führen, dass sich der Prozess zunehmend verlangsamt und an Planbarkeit verliert. Nicht nur sind die Anforderungen an Nachweise bezüglich Versorgungseffekten und Informationssicherheit extrem hoch, sie verändern sich zudem stetig. Somit müssen die Apps häufig noch während des Fast-Track-Verfahrens entsprechend angepasst werden. Auch die Fristen zur Fehlerbehebung nach Rückmeldung vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sind oftmals zu kurz. Die Konsequenzen: Ungefähr die Hälfte der Anträge wird noch im Prozess zurückgezogen. Viele Investoren, die für den Start-Up-geprägten DiGA-Markt essenziell sind, werden durch die Unsicherheiten abgeschreckt.

GRÖSSTES INNOVATIONSCHEMMNIS FÜR MEDIZINISCHE HILFSMITTEL IN DEUTSCHLAND



eurocom-Mitgliederbefragung 2022

Digitalisierung

Die DiGA als wichtiges Projekt der letzten Legislaturperiode sind eingebettet in den größeren Kontext der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Die Relevanz dieses Bereichs ist auch Professor Lauterbach nicht entgangen. Im Rahmen der Messe Digital Medical Expertise & Applications (DMEA) 2022 sagte er, dass er sich nicht nur als Gesundheits- sondern auch als „Digitalisierungsminister“ verstehe.

Die nächsten Jahre werden zeigen, ob er seinem Selbstverständnis gerecht werden kann. Es steht eine Reihe an Themen auf der Agenda, welche die Zukunft der Digitalisierung und damit des gesamten Gesundheitswesens maßgeblich mitbestimmen werden.

Die geplante Opt-out-Regelung für die elektronische Patientenakte ist sicherlich zu begrüßen. Die schleppende Umsetzung des E-Rezepts macht jedoch deutlich, dass Datenschutz-Bedenken die Digitalisierung noch immer ausbremsen.

Sollte das E-Rezept in der Praxis anwendbar sein, muss zudem noch sichergestellt werden, dass es über den Arzneimittelbereich hinaus einsetzbar ist. Denn die unterschiedlichen Anforderungen an die Verordnung von Hilfsmitteln müssen unbedingt mitbedacht werden. In diesem Zuge muss sichergestellt werden, dass der Patient seine persönliche Versorgung frei wählen kann, die Therapiehoheit beim Arzt liegt und dieser weiterhin die Möglichkeit hat, Produkte zu verordnen, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind.

Neben der elektronischen Patientenakte (ePA) und dem E-Rezept als zentrale Säulen der Digitalisierung des Gesundheitswesens gewinnt das Thema ‚Datennutzung‘ zunehmend an Bedeutung.

Im Koalitionsvertrag hat die Bundesregierung ein „Registergesetz und ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz“ angekündigt. Wenige Monate später stellte die EU-Kommission ihren Vorschlag für eine Verordnung über den europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) vor.

Vor diesem Hintergrund müssen nun auch die nationalen Regelungen ausgestaltet und umgesetzt werden.

Im Rahmen von geltenden Datenschutz- und Sicherheitsstandards muss gewährleistet werden, dass medizinische Routinedaten für die industrielle Gesundheitswirtschaft in standardisierter Form zugänglich sind. So können Versorgungsprozesse abgebildet und untersucht, medizinische Evidenznachweise erleichtert und gesundheitsökonomische Betrachtungen verschiedener Behandlungsmethoden durchgeführt werden – und so kann die Digitalisierung den Patienten tatsächlich zugutekommen.

Europäische Gesetzgebung und deutsche Debatten

Auf europäischer Ebene stehen neben dem EHDS eine Reihe weiterer Gesetzesinitiativen an, die auch für die europäische Medizinprodukteindustrie von Bedeutung sind. Dazu gehören die Novellierung der Produkthaftungsrichtlinie, die KI-Verordnung, die Überarbeitung der Verpackungsrichtlinie sowie die Richtlinie zu unternehmerischen Sorgfaltspflichten.

Hier müssen Sicherheits- und Nachhaltigkeitsbelange zwar einen hohen Stellenwert haben, allerdings müssen auch die richtigen Lehren aus der Medical Device Regulation (MDR) gezogen werden. Denn im Zuge der Überarbeitung des EU-Medizinprodukterechts wurde Gesetzgebung im Vakuum betrieben. Bestimmte Produktbereiche und wirtschaftliche Dynamiken wurden dabei komplett ausgeblendet. Um dies zu verhindern und eventuelle Schwachstellen, die sich in der Praxis auftun, frühstmöglich zu erkennen, ist es unumgänglich, alle betroffenen Akteure in den Gesetzgebungsprozess einzubeziehen.

Außerdem sollte die Politik aktuelle Debatten rund um den deutschen Hilfsmittelmarkt zielführend moderieren. So z. B. die Vorschläge, die das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) in seinem Sonderbericht zur Hilfsmittelversorgung macht. Die Bundesoberbehörde stellt erhebliche Schwachstellen im bestehenden System fest und bemängelt vor allem eine teilweise zu geringe Vertragsabdeckung seitens der Krankenkassen.

In Konsequenz spricht sie sich für eine Abkehr vom wettbewerbsbasierten Vertragsmodell und für eine Rückkehr zu landesweit einheitlichen Versorgungsverträgen aus. Hilfsmittelhersteller stünden zwar nicht in der Kritik, betont das BAS explizit, dass sich eingehende Beschwerden zumeist nicht auf die Produktqualität beziehen. Nichtsdestotrotz treffen grundlegende Veränderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen die ganze Branche. Die Bewertung des BAS muss nun sorgfältig geprüft und entsprechende Konsequenzen müssen in einem Dialog mit allen betroffenen Akteuren diskutiert werden.

Zudem befasst sich die Politik mit dem Thema Mehrkostenregelung. Möchten Versicherte ein Hilfsmittel haben, welches über das medizinisch notwendige Maß hinausgeht, müssen sie die dadurch entstehenden Mehrkosten selbst tragen. Schon jetzt wird vom GKV-SV in Fortschreibungen des Hilfsmittelverzeichnisses festgelegt, dass die Entscheidung für ein mit Mehrkosten verbundenes Hilfsmittel begründet und durch die Leistungserbringer (wie den Sanitätsfachhandel oder die Apotheken) dokumentiert werden muss. Hier werden Hürden errichtet, um Leistungen in Anspruch zu nehmen, die die Solidargemeinschaft nicht belasten. Die Position, dass der GKV-SV damit seine Kompetenz überschreitet, wird auch durch ein neues Rechtsgutachten von Professor Helge Sodan (Freie Universität Berlin) gestärkt, welches heraushebt, dass solche Begründungspflichten in die Privatautonomie von Leistungserbringern und Versicherten eingreifen.

Vor diesem Hintergrund sollte davon ausgegangen werden, dass diese Auffassung auch vom Gesetzgeber geteilt wird. Dieser muss in Folge die Vorgehensweise des GKV-Spitzenverbandes unterbinden. Eine gesetzliche Neuregelung ist hingegen nicht notwendig und würde lediglich vermeidbare Bürokratie verursachen.

Fazit

Finanzierung sichern, Innovationen fördern, Digitalisierung nutzen, Entwicklungen steuern.

Die nächsten drei Jahre sind voll mit Themen, die den Markt der medizinischen Hilfsmittel und Digitalen Gesundheitsanwendungen direkt oder indirekt betreffen. Nun ist es Zeit, die Ansätze aus dem Koalitionsvertrag in konkrete politische Aktionen zu übersetzen, die den Patienten zugutekommen, und aktuelle Entwicklungen durchdacht und im Austausch mit allen relevanten Akteuren zu begleiten – für ein System, das sich Veränderungen anpasst und eine qualitativ hochwertige Versorgung langfristig sicherstellt.



www.eurocom-info.de



Rechtsgutachten von
Prof. Helge Sodan zur
Hilfsmittelversorgung

Koalitionsvertrag erfüllen heißt Apotheken stärken



Gabriele Regina Overwiening Präsidentin ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände

Nach einem Jahr Ampel-Koalition blickt ABDA-Präsidentin Overwiening mit großen Erwartungen auf die kommenden Reformen in der laufenden Legislaturperiode. Für sie ist unabdingbar, dass die resilienten Strukturen der lokalen Arzneimittelversorgung durch öffentliche Apotheken gestärkt werden müssen, um das Gesundheitswesen insgesamt krisenfest aufzustellen.

Einleitung

Was lange währt, wird endlich gut – das musste man für die langwierige Regierungsbildung vor fünf Jahren hoffen. Nach der jüngsten Bundestagswahl am 26. September 2021 ging es zügig: SPD, Bündnis90 / Grüne und FDP unterzeichneten bereits am 7. Dezember 2021 den Koalitionsvertrag der neuen Ampel-Regierung. Aber ist das Ergebnis gut? Unter dem Titel „Mehr Fortschritt wagen“ stand das Kapitel „Pflege und Gesundheit“ – auf immerhin 9 von insgesamt 177 Seiten. Für die Apotheken waren einige interessante Aspekte dabei: Das Vor-Ort-Apothekenstärkungsgesetz (VOASG) von 2020 möge novelliert werden, um eine bessere Honorierung der Pharmazeutischen Dienstleistungen zu erzielen und um Effizienzgewinne innerhalb des Finanzierungssystems zu nutzen. Darüber hinaus möge der Nacht- und Notdienstfonds (NNF) zu einem Sicherstellungsfonds umgewandelt werden. Notfallbotendienste sollen in der ambulanten Notfallversorgung verordnungsfähig werden. Die Apothekenbetriebsordnung soll flexibilisiert und an integrierte Notfallzentren angepasst werden.

Aber die Apothekerinnen und Apotheker interessiert auch das weitere Umfeld von Arzneimitteln, Digitalisierung und Strukturen, um sich auf Zukunftsszenarien vorbereiten und diese auch mitgestalten zu können. Bei den Arzneimittelpreisen liegt im Koalitionsvertrag der Schwerpunkt auf einer Begrenzung zugunsten der Krankenkassenbudgets. Auch das Etablieren von Arzneimittelproduktion in Europa ist ein Anliegen der Koalition. Bei der Digitalisierung sollen das E-Rezept beschleunigt eingeführt und telemedizinische Leistungen wie Arzneimittelverordnungen regelhaft ermöglicht werden. Beim Umbau von Institutionen ist die Liste für die laufende Legislaturperiode besonders lang: So sollen gematik, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gemeinsamer Bundesausschuss und Unabhängige Patientenberatung Deutschland allesamt reformiert werden. Dazu kommen weitere Themen wie Bürokratieabbau, Cannabislegalisierung und Gesundheitsregionen.

Rückblick

Der Überfall Russlands auf die Ukraine am 24. Februar 2022 hat Deutschland und die Welt fassungslos, wütend und traurig gemacht. Staat und Gesellschaft haben deshalb innerhalb weniger Tage zusammen daran gearbeitet, dass Hunderttausende fliehende Frauen, Männer und Kinder gepflegt, untergebracht und versorgt werden konnten. Auch viele Apothekerinnen und Apotheker haben ihren Beitrag zu dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe geleistet – sei es bei ehrenamtlichen Hilfsorganisationen, in lokalen Nachbarschaftsinitiativen oder durch improvisierte sympathische Offizinberatung mit Händen und Füßen. Dass in diesem menschlich tragischen, aber eben auch militärischen, wirtschaftlichen und energiepolitischen Spannungsfeld nicht einfach ein zuvor geschlossener Koalitionsvertrag abgearbeitet werden kann, ist kaum verwunderlich. Gleichwohl lassen sich drei Beobachtungen machen, die aus Sicht der Apothekerschaft bemerkenswert sind.

Erstens: Der Pandemie-Modus geht leider immer noch weiter. Gesetze wie das Infektionsschutzgesetz werden immer wieder abgeändert und modifiziert. Zeitlich befristete Verordnungen werden oft im letzten Moment noch verlängert, sodass Leistungserbringer oft gar nicht genau wissen, ob sie morgen noch dieselben Leistungen erbringen dürfen wie heute – und auch nicht zu welchem Abrechnungspreis. Dieser Pandemie-Modus war in den beiden Jahren 2020 und 2021, als man mit Schnelltestmangel oder Impfstoffknappheit zu kämpfen hatte, sicher unvermeidlich. Im Jahr 2022 wirkt dieser Modus jedoch nicht mehr situationsgerecht. Man kann das Phänomen dem neuen Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach zuschreiben, der in dieser Hinsicht mit Fachwissen und Detailkenntnis glänzt und deshalb seine Hauptaufgabe in der Pandemie-Bekämpfung sieht.

Auch das anhaltende Gerangel zwischen Bund und Ländern, wer welche Masken- oder Impfpflicht wo genau umsetzt oder eben nicht, ist nicht förderlich. Dass die Corona-Pandemie bereits vorbei und deshalb komplett zu ignorieren sei, glaubt allerdings auch niemand innerhalb der naturwissenschaftlich orientierten Apothekerschaft.

Zweitens: Kurzfristige Einsparungen für die Krankenkassen haben Priorität vor einer langfristigen Finanzierung des Gesundheitswesens. Das sogenannte GKV-Finanzstabilisierungsgesetz, das am 11. November 2022 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurde, ist das – in Anführungszeichen – beste Beispiel für diesen Jahrestrend. Das Bundesgesundheitsministerium musste damit selbst zugeben, dass die großen Gesundheitsreformen in diesem Jahr noch verschoben wurden. Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz sollen – wie der Minister argumentiert – alle Beteiligten im Gesundheitswesen ihren finanziellen Beitrag leisten – von den Versicherten über den Bundeshaushalt und die Apotheken bis zu den Arztpraxen. Aber gerade bei den Apotheken fällt es schwer, zu verstehen, warum eine Erhöhung des Apothekenabschlags zugunsten der Kassen von 1,77 auf 2,00 Euro – und damit eine Kürzung des Honorars pro Arzneimittel – für den Zeitraum vom 1. Februar 2023 bis 31. Januar 2025 vorgesehen ist. Bei Milliardenlöchern diejenigen Leistungserbringer heranzuziehen, die die geringsten Kosten verursachen, in der Pandemie am resilientesten waren, seit fast zehn Jahren keine Honorarerhöhung mehr hatten und nun hohe Lohn- und Energiekosten verkraften müssen, entbehrt jeder Logik. Da wird am falschen Ende gespart! Gerade das Argument des Hebens von Effizienzreserven trifft bei Apotheken nicht zu. Sie sind seit Jahren auf äußerste Effizienz getrimmt.

Drittens: Im ersten Jahr der Ampel-Koalition haben die öffentlichen Apotheken gleich ganz neue Aufgaben übernommen. Da sind zunächst die Pharmazeutischen Dienstleistungen, die seit Juni 2022 Millionen Menschen kostenlos angeboten werden können, wie zum Beispiel die „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ für ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten. Ein wichtiges Signal! Ebenso folgerichtig ist das Überführen von Modellprojekten zur Gripeschutzimpfung in die Regelversorgung. Wenn viele Patientinnen und Patienten keine Hausarztpraxis haben oder deren Öffnungszeiten für sie nicht passen, werden nun entsprechend geschulte Apotheken die Gripeschutz-Impfquote erhöhen helfen! Was in anderen Ländern funktioniert, wird auch in Deutschland klappen! Und nicht zuletzt das im September 2022 in zwei Testregionen eingeführte und für den bundesweiten Rollout im Jahr 2023 vorgesehene E-Rezept ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Trotz zahlreicher Hürden stehen die Apotheken schon längst bundesweit bereit, um ankommende E-Rezepte einzulösen. Auch hier zeigt sich, dass ein mutiges Voranschreiten zuerst viel Überwindung bei sich selbst und anderen kostet, später aber viele Optionen eröffnet.

Ausblick

Wenn das Jahr 2022 aus Sicht der Apotheken vom durchaus anstrengenden Kleinklein einer Pandemiefortführung, Spargesetzgebung und Leistungsausweitung geprägt war, so könnte das kommende Jahr 2023 weitaus grundsätzlichere Weichenstellungen bereithalten. Es ist gut möglich, dass Bewegungen entstehen und Entscheidungen fallen, die das Gesundheitswesen über Jahre und Jahrzehnte beeinträchtigen und verändern werden. Drei Aspekte fallen ins Gewicht.

Das Jahr 2023 wird weiterhin vom Ukraine-Krieg beeinflusst werden, auch wenn er hoffentlich bald beendet sein wird. Neben dem menschlichen Leid werden die energiepolitischen und globalökonomischen Effekte – von Warenströmen bis Inflationsraten – uns noch lange beschäftigen. Auch in den Apotheken steigen die Kosten für Warmwasser, Heizung und Strom, der nicht zuletzt zum Kühlen von Impfstoffen erforderlich ist. Da bislang im Bundeshaushalt nur ein Rettungspaket für Krankenhäuser geschnürt wurde, lautet die Frage, ob ambulante Leistungsträger wie Apotheken auch andere Rettungsschirme, wie solche für Klein- und Mittelständler, zu annehmbaren Konditionen in Anspruch nehmen können. Und: Werden sie überhaupt ausreichen?

Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz war zwar nur kurzfristig gemacht, aber immerhin doch langfristig gedacht. So steht dort auch geschrieben, dass das Bundesministerium für Gesundheit bis Ende Mai 2023 Empfehlungen für eine stabile Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen – vor allem auf der Ausgabenseite – erarbeitet. Im Laufe des nunmehr abgeschlossenen Spargesetzes steht Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach allerdings im Wort bei den Apothekerinnen und Apothekern – er hat fest zugesagt, dass es dieses Mal keine Kürzungen bei Apotheken geben wird. An diesen Worten sollte und muss der Berufsstand ihn messen!

Neben den Finanzen sollen auch die Strukturen im Gesundheitswesen ab 2023 grundlegend reformiert werden. Mit dem vor wenigen Wochen vorgelegten Eckpunktepapier zur Cannabislegalisierung liegt ein prominentes Beispiel bereits vor. Allerdings ist die Unsicherheit über das eigene Vorgehen offenbar so groß, dass man schon vor

dem Ausformulieren eines Gesetzentwurfes die Meinung der Europäischen Kommission zur Europarechtskonformität einholt. Ein anderes Beispiel ist die Notfallversorgung. Hier sollen ambulante und stationäre Angebote noch besser koordiniert und ergänzt werden, um Lücken durch Multiprofessionalität und Integration zu schließen. Für Apotheken sind Schlagworte wie „verordnungsfähige Notfallbotendienste“ und „Flexibilisierung der Apothekenbetriebsordnung“ in diesem Kontext relevant. Letztlich wird es darum gehen, wie sich Staat und Gesellschaft eine flächendeckende Versorgung vorstellen. Auch hier gibt es das Versprechen des Bundesgesundheitsministers Prof. Lauterbach, die Apothekerinnen und Apotheker in die Gestaltung einer Strukturreform früh einzubeziehen.

Fazit

Mit der Stärkung von Pharmazeutischen Leistungen und Nacht- und Notdienstfonds hält der Ampel-Koalitionsvertrag aus Sicht der Apothekerschaft ein paar richtungsweisende Vorhaben für die gesundheitspolitische Legislaturperiode bereit. Der Ukraine-Krieg und seine Folgen beschäftigen Staat und Gesellschaft nun aber anderweitig. Die Pandemie-Bewältigung, ein Krankenkassen-Sparge-

setz und die Leistungsspektrum-Erweiterung waren für die Apotheken die wichtigsten Etappenziele im Jahr Eins von Kanzler Scholz und Minister Lauterbach. Teils aus akutem Handlungsbedarf, teils aus steigendem Erwartungsdruck stehen nun weitere gesundheitspolitische Aufgaben an: ein Rettungsschirm gegen die galoppierende Inflation, eine Reform der Krankenkassenausgaben und eine Strukturreform mit ambulant-stationärer Neujustierung. All diese Aufgaben sind notwendig und wichtig. Die Apotheken dürfen dabei nicht unter die Räder geraten: Sie erbringen eine ambulante Grundversorgung, leisten wichtige soziale Aufgaben und sind eine tragende Säule der Infrastruktur. Als kleine, flexible Einheiten vor Ort haben die Apotheken gerade in den vergangenen Corona-Jahren ihre enorme Resilienz unter Beweis gestellt. Das steht letztlich auch im Koalitionsvertrag – mal ganz explizit, mal zwischen den Zeilen. Hier gilt: Was sich schon lange bewährt hat, ist gut – und sollte deshalb unbedingt gestärkt werden.

Ein Jahr Ampel – Eine gesundheitspolitische Signalstörung



Dr. Kai Joachimsen, MBA

Hauptgeschäftsführer
Bundesverband der
Pharmazeutischen
Industrie e.V. (BPI)

Der einseitige Fokus auf die Preisbildung bei Arzneimitteln übersieht die Ausgabensteigerungen aufgrund anderer Faktoren, wie einer alternden Bevölkerung, mehr Versicherten und entsprechend wachsenden Verordnungszahlen sowie gestiegener medizinischer Möglichkeiten.

Bereits der Amtsantritt von Prof. Dr. Karl Lauterbach wurde vielerorts sehr kritisch gesehen. Denn wer in Talkshows durch „Corona-Kompetenz“ auffällt, muss noch lange kein guter Bundesgesundheitsminister sein.

Vielmehr scheint Prof. Lauterbach bei der Besetzung des neuen Kabinetts zur richtigen Zeit am richtigen Ort gewesen zu sein und vom kurzzeitigen Aufflackern seiner Popularität zu profitieren. Das macht ihn aber nicht automatisch zu jemandem, der sich die Nöte und Sorgen der verschiedenen Interessengruppen anhört. Und tatsächlich: Mit jeder Woche im Amt wurde auch noch dem optimistischsten Stakeholder im Gesundheitswesen klar, dass Karl Lauterbach weder auf Dialog noch auf Problemmanagement setzt. Lieber brüstete er sich regelmäßig damit, dass er Verbandsvertretern wie denen der Pharmaindustrie erfolgreich aus dem Weg geht. Dies tut er jedoch auch bei den meisten anderen Experten im Gesundheitswesen. Dabei sind die Zeiten schwierig wie nie, der Pharmastandort Deutschland ist ernsthaft in Gefahr und damit auch die Arzneimittelversorgung. Das haben wir immer wieder dargelegt und wiederholt Gesprächsangebote gemacht. Diese wurden eher halbherzig behandelt.

Schon vor dem Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine litt die pharmazeutische Industrie unter gestörten Lieferketten und stark steigenden Kosten. Einer der Gründe hierfür ist die Abhängigkeit in der Beschaffung von Wirk- und Hilfsstoffen vor allem von Asien (China, Indien). Diese Entwicklung, wurde maßgeblich durch die teils ruinösen Rabattvertragsregelungen in Deutschland vorangetrieben, die eine hiesige Arzneimittelproduktion oftmals nicht mehr zulassen. Jeder weiß das! Die nun dramatisch ansteigenden Energiekosten, die enorm gestiegenen Kosten für Roh- und Grundstoffe sowie die steigende Inflation führen zu inzwischen bedrohlichen finanziellen Belastungen der Unternehmen, was wiederum weitere Lieferengpässe begünstigt.

Dessen ungeachtet hat der Bundestag das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz beschlossen. Trotz erheblicher Widerstände im Bundesrat – insbesondere zum Thema der Arzneimittelversorgung – und heftiger Kritik von uns und allen Stakeholdern im Gesundheitswesen, einschließlich der Krankenkassen. Wir haben oft wiederholt und an allen Stellen und Kontaktpunkten deutlich gemacht, dass dieses Gesetz seinen Namen nicht verdient. Im Gegenteil: Es führt zur Destabilisierung der Gesundheitsversorgung und schwächt insbesondere den Pharmastandort nachhaltig und erheblich. Besonders absurd: Trotz alledem erreicht das Gesetz noch nicht einmal das Ziel hinreichender Einsparungen.

Stolperstart

Bereits der legislative Weg des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes war bemerkenswert unprofessionell. Zunächst kündigte Minister Lauterbach den Gesetzentwurf in der Woche vor Bekanntwerden öffentlich an. Kurz danach war von einem bloßen „Ressortvorhaben“ des Bundesgesundheitsministeriums die Rede. Prof. Lauterbach selbst sagte, die Bezeichnung „Referentenentwurf“ sei fehlerhaft. Daraufhin stockte das Verfahren. Mit dem Bundesfinanzministerium sei der Entwurf noch nicht abgestimmt – eine nur halb versteckte Rüge von Herrn Lindner. Immerhin war im Entwurf von einem Steuerzuschuss die Rede. Es rumpelte unter den Koalitionären, was wohl auch dem chaotischen Führungsstil des Gesundheitsministers geschuldet ist. Das erste „offizielle“ Gesetzgebungsverfahren wurde daraufhin im Bundeskanzleramt „gestoppt“. Es folgte ein neuer Anlauf, nun mit Ressortabstimmung. Schlussendlich erblickte Wochen später der tatsächliche Referentenentwurf das Licht der Verbandswelt. Für eine Stellungnahme der komplexen Vorhaben räumte man den Verbänden nur wenige Tage ein.

Falsche Annahmen

Die dem Referentenentwurf zugrunde liegende Annahme, dass mit einem singulären Blick auf die Ausgaben im Jahr 2021 überproportional steigende Arzneimittelausgaben an den GKV-Defiziten zentral verantwortlich seien, ist faktisch falsch. Der Anstieg der GKV-Ausgaben geht zu 75 % auf Ausgabensteigerungen im Bereich Krankenhaus und ärztlicher Leistungen und auf eine Flut an versicherungsfremden Leistungen zurück, welche die GKV insbesondere während der Pandemie hat tragen müssen. Auch hier ist der Staat seiner Verantwortung in der Daseinsfürsorge nicht gerecht geworden, sondern hat der GKV immer mehr Leistungen aufgebürdet.

Der einseitige Fokus auf die Preisbildung bei Arzneimitteln übersieht die Ausgabensteigerungen aufgrund anderer Faktoren, wie einer alternden Bevölkerung, mehr Versicherten und entsprechend wachsenden Verordnungszahlen sowie gestiegener medizinischer Möglichkeiten. Auch die ALG-II-Thematik und die Belastung der GKV mit eigentlich versicherungsfremden Leistungen (Covid-Tests etc.) sind hier zu nennen. Ganz zu schweigen von den Kosten, die durch den vollkommen inakzeptablen Digitalisierungsgrad unseres Gesundheitswesens entstehen, oder die verfahrenre Situation im Krankenhausbereich.

Kurzum: Wir müssen die wahren Kostentreiber im Blick haben. Und dabei bedenken: Der Arzneimittelanteil an den GKV-Leistungsausgaben liegt seit Jahren kontinuierlich bei 11 %! Objektiv gibt es also keinen Grund, die pharmazeutische Branche so zu belasten. Die nun beschlossenen Sparmaßnahmen sind zudem mit Blick auf unseren Kostenanteil in keinsten Weise systemrettend. Aber sie sind systemgefährdend, wenn man die Lasten heranzieht, die unsere Branche bereits schultert.

Die pharmazeutische Industrie unterliegt bereits seit rund zwölf Jahren einem rigiden Preisstopp. Kostensteigerungen können die Hersteller kaum weitergeben. Preisgrenzen wirken in den übrigen Bereichen über Fest- und Erstattungsbeträge sowie über Rabattverträge. Gleichzeitig steigen aber auch für die pharmazeutischen Unternehmen die Energie- und Produktionskosten drastisch, die Inflation hat ein historisches Ausmaß angenommen und aufgrund der angespannten Lieferketten ist die Beschaffung von Verpackungsmaterial sowie Roh- und Ausgangsstoffen mehr als schwierig bzw. hat sich im teilweise dreistelligen Prozentbereich verteuert. Ein echtes Problem, wenn die gesetzliche Krankenversicherung für die Tagestherapie eines generischen Arzneimittels nur rund 6 Cent zahlt. Der auf retrospektiver Basis erst seit 2018 mögliche Inflationsausgleich gilt im Ergebnis nur für wenige Arzneimittel und kann überdies die krisenbedingte Kostenexplosion bei weitem nicht ausgleichen.

Nichts gelernt

Was bei all dem wirklich wundert, ist die politische Kurzsichtigkeit des Gesetzes: Die Einsparungen im Pharmabereich sind rein rechnerisch ein Tropfen auf den heißen Stein namens GKV-Finanzdefizit. Die Erhöhung der Beiträge reicht zweifellos nicht, um das Gesundheitssystem langfristig auf solide Füße zu stellen. Und gleichzeitig vergärzt der Bundesgesundheitsminister mit diesen Maßnahmen neue, innovative Unternehmen, stößt den Mittelstand vor den Kopf und macht die pharmazeutische Industrie in seinen Reden zu den großen Gewinnern der Krise, wohlwissend, dass bei weitem nicht alle profitiert haben. Der Minister der Ankündigungen und Fake-News spielt hier ein gefährliches Spiel.

Er will die Finanzierung der GKV stabilisieren und blendet dabei die wesentlichen Ursachen für die Schräglage aus, in der das System bereits seit Jahren liegt. Was dieses Gesetz hingegen erfolgreich schaffen wird, ist die Fortsetzung der Deindustrialisierung Deutschlands im Bereich Pharma. Denn es beschädigt durch die unüberlegten AMNOG-Änderungen ein grundsätzlich funktionierendes System, das Innovationen zulässt und gleichsam Ausgaben senkt. Letztlich ist Lauterbach aber nicht allein verantwortlich für dieses Gesetz; die ein oder andere Regierungsfraktion, die dieses Gesetz durchgepaukt hat, war erstaunlich still.

Ist es nicht erst wenige Monate her, dass Politiker allerorts die Abhängigkeit von asiatischer Pharma-Produktion zurecht angeprangert haben und die Innovationen der letzten zwei Jahre lobten? Fordert nicht auch der Koalitionsvertrag konkrete Maßnahmen zur Stützung der Gesundheitsversorgung mit viel weitreichender Unabhängigkeit von anderen Ländern und Regionen? Wir müssen endlich in der Gesundheitspolitik strategische Ziele definieren, wie z.B. ein hohes Maß an Versorgungssicherheit, den raschen Zugang für die Patienten zu innovativen, passgenauen und sinnvollen Therapien und eine starke Produktion ohne Erpressbarkeiten. Und ja, das wird in manchen Bereichen Mehrkosten verursachen.

Haus unter Wasser

Man stelle sich die Finanzierung der GKV als ein sanierungsbedürftiges Haus vor: Es regnet massiv durch das kaputte Dach, im Keller steht schon Wasser. Und durch die Fenster kommt bisweilen etwas Regen. Was wird zuerst angegangen? Natürlich der Bereich, durch den am meisten und fortwährend Wasser eindringt.

Erst wenn das Dach repariert ist, kann das Haus auf Sicht wieder trocken sein. Danach geht es um das Wasser im Keller. Aber die Politik schaut fast ausschließlich auf die Fenster, weil ihr Mut, Resilienz und Entschlossenheit fehlen, sich um die dringlichsten Probleme zu kümmern. Das ist genau unser Problem: Es wird erschreckend kurzsichtig argumentiert. Daten werden selektiv betrachtet, teils erst gar nicht erhoben oder falsch bewertet oder auch nicht genutzt, um dann daraus die falschen Schlüsse zu ziehen – zum Beispiel, dass man die Fensterbauer für alles verantwortlich macht... So lange, bis es irgendwann keine Fensterbauer mehr gibt. So gibt es keinen Weg aus der Krise.

In spätestens einem halben Jahr wird jeder sehen, was heute schon nicht mehr verborgen bleibt: Dieses Gesetz ist schädlich. Es schadet dem Forschungs-, Entwicklungs- und Produktionsstandort Deutschland. Es schadet den Patientinnen und Patienten. Und gleichzeitig repariert es nicht ansatzweise die strukturellen Probleme der GKV. Wir alle haben in dieser Gesellschaft ein aufrichtiges Interesse daran, dass die GKV solide finanziert ist. Doch das aktuelle Gesetz lässt uns erschüttert zurück. Keine zwei Jahre nach einer Pandemie, die in unserem Land fast das komplette Leben, unsere Volkswirtschaft und viele Menschen an den Abgrund gebracht – und aus der uns die pharmazeutische Industrie durch überragende Leistungen herausgeholt hat.

Bei jedem anderen Sektor wird die gesamtwirtschaftliche, die volkswirtschaftliche Komponente betrachtet – nicht so im Gesundheitssektor. Wer bessere Gesundheit schafft, der bereitet damit auch den Weg für eine erfolgreichere Volkswirtschaft. Wir leben länger, sind seltener und weniger schwer krank, und können damit auch länger produktiv bleiben – und das wird enorm wichtig sein.

Das alles mag man im Bundesgesundheitsministerium nicht erkennen oder nicht erkennen wollen. Wir werden jedenfalls nicht müde zu betonen: Gesundheitskosten sind eine Investition in die Zukunft.

v



Die Hoffnung stirbt zuletzt



Dr. Hubertus Cranz
Hauptgeschäftsführer
Bundesverband der
Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH)

Die Covid-19-Pandemie hat dem Thema Gesundheit einen neuen Stellenwert beigemessen. Und so war die Hoffnung groß, dass die neu gebildete Regierungskoalition vernünftige Entscheidungen zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung trifft. Das Gegenteil war der Fall. Hoffnung auf Besserung gibt es für 2023 – zumindest für Teilbereiche.

Die Covid-19-Pandemie hat dem Thema Gesundheit und der Arzneimittelversorgung einen neuen Stellenwert im öffentlichen Bewusstsein beigemessen. Eine bislang nicht gekannte Wertschätzung und eine positive Einstellung zum Arzneimittel und zur Arzneimittelindustrie waren mit der Hoffnung verbunden, auch in der Politik zu vernünftigen Entscheidungen im Sinne einer langfristig stabilen Arzneimittelversorgung zu kommen.

Der im November 2021 vorgestellte Koalitionsvertrag der Ampelkoalition enthielt durchaus Passagen, die verhalten hoffnungsvoll stimmten: Bürokratieabbau und das Versprechen zur Stärkung des Pharmastandorts Deutschland waren eine gute Grundlage, um eine vernünftige Arzneimittelpolitik national und auch auf europäischer Ebene zu gestalten.

Die Ernüchterung folgte im Laufe des Jahres. Das im Oktober 2022 verabschiedete GKV-Finanzstabilisierungsgesetz brachte massive Einschränkungen für den Arzneimittelbereich, die langfristig spürbar sein werden. Trotz der allseits bekannten Versorgungsschwierigkeiten im Bestandsmarkt wurde das Preismoratorium um weitere vier Jahre verlängert. Damit ist für viele wichtige Arzneimittel keine über einen Inflationsausgleich hinausgehende Preisanpassung möglich – und dies nun schon seit weit mehr als zehn Jahren.

Wir begrüßen grundsätzlich das Bestreben, durch die neu geschaffene Möglichkeit einer Ausnahmeregelung bei Einführung beispielsweise einer erweiterten Indikation oder Altersgruppe, Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten bei bekannten Substanzen zu honorieren. Wir sehen aber viele Hindernisse, den erkennbaren politischen Willen erfolgreich umzusetzen. Mit großem Engagement wird sich der BAH daher in die Diskussionen zur Umsetzung der neuen Ausnahmeregelungen hinsichtlich des Preismoratoriums einbringen. Letztendlich bleibt es von großer gesundheitspolitischer Bedeutung, das Potential vieler bekannter Arzneimittelsubstanzen durch gezielte For-

schungs- und Entwicklungsaktivitäten zu heben. Dies spiegelt sich in den zahlreichen internationalen Diskussionen zum Thema Repurposing wider, die auch in der anstehenden Revision der europäischen Arzneimittelgesetzgebung Niederschlag finden dürften.

Völlig unberücksichtigt ließ die Ampelkoalition seit Übernahme der Regierungsverantwortung die problematische Situation im Bereich der Generika. Es ist offensichtlich, dass eine Preisdeckelung bei gleichzeitig massiven Preissteigerungen eine problematische Situation auf der Anbieterseite hervorruft. Somit ist für eine zunehmende Zahl an Arzneimitteln ein Ausbieten nur noch bei gleichzeitigem wirtschaftlichen Verlust möglich. Auf längere Zeit kann dies kein pharmazeutisches Unternehmen verkraften. Anders ausgedrückt: Es gibt viele Lippenbekenntnisse zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung sowie zur Bedeutung und Stärkung des Pharmastandorts Deutschland. Konkrete Lösungsansätze zur Verbesserung der Situation werden aber nicht vorgelegt – und das trotz sichtbar gewordener Probleme bei der Liefersituation.

Angesichts einer Inflationsrate von aktuell rund zehn Prozent und der überproportional gestiegenen und absehbar weiter steigenden Kosten für Energie, Rohstoffe und Logistik ist daher dringend ein Inflationsausgleich vor allem bei Arzneimitteln notwendig, die von Festbeträgen erfasst oder durch Rabattverträge geregelt sind. Bei vom Preismoratorium erfassten Produkten müsste dieser quartalsweise erfolgen. Konkrete Vorschläge dazu wurden dem Bundesgesundheitsministerium unterbreitet. Es gibt Anzeichen, dass diese Problematik – wenn auch spät – im nächsten Jahr angegangen wird. Wir stehen mit unserer Expertise für Diskussionen im Detail zur Verfügung. Klar ist aber, dass hier dringender Handlungsbedarf gegeben ist.

Sicherlich wird bei den anstehenden Beratungen zu diesem Thema auch zu berücksichtigen sein, dass viele der Wirk- und Hilfsstoffe für Arzneimittel heute außerhalb Eu-

ropas produziert werden, da eine kostendeckende Produktion hierzulande nicht mehr möglich ist. Auch dies ist mitverursacht durch die verschiedenen Instrumentarien der Preisregulierung. Durch unerwartete Entwicklungen wie den Krieg in der Ukraine sind Unsicherheiten hinzugekommen, welche nun die Stabilität der Liefer- und Wertschöpfungsketten bedrohen. Produktionskapazitäten sind immer häufiger ausgeschöpft und Zulieferungen sind unzuverlässiger geworden. Es gibt mitunter kaum Möglichkeiten, auf Alternativen auszuweichen. Weiterhin haben die Hersteller mit Einschränkungen bei der Logistik und einer Knappheit bei Verpackungsmaterial zu kämpfen, die sich in weit über der allgemeinen Inflationsrate liegenden Preissteigerungen widerspiegelt. Und damit nicht genug: Nun kommen auch noch die extrem gestiegenen Kosten für Energie dazu, und die Arzneimittel-Hersteller müssen sogar mit Engpässen bei der Energieversorgung rechnen.

Dabei sollte allen bewusst sein, welche große Bedeutung die Gesundheitswirtschaft für Deutschland und Europa hat. Sie sichert eine Vielzahl hochqualifizierter Arbeitsplätze, übernimmt wichtige Funktionen in der Ausbildung und trägt maßgeblich zur Translation universitärer Forschung in Therapiefortschritte bei. Es gibt also viel zu verlieren. Umso wichtiger sind adäquate und verlässliche rechtliche Rahmenbedingungen, die den Pharmastandort stärken und nicht schwächen. Leider führt das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz zu dem entgegengesetzten Resultat.

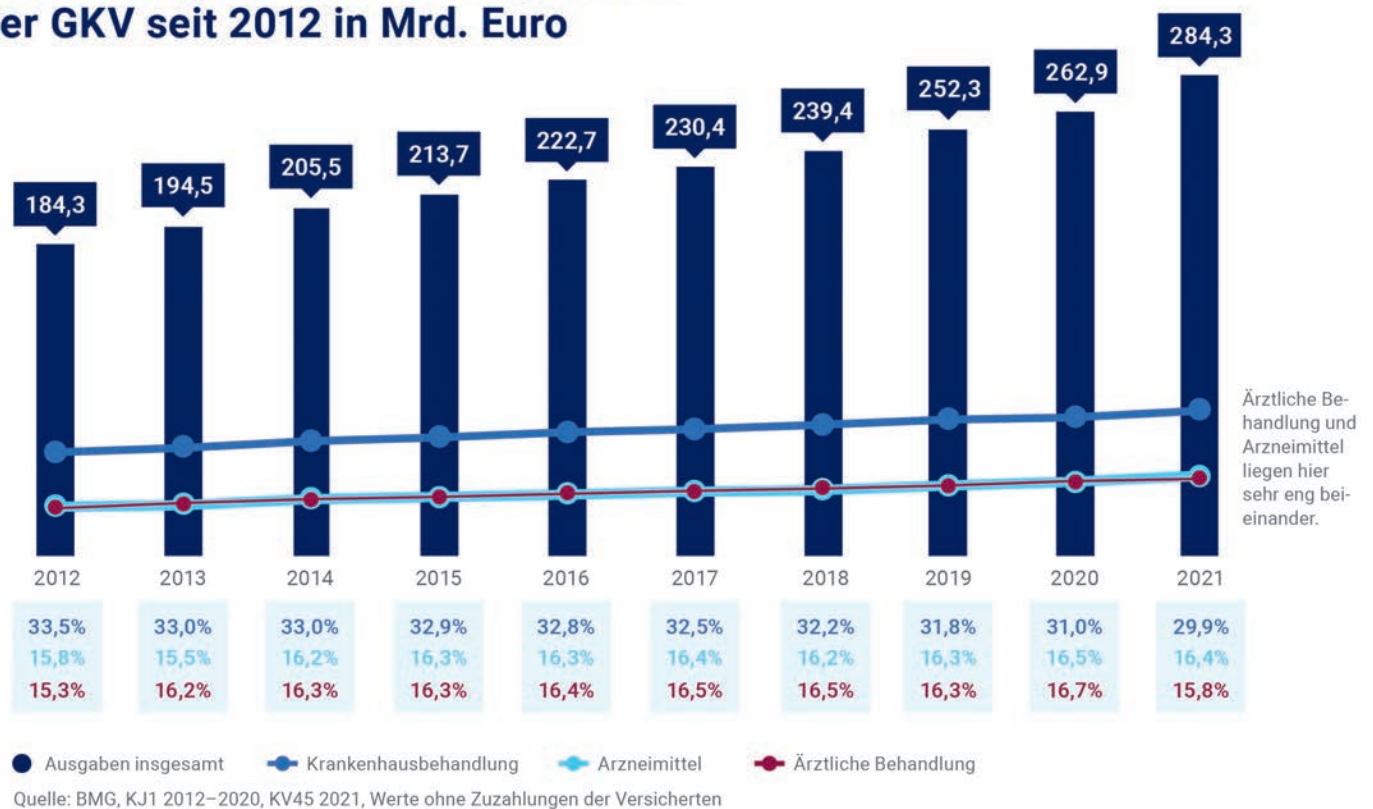
Dies ist umso bedauerlicher, da der Gesetzgeber die seinerzeit mit dem Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG) verfolgten Ziele weitestgehend erreicht hat. Den Menschen in Deutschland stehen im Krankheitsfall die besten und wirksamsten Arzneimittel kurze Zeit nach ihrer Zulassung zur Verfügung; die Preise und Verordnungen von Arzneimitteln müssen wirtschaftlich und kosteneffizient sein. Zudem sind Anreize für Innovationen gesetzt.

Es ist zu befürchten, dass die im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz gesetzten AMNOG-Leitplanken dem etablierten System und dem therapeutischen Fortschritt nachhaltig schaden werden. Die Vorgaben für Erstattungsbeiträge werten Arzneimittel, denen der Gemeinsame Bundesausschuss einen nicht quantifizierbaren oder geringen Zusatznutzen zugesprochen hat, systematisch ab. Dabei können diese Präparate hoffungsvolle Innovationen darstellen. Viele Arzneimittel, die die Versorgung schrittweise verbessern, werden zukünftig nicht mehr bei den Patientinnen und Patienten ankommen.

Hinzu kommt für die Hersteller mit der Erhöhung des Herstellerabschlags ab dem kommenden Jahr von 7 auf dann 12 Prozent eine weitere Belastung. Betroffen hiervon sind neben patentgeschützten Arzneimitteln auch für die Versorgung ebenso relevante Bestandsprodukte.

Die getroffenen Maßnahmen überraschen vor allem vor dem Hintergrund, dass die anteiligen Ausgaben für Arzneimittel seit über zehn Jahren annähernd konstant bei unter 17 Prozent der GKV-Gesamtausgaben liegen.

Entwicklung der Gesamtausgaben in der GKV seit 2012 in Mrd. Euro



Weitere Infografiken zum deutschen Arzneimittelmarkt finden Sie in der BAH-Publikation „Der Arzneimittelmarkt in Deutschland. Zahlen & Fakten aus 2021“ unter www.bah-bonn.de/publikationen/zahlen-fakten.

.B.A.H



Bei allen Verständnisschwierigkeiten hinsichtlich der politischen Entscheidungen: Eine neue Initiative des Bundesministeriums für Wirtschaft und Klimaschutz zur Stärkung der Gesundheitswirtschaft in Deutschland ist sehr zu begrüßen. Mit dem Round Table Gesundheitswirtschaft wird ein gemeinsames Dialogformat etabliert. So soll erörtert werden, wie die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen gestärkt, die Standortbedingungen in Deutschland verbessert und die industrielle Gesundheitswirtschaft sichtbarer gemacht werden kann. Eine forschungs- und damit kostenintensive Branche wie die Arzneimittelindustrie mit zum Teil sehr komplexen und langen Planungszyklen braucht weniger Belastungen und Regulierung, sondern mehr Anreize. Das Format erstreckt sich über die gesamte 20. Legislaturperiode und soll Wissensaustausch und konstruktiven Dialog ermöglichen, Maßnahmen identifizieren sowie Lösungsvorschläge erarbeiten und auf den Weg bringen. Auch im Sinne der Vermeidung unnötiger Bürokratie soll effizient und zielorientiert gearbeitet werden.

Die Auftaktveranstaltung unter Beteiligung von Bundeswirtschaftsminister Robert Habeck fand am 23. November 2022 in Berlin statt. Arbeitsgruppensitzungen sind für 2023 vereinbart. Diese werden wichtige Themen wie Stärkung der Lieferketten und verbesserte Produktionsbedingungen beinhalten. Der BAH wird sich in die Beratungen intensiv einbringen und verbindet dieses Engagement mit der Hoffnung – aber auch der Erwartung –, zu einer spürbaren Verbesserung des Umfelds für die Arzneimittelhersteller zu gelangen.

Sophia Wagner verstärkt ab sofort das iX – Institut für Gesundheitssystem- Entwicklung



Frau Wagner wird an der Seite von Dr. Albrecht Kloepper als „Partner Politik“ ihre Expertise und Erfahrungsschatz zum Einsatz bringen. Mit ihren bisherigen Stationen als Senior Associate Ecosystem Development bei der Doctolib GmbH, Partner Managerin bei der Flying Health GmbH und Projektleitung des iX – Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung konnte Frau Wagners breites Verständnis und Fingerspitzengefühl für die politische Interessensvertretung aufbauen und mit entsprechender Systemkenntnis und einer umfassende Themenkenntnis in der digitalen Gesundheitsversorgung verbinden.

Herzlich Willkommen im Team!

Ich freue mich sehr, in alte Gefilde zurückzukehren. War ich bereits vor gut fünf Jahren für das iX-Institut tätig. Von Hause aus mit der gesundheitlichen Versorgung verbandelt und immer wieder mit der Frage konfrontiert „Warum passiert das so? Warum ist das so kompliziert? Warum kann ich als Arzt/ Ärztin nicht einfach...“, bin ich voller jugendlicher Naivität in den Komplex Gesundheitssystem und -versorgung gesprungen. Die Naivität wich Erkenntnis und der Akzeptanz, dass es einen langen Atem braucht... einen sehr langen Atem.

Dann kreuzte sich mein Weg mit dem Thema Digital Health – es glühte und hatte Momentum nach vorne. Es tat gut mit schnellen Denkern, Machern und Pionieren zu diskutieren, sich auszutauschen und zu beraten.

Das Ganze begleitet von einem Gesundheitsministerium unter Jens Spahn und dem HiH – das Tempo war da, die Vision klar und vor allem endlich ein Agieren mit dem klaren Credo „Wir machen’s jetzt“. Ja, nicht alles war Gold und glänzend und ja, die vergangene Legislaturperiode war teuer und ja, dann kam die Corona-Pandemie.

Aber wo stehen wir jetzt? Was ist denn in dieser Legislaturperiode passiert, seitdem der neue Minister Prof. Dr. Karl Lauterbach im Amt ist? Was können wir hier noch erwarten?

Nicht nur im Hinblick auf die Digitalisierung. Wir haben ja durchaus noch weitere große Themen die brach liegen: Finanzierung, Sektorenbrüche, ländliche Versorgung...die Liste ist lang.

Ich spüre in meinem Umfeld eine Schere, die scheinbar zunehmend auseinander geht zwischen „einfach mal aus-sitzen. Hat sich ja seit 20 Jahren nix getan“ und „Wie können wir uns damit zufriedengeben, wohlwissend was die Themen und auch die Lösungskonzepte sind?“ Frei nach der Floskel des Jahres 2022 „Wir haben kein Erkenntnisproblem, wir haben ein Umsetzungsproblem“.

Ja, stimmt. Also dann auf geht’s! Ich kann lange und tief atmen (Danke Wim Hof) und stecke voller Energie und Tatendrang.

Ich freu mich auf Sie und Euch!

KLOEPFER MEDIA + TRAINING

Die Pandemie hat die Art, wie wir arbeiten und uns weiterbilden, deutlich verändert. Wir helfen Ihrem Unternehmen, interne und externe Veranstaltungsformate flexibel und modern "über die Bühne" zu bringen.

Wir bieten:

Live-Stream für Videokonferenzen, -workshops u. -training

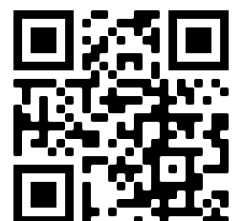


Hybridformate



...und viele weitere Möglichkeiten, Ihre Veranstaltungen in Szene zu setzen

KLOEPFERMEDIA.DE



**Herausgeber:**

Dr. Albrecht Kloepper
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin

post@ix-institut.de | www.ix-media.de

Redaktion:

Dr. Albrecht Kloepper, Agnieszka Cassan
In Zusammenarbeit mit

**Druck:**

PrintingHouse,
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

Satz und Layout:

Mediengestaltung der
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

www.u-s-e.org

Sämtliche Nutzungsrechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 28. Jahrgang 2022, Ausgabe 3 · 2022,
Erscheinungsdatum: 20. Dezember 2022

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **Anforderungen an ein Versorgungsgesetz**
- **Versorgungspotentiale der Gesundheitsberufe**
- **Finanzierung von Innovationen**
- **Die Zukunft der Diagnostika-Industrie**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen? Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

**Besuchen Sie
unsere Website:**

www.ix-media.de

