



1 • 2020

JENS SPAHN – EINE HALBZEITBILANZ



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 Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Dr. Martina Kloepfer 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 Kloepfer 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 Kloepfer haben wir eine bühnen- und filmerfahrene Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.

Jens Spahn – eine Halbzeitbilanz



- 4** **Editorial**
Dr. Jutta Visarius, Dr. Albrecht Kloepper
Herausgeber



- 6** **Wir brauchen bald wieder Kontinuität!**
Johannes Bauernfeind
Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg



- 11** **Warum es Gesundheitsminister Spahn seinen Kritikern nicht immer leicht macht**
Dr. Monika Schliffke
Vorstandsvorsitzende der KV Schleswig-Holstein



- 16** **Gutes angestoßen, vieles liegt nun in den Händen des G-BA**
Dr. Dietrich Munz
Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)



- 21** **Zwei Jahre Reformpolitik, zwei Monate Krisenmanagement**
Friedemann Schmidt
Präsident der ABDA



- 25** **Viele Reformen – viel dahinter?**
Thomas Bublitz
Hauptgeschäftsführer des BDPK



- 30** **Spahns Halbzeitbilanz: Quantität vor Versorgungsqualität**
Dr. Kai Joachimsen
Hauptgeschäftsführer des BPI



- 34** **Gesundheitsminister Spahn – eine Bilanz aus MedTech-Sicht in 8 Punkten**
Dr. Marc-Pierre Möll
Geschäftsführer des BVMed e.V.



- 39** **Sektorengrenzen aufbrechen – Ärztlich intersektorale Leistungen sind die Antwort!**
Lars F. Lindemann
Hauptgeschäftsführer des SpiFa e.V.



- 46** **Zweite Halbzeit fürs digitale Gesundheitswesen**
Sebastian Zilch
Geschäftsführer des bvitg e.V.



- 50** **Vom Zustand einer patientenzentrierten Hilfsmittelpolitik**
Oda Hagemeyer
Geschäftsführerin eurocom e.V.



- 55** **Zukunft braucht Ungeduld, braucht Tatendrang**
Dr. Clemens Kuhne
Leiter Politik und Patientenbelange MSD Deutschland

Impressum

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Halbzeitbilanz ... welche Halbzeitbilanz? Die Corona-Krise reißt uns aus unserem bisherigen Alltag und rückt das Leben „vorher“ in weite Ferne. Im Grunde ist aber genau jetzt der richtige Zeitpunkt, rückblickend das bisherige Wirken des aktuellen Gesundheitsministers zu betrachten und Erwartungen für den Rest der laufenden Legislaturperiode zu formulieren – auch wenn die Beiträge dieses Heftes und dieses Editorial erkennen lassen, dass es aktuell nicht einfach ist, sich in die Zeit „vor Corona“ zurückzudenken.

Gleichwohl, auch die Zeit „nach Corona“ wird zu meistern sein, und niemand möge davon ausgehen, es sei nun nichts mehr wie zuvor. Im Gegenteil: Herausforderungen für unser Gesundheitssystem und die Schwächen dieses Systems werden durch die Corona-Krise wie unter einer Lupe sichtbar. Sobald der Minister und das Ministerium den Krisenmodus wieder verlassen können, werden also die Fragen von Digitalisierung, sektorenübergreifender Versorgung, der Zukunft der Gesundheitsfachberufe und vieles mehr beantwortet werden müssen. Und ein Thema wird dabei im Brennpunkt stehen, dem nicht zufällig bereits das letzte Heft des iX-Forum gewidmet war, nämlich die Frage nach Sicherheitsreserven, der Finanzierung von Vorhaltekosten und der Verteilung von Entscheidungskompetenzen in Krisenzeiten. Folglich trotzdem und gerade jetzt eine Halbzeitbilanz zu Jens Spahn!

Von niemandem, auch nicht in dieser Ausgabe wird bezweifelt, dass in der Geschichte der Bundesrepublik kaum jemals ein fleißigerer Gesundheitsminister gearbeitet hat als Jens Spahn. Zusätzlich hat der vergleichsweise junge Münsterländer den Vorteil, dass er als fundierter Systemkenner am Tag 1 seiner Ministertätigkeit mit Umsetzungsschritten beginnen konnte (die er – nachweisbar – über weite Strecken bereits vorgedacht hatte). Dazu kommen fundierte Erfahrungen mit den wichtigsten Protagonisten innerhalb und außerhalb der Gesundheitspolitik, die Jens Spahn in die Lage versetzten, innerhalb kürzester Zeit ein

Team aus Getreuen, System-Insidern und systemfremden „Treibern“ zusammenzustellen. Dies ist in der Geschichte des Bundesgesundheitsministeriums ebenfalls ohne Vergleich. Der gegenwärtige Ausstoß an Gesetzen und das Management in der Coronakrise sind ohne die profunde Systemkenntnis des Ministers, ohne seine Netzwerke innerhalb und außerhalb der Gesundheitspolitik und sein BMG-Team mit Sachkunde und Einsatzbereitschaft nicht vorstellbar. Dies sind gute Voraussetzungen, um in vielen Bereichen der Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens die entscheidenden, notwendigen Impulse zu bieten.

Aber der Teufel steckt – wie so oft – im Detail. Nahezu jedes Gesetz aus dem Ministerium enthält Digitalisierungsanteile. Wie ist unter diesen Umständen eine dennoch in sich konsistente Digitalisierungsstrategie zu erwarten? Drohen nicht Widersprüche zwischen einzelnen Gesetzesteilen, die mühsam wieder eingefangen werden müssen? Ist es ein Vorteil, wenn in jedem Gesetz grundsätzlich alles geregelt werden kann, nur weil es gerade auf der Tagesordnung steht oder weil die entsprechenden Textbausteine im BMG just in time fertig geworden zu sein scheinen?

Tatsächlich häufen sich die Podiumsdiskussionen, in denen nicht einmal Abgeordnete aus dem Gesundheitsausschuss noch präzise zu sagen wissen, in welchem Gesetz welches Detail geregelt wurde. Der Gesetzesname – Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) oder Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) – bezeichnet dann nur noch die anfängliche Leitintention des ursprünglichen Vorhabens. Was am Ende noch alles in diesen Koffer gestopft wurde, scheint dem Fleiß des Hauses und manchmal wohl auch kurzfristigen Eingebungen des Ministers überlassen zu bleiben.

Besonders gut lässt sich am Gesetz mit dem ursprünglichen Namen „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ verdeutlichen, dass Gesetzentwürfe à la Spahn teilweise schon die Intention eines Deals in sich tragen. Dass eine bundesweite Öffnung aller Kassen nicht einmal die Ressortabstimmung überleben würde, war Kennern der Materie auch außerhalb des Ministeriums von Beginn an klar. Wozu dann dieses

Vorgehen? Wahrscheinlich, um den Beteiligten zu zeigen, wo der Hammer hängt und um „irgendetwas“ im Gesetzgebungsprozess aushandeln zu können. Am Ende widmet sich das Gesetz dem „Fairen Kassenwettbewerb“ und damit der längst fälligen Überarbeitung des Morbi-RSA, aber die bundesweite Öffnung und eine irgendwie „faire Kassenwahl“ wurden gestrichen. Jeder der Beteiligten hat dennoch die Chance, in seinem jeweiligen Lager einen bedeutenden Teilsieg verkünden zu können. Macht diese „Basar-Gesetzgebung“ den Gesetzgebungsprozess selbst seriöser? Für uns eine offene Frage.

Ähnlich kritisch muss man den Umgang Jens Spahns mit der Selbstverwaltung betrachten. Die Schüsse auf die traditionellen Institutionen der selbstverwalteten Systemstrukturen fallen mit unschöner Regelmäßigkeit und durchziehen explizit oder implizit nahezu jedes Gesetz. Die kontinuierliche Stärkung des Bundesamtes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat beinahe eine obere Bundesbehörde entstehen lassen, die – vor allem im Bereich Digitalisierung – mit weitreichenden Kompetenzen in die konkrete Leistungsgestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung hineinregieren kann. Dazu gesellen sich eine weitgehende „Verstaatlichung“ der gematik, Eingriffe in die Kompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Stundenvorgaben für Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung, etc. Einem Minister etwas

linkerer Provenienz wäre deshalb „Staatsmedizin“ in ohrenbetäubender Lautstärke entgegengerufen worden. Jens Spahn ficht das nicht an, und den z.T. betulichen Akteuren der Selbstverwaltung gelingt es kaum, der sachkundigen Vitalität des Ministers mit notwendiger Entschlossenheit, konkretem Handeln und unwiderlegbaren Argumenten entgegenzutreten. Dies mag sich positiv auf Jens Spahns Ruf als „Macher“ auswirken, aber was hat diese Verlagerung der gesundheitspolitischen Gestaltungsmacht für langfristige Folgen?

Die Autoren des vorliegenden Heftes beschreiben aus ihren unterschiedlichen Blickwinkeln häufig ähnliche Ergebnisse. Der Fleiß des Ministers ist unbestreitbar – aber wird aus den vielen angerissenen Themen und aufgegrabenen Baustellen ein schlüssiges Gesamtkonzept? Jens Spahn wird sich mit hoher Wahrscheinlichkeit gegen eine weitere Legislaturperiode als Gesundheitsminister entscheiden und seine Amtszeit begann durch eine zähe Koalitionsfindung verspätet. Verzögert die Corona-Unterbrechung den Gang der „normalen“ Gesetzgebung erheblich, könnte es für den Minister schwer werden, sein Halbzeitwerk zu einem Gesamtkunstwerk zu vollenden. Einiges deutet in die richtige Richtung, aber die einzelnen Fäden sollten nicht offen liegen bleiben. Wir jedenfalls kennen zurzeit keinen Spahn-Nachfolger, der dessen work in progress mit Erfolg zu Ende führen könnte.

Wir wünschen anregende Lektüre und vor allem: Bleiben Sie gesund!



Dr. Jutta Visarius



Dr. Albrecht Klopfer

Wir brauchen bald wieder Kontinuität!

Johannes Bauernfeind

Vorsitzender des Vorstandes
der AOK Baden-Württemberg



Die bislang und im Vergleich zu seinen Vorgängern sehr agile Gesetzgebung des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn fordert alle Akteure im Gesundheitswesen. Zeitgleich sieht sich das gesamte Gesundheitssystem aufgrund neuer Herausforderungen einem enormen Stresstest ausgesetzt.

Seit Beginn der 19. Wahlperiode des Deutschen Bundestages und der Vereidigung von Jens Spahn als Gesundheitsminister der Bundesrepublik Deutschland sehen sich die Akteure im Gesundheitswesen einer wahren Flut an Gesetzen ausgesetzt: 20 Initiativen in 20 Monaten. Wären die gesundheitspolitischen Akteure Inseln, so hätte es für sie vieler Anstrengungen im Hochwasserschutz bedurft, um nicht von der Gesetzesflut weggeschwemmt zu werden. Zeitgleich wird das deutsche Gesundheitssystem durch externe Faktoren – Stichwort „Corona“ – nun einem enormen Stresstest ausgesetzt.

Viel „Spahn’scher Pragmatismus“

In der Politik des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) lässt sich nur schwer ein ordnungspolitischer Kompass erkennen. Eher ist sein Vorgehen von Pragmatismus geprägt. Dieser „Spahn’sche Pragmatismus“ hat durchaus Vorteile: So werden kurzfristig Probleme angegangen wie beispielsweise der Versuch zur Eindämmung des Fachkräftemangels durch das „Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG)“ oder die Stärkung der Arzneimittelsicherheit und -überwachung durch das „Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)“. Auch die mit dem „Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG)“ verschärfte Vorgaben zur Meldung von Arzneimittel-Engpässen und die Einrichtung diesbezüglicher Kompetenzen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sind im Grundsatz richtig.

Die bisherige Gesetzgebung in der „Ära Spahn“ ist nicht nur durch viel Pragmatismus, sondern auch durch Agilität, also auch durch Schnelligkeit, geprägt. Diese neue Form der Gesetzgebung wird im Bereich „Digitalisierung“ besonders deutlich: Dem im November 2019 vom Deutschen Bundestag beschlossenen „Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG)“ folgten bereits im Januar 2020, also nach wenigen Wochen, in kurzer Zeit gleich zwei Referententwürfe: Mitte Januar der Entwurf „Digitale Gesundheitsanwendungen Verordnung (DiGAV)“, zwei Wochen später der Entwurf eines „Patientendaten-Schutzgesetzes

(PDSG)“. Stellt sich am Ende eines Gesetzgebungsprozesses Verbesserungspotenzial heraus, ist das Nachbessern in einem Folgegesetz richtig. Allerdings benötigen die Akteure des Gesundheitswesens mehr Planungssicherheit, um wirkungsvoll handeln zu können. Ob sich ein langfristiger Erfolg in dieser agilen Gesetzgebung einstellt, ist eher ungewiss.

Eine Reformbilanz: Leistungsausweitungen sowie Stärkung von Preiswettbewerb und Zentralismus

Bei nahezu jedem Gesetzgebungsvorhaben aus der Schmiede des Bundesgesundheitsministers handelte es sich um heiße Eisen. Immer wieder aufs Neue schwang bei der AOK Baden-Württemberg die Sorge mit, dass unsere qualitativ hochwertigen etablierten Strukturen morgen schon in Frage gestellt würden. Die bisherige Gesetzgebung der aktuellen Legislaturperiode definiert sich über drei Instrumente: Ausweitung des Leistungsumfangs, Preiswettbewerb und Zentralismus. Nicht von der Hand zu weisen sind die enormen Leistungs- und damit verbundenen Ausgabenausweitungen. Allein das „Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)“ wird die GKV – unter anderem durch die Ausweitung des Leistungsumfangs und der extrabudgetären Vergütung – jährlich mit rund 3 Mrd. Euro belasten. Nach wie vor steht der Beweis aus, ob die Leistungsausweitungen in der Versorgung der Menschen tatsächlich ankommen. Der Ansatz, Versicherten möglichst schnell einen Arztkontakt zu ermöglichen, ist im Grunde lobenswert. Eine „strukturierte Versorgung“, wie sie der Sachverständigenrat schon seit Jahren fordert, ist dies objektiv betrachtet nicht.

Das vorläufige Finanzergebnis der GKV für das Jahr 2019 weist nach vielen Jahren der Überschüsse erstmals wieder ein Defizit in Höhe von 1,5 Mrd. Euro aus. Dies ist in erster Linie eine Folge eines starken Anstiegs der Leistungsausgaben: Während die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen im Vergleich zum Vorjahr rückläufig waren, stiegen die Leistungsausgaben um 5,6 Prozent. Dabei

beschleunigte sich die Ausgabenentwicklung im Jahresverlauf: Von 4,8 Prozent im ersten Halbjahr auf besorgniserregende 6,4 Prozent im zweiten Halbjahr.

Wir rechnen damit, dass sich GKV-weit die Finanzwirkung der aktuellen Gesetzgebung bis 2022 auf weit über 30 Mrd. Euro belaufen wird. Dabei sind aktuelle Reformvorhaben, wie das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung oder die finanziellen Auswirkungen der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen („Apps auf Rezept“), noch gar nicht eingepreist. Gerade letzteres ist kein Pappentitel: Das aktuelle Vorgehen eines App-Herstellers, der kurzerhand eilig den Preis seiner App von acht auf 99 Euro und somit um den Faktor 12 angehoben hat, spricht Bände.

Den Startschuss zu mehr Preiswettbewerb bildete das GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG): Mit der im GKV-VEG begonnenen und im GKV-FKG finalisierten Vorgabe der Abschmelzung der Finanzreserven wurde die ohnehin schon bestehende Dominanz des Preiswettbewerbs weiter verstärkt. Auch das (damalige) Bundesversicherungsamt (BVA – heute BAS) schrieb in seinem „Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“: „Insbesondere ist zu konstatieren, dass der Zusatzbeitragssatz eine stärkere Signalwirkung entfaltet als eigentlich gerechtfertigt“ (BVA 2019, Sonderbericht Seite 22).

Rückblickend fühlte man sich irgendwie in einer Zeitschleife, wie Bill Murray in „Täglich grüßt das Murmeltier“. Zwar erlebten die Akteure im Gesundheitswesen – anders als im genannten Film – nicht jedes Mal denselben Tag, aber häufig denselben Versuch, Regelungen immer wieder aufs Neue in Gesetze zu gießen: Immer wieder wurde vom BMG – unter dem Label „Stärkung der Manipulationsresistenz“ – versucht, Wettbewerb um die besten Versorgungslösungen zu beschneiden. So tauchte das (vorgesehene) Verbot der Vergütung von diagnosebezogenen Leistungen erst im Entwurf des TSVG (über einen

Änderungsantrag) und dann wieder im GKV-FKG auf. Erfreulicherweise hat sich beim BMG – auch durch die entsprechenden Hinweise aus der Ärzteschaft und von den Fraktionen – die Einsicht durchgesetzt, dass eine solche Regelung versorgungspolitisch absolut kontraproduktiv ist und bundesweit anerkannten Versorgungsverträgen den Garaus gemacht hätte.

Das wohl beliebteste Instrument des amtierenden Bundesministers ist der Zentralismus. Zentralismus muss nicht per se etwas Schlechtes sein. Schauen wir in das GSAV, so sind darin mit der Stärkung der Kompetenzen der Bundesbehörden wie dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder der verpflichtenden Veröffentlichung der Wirkstoffhersteller – mit Blick auf einen globalen Markt – sinnvolle zentralistische Regelungen zur Arzneimittelüberwachung enthalten. Diese tragen grundsätzlich zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit bei und sind daher richtige Schritte für mehr Sicherheit und Transparenz. Dazu tragen auch die mit dem GKV-FKG verschärften Vorgaben zur Meldung von Arzneimittel-Engpässen beim BfArM bei. Diesen Schwung gilt es für die deutsche EU-Ratspräsidentschaft im Sommer mitzunehmen, um die Arzneimittelverfügbarkeit weiter zu erhöhen. Zentralismus kann also durchaus positive Wirkung entfalten, wenn wir ihn als übergeordnete institutionelle Einheit verstehen, der nur solche Aufgaben an sich zieht, zu deren Wahrnehmung die kleineren Einheiten nicht fähig sind. Andererseits muss im Sinne des Subsidiaritätsprinzips gelten: Ein regionaler Akteur ist so lange für sich selbst verantwortlich, bis er seine Aufgaben nicht mehr optimal wahrnehmen kann.

Den Höhepunkt der zentralistischen Tendenzen in der Gesetzgebung des BMG markierte das GKV-FKG: Dieses hielt die Kassenlandschaft, insbesondere die regionalen Kassen, viele Monate lang in Atem. Mit der zu Beginn des Gesetzgebungsverfahrens angestrebten bundesweiten Zwangsöffnung aller bislang regional tätigen Krankenkassen wäre diesen die gewollte Fokussierung auf das regionale

Versorgungsgeschehen genommen worden. Dieser Politikansatz geht diametral in eine gegenläufige Richtung, wie sie für eine flexible, bedarfsorientierte, sektorenübergreifende und regionale Versorgungsgestaltung notwendig ist. Erfreulicherweise konnte sich dieser Ansatz insbesondere bei den Bundesländern nicht durchsetzen.

Plädoyer für mehr Kontinuität und für eine systematische Evaluation der Gesundheitspolitik

Mit dem Bündel an neuen Gesetzen wurden vom Gesetzgeber die wesentlichen Rahmenbedingungen für die Akteure im Gesundheitswesen geschaffen. Egal wie man nun die bisherige Gesetzgebung bewertet: Es gilt jetzt nach vorne zu blicken. Sicherlich, es stehen nach der Überwindung der Covid-19-Krise noch große Reformen wie die Notfallversorgung und die Finanzierung der Pflegeversicherung aus. Doch angesichts von 20 Gesetzen bzw. Gesetzesinitiativen und deren Wirkmechanismen ist es nun wichtig, dass mit den „Aufräumarbeiten“ nach Corona eine Phase der Konsolidierung beginnt. Dafür ist Stabilität notwendig. Eine (einigermaßen) stabile institutionelle Umwelt ist für eine planvolle und auf Qualität ausgerichtete Versorgung von großer Bedeutung. Deshalb muss eine systematische Evaluation der neuen Rahmenbedingungen erfolgen. Dies gilt auch, weil die Akteure des Gesundheitswesens neben der Umsetzung der beschlossenen Gesetzesinhalte vielen weiteren Herausforderungen ausgesetzt sind: Dies gilt insbesondere mit Blick auf die Folgen der Corona-Pandemie für unsere Volkswirtschaft im Allgemeinen und das Gesundheitswesen im Speziellen. Auch die Digitalisierung sowie die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels stellen große Herausforderungen dar sind. Bundesgesundheitsminister Spahn sollte daher die anstehende deutsche EU-Ratspräsidentschaft für gemeinsame Aktivitäten auf europäischer Ebene – Stichwort „Sicherstellung Lieferfähigkeit Arzneimittel“ – nutzen, statt weiterhin auf nationaler Ebene in kürzesten Abständen Gesetzesentwürfe vorzulegen. Weniger kann mehr sein.

KI, Pflege und Klima – Zentrale Zukunftsthemen der AOK Baden-Württemberg

Um die Chancen der Digitalisierung zu nutzen, bedarf es einer stringenten Ordnungspolitik sowie Regeln für neue Märkte und Technologien, um weder Innovationen zu blockieren noch Mondpreise zu befördern. Eine besondere Rolle im Kontext „Digitalisierung“ wird die Künstliche Intelligenz (KI) einnehmen. Die Digitalisierung bzw. der Einsatz von KI ist dabei jedoch kein Selbstzweck. Der Fokus wird auch weiterhin auf der Verbesserung einer qualitativ hochwertigen Versorgung für die Versicherten liegen, zum Beispiel durch die weitere Verzahnung von Prävention, Rehabilitation und Pflege.

Das Megathema Pflege wirft angesichts der weiter steigenden Ausgaben die grundsätzliche Frage nach der zukünftigen Finanzierung der Pflegeversicherung auf und sollte deshalb ganz oben auf der politischen Agenda stehen. Es bedarf innovativer und sektorenübergreifender Lösungen, um dem weiteren Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen entgegenzuwirken. „Flatten the curve“ durch Prävention ist auch hier ein Ansatz. Mit einem Modellprojekt für Rehabilitative Kurzzeitpflege geht die AOK Baden-Württemberg neue Wege. Ziel ist es, Rehabilitation und Pflege enger zu vernetzen und die Versorgungslücke zwischen Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalt zu schließen. Menschen können vor Pflegebedürftigkeit oder einer Verschlechterung des Gesundheitszustands bewahrt werden, indem sie nach einem Klinikaufenthalt während der Kurzzeitpflege fit für den Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik gemacht werden.

Im Zusammenhang mit der alternden Gesellschaft rückt schließlich auch der Umgang mit den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels in den Fokus der Akteure. Aktuelle Studien zufolge soll es in Süddeutschland bis zum Ende des Jahrhunderts bis zu 30 zusätzliche Hitzewellen geben. Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hitzestress und auch übertragbare Krankheiten

würden so sprunghaft ansteigen und besonders für Ältere das Krankheitsrisiko erhöhen. Auch hier wird die AOK Baden-Württemberg ihren Teil zur Bewältigung dieser Herausforderungen beizutragen.

Aktuell beschäftigt das gesamte Gesundheitssystem jedoch eine ganz andere Herausforderung: In Zeiten der Corona-Pandemie geraten momentan (leider) viele andere wichtige Dinge in den Hintergrund. In einem großen Kraftakt ist es der Politik gelungen, innerhalb kürzester Zeit umfangreiche Maßnahmen im Kampf gegen die Corona-Pandemie und deren Folgen auf den Weg zu bringen. Gerade wir als große gesetzliche Krankenkasse haben in diesen schwierigen Tagen, noch mehr als sonst, eine enorme Verantwortung für unsere rund 4,5 Millionen Versicherte, die von uns betreuten Arbeitgeber, unsere Vertragspartner sowie für unsere rund 11.000 Beschäftigten. Deshalb ist für uns völlig klar, dass zusätzlich anfallende Honorare, entstandene Kosten und entgangenen Erlöse in den Krankenhäusern, Rehaeinrichtungen sowie bei der ärztlichen sowie pflegerischen Versorgung solidarisch ausgeglichen und die notwendige Liquidität durch uns bereitgestellt wird. Es heißt jetzt klotzen und nicht kleckern! Abgerechnet wird später. Jetzt sind pragmatische Zwischenlösungen gefragt. Klar ist dann aber auch, dass die Ende März beschlossenen Gesetze nur der erste Schritt sein können. Corona-bedingte Einnahmeausfälle und Mehrausgaben treffen das gesamte Gesundheitswesen, insbesondere diejenigen, die dieses finanziell am Laufen halten. Mit Blick auf weitere Gesetze und die finanzielle Entwicklung im Gesundheitswesen müssen deshalb zur Bewältigung dieser gesamtgesellschaftlichen Herausforderung zusätzliche Finanzmittel auch für die gesetzlichen Krankenversicherung bereitgestellt werden.



Warum es Gesundheitsminister Spahn seinen Kritikern nicht immer leicht macht

Dr. Monika Schliffke

Vorstandsvorsitzende der KV
Schleswig-Holstein



Unbestritten ist: Jens Spahn ist der erste Ressortchef seit langem, der Gesundheitspolitik wieder zu einem Thema gemacht hat, das in einer breiten Öffentlichkeit Aufmerksamkeit erfährt. Er habe es geschafft, so die Frankfurter Allgemeine Zeitung im Juli 2019, dass „das Land über seine Politik spricht.“

Dies liegt nicht zuletzt an seinem Arbeitspensum. Seit Spahn im Amt ist, legt sein Haus im Monatstakt neue Gesetzentwürfe vor. Die Presseschlagzeilen dokumentieren das Tempo: „Minister Fleißig: 16 Gesetze in 16 Monaten“ schrieb das Deutsche Ärzteblatt im Sommer 2019. Wenige Wochen später lautete eine Überschrift in derselben Zeitschrift: „Halbzeitbilanz: 19 Gesetze in 19 Monaten“. Und kurz nach dem Jahreswechsel war bei Spiegel Online zu lesen: „20 Gesetze in 20 Monaten – Gesundheitsminister Jens Spahn hat in seiner Zeit im Amt ordentlich Tempo vorgelegt.“ Dagegen verblasst selbst die Bilanz seines Vorgängers, Hermann Gröhe, der in seiner vierjährigen Amtszeit immerhin 25 Gesetze auf den Weg brachte und bereits als fleißig galt.

Mehr noch als die Zahl der Gesetze ist es das Sendungsbewusstsein und der offensiv zur Schau gestellte Gestaltungswille, der Jens Spahn von seinem Vorgänger unterscheidet. Galt Hermann Gröhe als „freundlich und unauffällig“ und „weithin unbekannt“ (Die Welt), verkörpert Spahn das genaue Gegenteil. Oder wie es die Süddeutsche Zeitung formulierte: „Der Anti-Gröhe“. Ein weiterer Unterschied: Während Gröhe sich als gesundheitspolitischer Neuling erst in die Materie einarbeiten musste, konnte Spahn ab Tag eins durchstarten, befasste er sich doch schon seit 2005 im Bundestag mit Gesundheitspolitik und war von 2009 bis 2015 gesundheitspolitischer Sprecher seiner Fraktion.

Doch weder die Zahl der Gesetzentwürfe noch die Fähigkeit, eigene Anliegen öffentlich wahrnehmbar zu kommunizieren, sagen etwas über die Qualität der Politik aus. Wie fällt also die Bilanz der ersten zwei Jahre des Ministers aus?

Koalitionsvertrag verhieß nichts Gutes

Zu erinnern ist daran, dass die Koalitionsvereinbarung der erneuten großen Koalition aus CDU/CSU und SPD aus Sicht der Ärzteschaft nichts Gutes verhieß. Die ärztliche Selbstverwaltung kommt in der Vereinbarung gar nicht

erst vor, die Freiberuflichkeit nur am Rande. Hieß es 2013 in der damaligen Koalitionsvereinbarung der Großen Koalition noch, die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärzte sei ein „unverzichtbares Element für die flächendeckende ambulante Versorgung“ und „Garant für die Diagnose- und Therapiefreiheit und für die freie Arztwahl“, war eine rot-schwarze Koalitionsvereinbarung später war von diesem Bekenntnis nicht viel übrig: „Stärken“ unseres Gesundheitswesens seien, so ist es im aktuellen Koalitionsvertrag formuliert, „die Freiberuflichkeit der Heilberufe, freie Arzt- und Krankenhauswahl, die Therapiefreiheit und gut qualifizierte Gesundheitsberufe.“ Nur noch eine der Stärken, aber nicht mehr unverzichtbar.

Konkreter hingegen die Ankündigungen in der Koalitionsvereinbarung, stärker staatlich in die ambulante Versorgung eingreifen zu wollen, etwa durch die Verpflichtung für Vertragsärzte, mehr Sprechstunden anbieten zu müssen, oder die Ankündigung, die Terminservicestellen weiter ausbauen zu wollen.

TSVG – Mehr Regulierung, aber auch eine Chance

Das wesentliche Gesetz zur Umsetzung dieser Ziele und zugleich das Vorhaben aus dem Hause Spahn, das wie kein anderes zu Unmut bei vielen Niedergelassenen führte, ist das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). Seit der Vorlage des ersten Referentenentwurfs im Juli 2018 erntete es deutliche Kritik aus der Ärzteschaft. Die als Sprechstundendiktat empfundene Anhebung der Pflichtsprechzeiten von 20 auf 25 Wochenstunden, die pauschalen offenen Sprechstunden für Fachärzte, widersprüchliche und unübersichtliche Vergütungsregelungen und der Ausbau der bisher kaum genutzten Terminservicestellen führten zu Unmut, Unsicherheit und Demotivation bei den Ärzten und Psychotherapeuten.

Für viele Ärzte, die im Schnitt bereits mehr als 50 Stunden in der Woche in den Praxen tätig sind, klangen die Vorgaben aus Berlin und die vollmundigen Versprechungen aus

dem Ministerium in Richtung Patienten wie ein Vorwurf an die Mediziner, nicht genug zu arbeiten und damit die Verursacher von Wartezeiten zu sein. Keine Rede davon, dass es ein immer höheres Anspruchsdenken gibt, das gerade die Terminkalender der Facharztpraxen füllt, keine objektiven Daten zur Wartezeitsituation, kein ehrlicher Hinweis, dass die deutschen Wartezeiten weit unter jenen in den Nachbarländern liegen, stattdessen Emotionen, „gefühlte Empirie“ und ein spürbare Dosis Populismus. Ebenso kein Eingeständnis der Politik, dass es seit Jahrzehnten politischer Wille ist, die Mittel für die ambulante Versorgung zu begrenzen, und dass dies zwangsläufig Auswirkungen auf die Versorgung haben muss.

Knapp ein Jahr nach Inkrafttreten des TSVG ist festzustellen, dass die Warnungen, dass die Einzelregelungen vielfach nur unter Mühen umsetzbar sein werden, sich bewahrheitet haben. Das Gesetz bleibt ein Ärgernis, für die Kassenärztlichen Vereinigungen ebenso wie für jeden einzelnen Arzt. Die Ungereimtheiten und Widersprüchlichkeiten der Detailregelungen des Gesetzes sorgen für eine lästige Bürokratie, ohne dass ein wirklicher Nutzen erkennbar wird – weder für die Praxen noch für die Patienten. Das TSVG bleibt eine Zumutung.

Strategische Weichenstellung im TSVG

Und doch gehört zur Gesamtbetrachtung, dass das TSVG auch Aspekte beinhaltet, die aus ärztlicher Sicht richtig sind und vor allem eine strategische Weichenstellung darstellen. Das Gesetz eröffnet auch Chancen für die niedergelassenen Ärzte und die Kassenärztlichen Vereinigungen. Damit zeigt das TSVG exemplarisch, weshalb es Jens Spahn seinen Kritikern oftmals nicht leicht macht: Weil es neben schwarz in den meisten Gesetzen auch weiß gibt.

So ist es trotz komplizierter Bereinigungsregeln beim extrabudgetären Honorar für neue Leistungen (z.B. Neupatienten, offene Sprechstunde) nicht gänzlich von den Hand zu weisen, dass – wie der Minister es selbst immer

wieder gern betont – das TSVG tatsächlich Regelungen enthält, dass es für bestimmte dieser Leistungen zusätzliche Mittel für die ambulante Versorgung gibt. Das war in der Vergangenheit keineswegs selbstverständlich.

Eine grundsätzlichere Dimension hat der Ausbau der bisherigen Bereitschaftsdienstnummer 116117 zu einer rund um die Uhr erreichbaren Anlaufstelle für Patienten mit akuten, aber nicht lebensbedrohlichen Beschwerden. So richtig es ist, kritisch anzumerken, dass dies zunächst Kosten bei den KVen verursacht, die diese im Wesentlichen allein zu tragen haben, darf nicht übersehen und geringgeschätzt werden, dass das Ministerium bewusst die Gesamtverantwortung für die ambulante Versorgung den KVen als Selbstverwaltung der Vertragsärzte überträgt – und eben nicht anderen Akteuren, weder den Krankenhäuser, noch den Krankenkassen oder gar dem Staat.

Wie sollte eine Kassenärztliche Vereinigung ernsthaft dagegen argumentieren, dass die ambulante Versorgung in die Hände der Niedergelassenen und ihrer KVen gehört? Es melden sich jedenfalls in der gesundheitspolitischen Debatte oft genug andere Akteure zu Wort, die davon überzeugt sind, es besser zu können, als die Niedergelassenen, und werben in diesem Sinne auch intensiv bei den politischen Entscheidungsträgern.

Gewissermaßen hat der Minister damit den Ball ins Spielfeld der Ärzteschaft geschossen und ihnen die Chance eröffnet, die nächsten Spielzüge zu machen und die eigene Position zu untermauern. Diese Entscheidung stärkt, trotz manch ärgerlicher Vorgabe im Detail, grundsätzlich die Niedergelassenen und ihre Selbstverwaltung. Eine Stärkung, die – das ist typisch für die Vorgehensweise von Jens Spahn – auch mit einer Inpflichtnahme der KVen einhergeht, diesen Versorgungsbereich aktiv zu gestalten.

Selbstverwaltung ist gewollt, wenn sie liefert

Die Notfallreform ist in ihrer seit Januar in Form des Referentenentwurfs vorliegenden Ausgestaltung bestätigt diese Linie. Auch hier ist erkennbar, dass das BMG, nachdem erste Überlegungen in eine andere Richtung gingen, die Rolle der Niedergelassenen und ihrer Körperschaften in der Notfallversorgung anerkennt und stärkt. So wird der Sicherstellungsauftrag dahingehend ausgeweitet, dass er künftig neben der Versorgung in den Praxen nicht nur den Bereitschaftsdienst umfasst, sondern grundsätzlich „auch die vertragsärztliche Versorgung 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist (notdienstliche Versorgung).“ Die künftigen Integrierten Notfallzentren (INZ) sollen gemeinsam von Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen betrieben werden und unter Leitung der jeweiligen KV stehen.

Die Beispiele, die sich um weitere aus anderen Gesetzen ergänzen ließen, zeigen, dass die Bedeutung und die Rolle der Selbstverwaltung im Ministerium deutlich sichtbarer anerkannt wird, als es der Koalitionsvertrag hat erwarten lassen. Aber, auch das ist erkennbar: Die Selbstverwaltung ist für Jens Spahn nicht ein Wert an sich. Sie ist Mittel zum Zweck, um Strukturen zu schaffen und Probleme zu lösen. Das Verhältnis des Ministers zur Selbstverwaltung könnte wohl eher als unsentimental und pragmatisch beschrieben werden.

Denn trotz des ein oder anderen neuen Spielraums hat der Minister wiederholt deutlich gemacht, dass die Selbstverwaltung in seinem Sinne zu „funktionieren“ hat und zügig zu Entscheidungen kommen müsse. So vertraute er der Frankfurter Allgemeinen Zeitung im Januar 2019 an: „Die Selbstverwaltung erledigt viel. Doch für manche Entscheidungen braucht sie zu lange. Ich bin Fan einer funktionierenden Selbstverwaltung.“ Und was „funktionierend“ ist, so ließe sich hinzufügen, definiert er selbst.

Entsprechend sind die Handlungsmöglichkeiten in seinen Gesetzen eher Gestaltungskorridore. Die Selbstverwaltung bekommt auch dort, wo ihr Entscheidungsspielräume zugestanden werden, in aller Regel bereits per Gesetz eine verbindliche Roadmap mitgeliefert. Und als es um die Forcierung der Digitalisierung ging, hat der Minister gezeigt, was passiert, wenn Entscheidungswege aus seiner Sicht zu ineffizient sind. Kurzerhand wurden per Gesetz die Strukturen bei der gematik so geändert, dass das Bundesgesundheitsministerium nun 51 Prozent der Gesellschaftsanteile kontrolliert und damit Entscheidungen auch allein durchsetzen kann.

Das dies das Vertrauensverhältnis nicht stärkt, weil die Handlungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung stets nur „auf Bewährung“ gewährt werden, was ein Ausdruck von Misstrauen ist, liegt nahe. Und doch eröffnen sich für die Kassenärztlichen Vereinigungen im Bereich der Notfallversorgung, auch auf anderen Feldern, durchaus neue Möglichkeiten, die Versorgung aktiv zu gestalten und das Knowhow ihrer Mitglieder einzubringen. Und sicher ist auch: Es gibt politische Strömungen im Land, die würden der ärztlichen Selbstverwaltung diese jetzt eröffneten Spielräume gar nicht erst zugestehen wollen, sondern andere und staatsfixiertere Modelle favorisieren.

Insofern ist die Ärzteschaft gut beraten, die Gelegenheiten, die sich bieten, zu ergreifen und so zu verdeutlichen, dass die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung am besten von denen organisiert und fortentwickelt werden kann, die ihre Kompetenz in gut siebzig Jahren Bundesrepublik Deutschland bereits erfolgreich unter Beweis gestellt haben, den niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten.

Good cop, bad cop neu definiert

Und wie lautet das Gesamturteil? Vielleicht lässt es sich so beschreiben: Der Minister hat die Verhandlungsstrategie des good cop, bad cop revolutioniert. Während üblicherweise zwei Personen erforderlich sind, von der eine den

guten, die andere den bösen Polizisten spielt, schafft Minister Spahn das Unmögliche: Er ist good cop und bad cop in einer Person. Der bad cop Spahn erhöht die Sprechstundenzeiten, der good cop stärkt die Rolle der Niedergelassenen in der Notfallversorgung und erteilt den Begehrllichkeiten anderer Akteure eine Absage.

Für die Ärzteschaft heißt das, wie auch schon zu Zeiten anderer Gesundheitsminister: Vorsichtig und wachsam bleiben, aber auch nicht in Fundamentalopposition oder generelle Systemverdrossenheit zu verfallen und dadurch die Chancen übersehen, die sich der Ärzteschaft und ihren Kassenärztlichen Vereinigungen bieten, um die Versorgung der Zukunft mit ihren Erfahrungen und ihrem Know-how mitzugestalten. Und so bleibt das Urteil ambivalent, weil die Vorhaben, die Jens Spahn anschiebt, in aller Regel auch aus Sicht der Ärzteschaft nicht einfach nur schwarz oder nur weiß sind.



Gutes angestoßen, viele liegen nun in den Händen des G-BA

Dr. Dietrich Munz

Präsident der Bundespsycho-
therapeutenkammer (BPtK)



Halbzeit in der Großen Koalition! In der Gesundheitspolitik wurde der Koalitionsvertrag zügig abgearbeitet. Vieles war eine gute Weichenstellung für psychisch kranke Menschen. Was davon aber bei den Patienten ankommt, hängt in der Regel von den Entscheidungen des G-BA ab.

Reform der Psychotherapeuten- ausbildung gelungen

Für die Profession hat sich im vergangenen Jahr Entscheidendes ereignet. Nach jahrelangen Debatten verabschiedete der Bundestag die Reform der Psychotherapeuten-
ausbildung. Psychotherapeut*innen werden künftig noch besser als heute qualifiziert; in einer Ausbildung an der Universität, die mit einem Masterabschluss und einer Approbationsprüfung endet. Psychotherapeut*innen absolvieren dann wie Ärzt*innen eine Weiterbildung, die im ambulanten und stationären Bereich Pflicht und auch in weiteren institutionellen Bereichen möglich sein wird. Sie werden eine noch zentralere, auch koordinierende Rolle in der stationären und ambulanten Versorgung übernehmen.

Personalausstattung in der Psychiatrie

Psychisch kranke Menschen, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung stationär behandelt werden müssen, können in psychiatrischen Krankenhäusern wegen der Vorgaben zur Personalbemessung nur mangelhaft und nicht leitliniengerecht versorgt werden. Patient*innen werden in psychiatrischen Krankenhäusern viel zu häufig verwahrt und pharmakologisch behandelt. Bis Ende 2019 wurde in der Personalausstattung der Krankenhäuser eine Psychotherapeut*in für die Behandlung von 78 Patient*innen als ausreichend betrachtet. Nimmt man die entsprechenden Minutenwerte der Ärzt*innen hinzu, dann waren für eine Patient*in pro Woche 29 Minuten Einzelgespräch in der Regelversorgung vorgesehen. Das ist deutlich weniger, als in der ambulanten Versorgung möglich ist. Das ist seit Jahren bekannt! Aus Sicht der BPTK müssten es mindestens 100 Minuten Einzeltherapie pro Patient*in pro Woche sein.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sollte im September 2019 nach dem Willen des Gesetzgebers die Misere eigentlich beenden. Heraus kam: Künftig könnten es 50 Minuten sein. Das ist nur halb so viel, wie notwendig wäre. Dabei hat der G-BA Aufgabenveränderungen beim

therapeutischen Personal, die gewachsenen zeitlichen Anforderungen an die Dokumentation oder den erhöhten Aufwand aufgrund gestiegener Aufnahmezeiten noch gar nicht berücksichtigt. Die Debatte um die Reform der Personalausstattung dauert schon so lange, dass die unzureichenden Beschlüsse als bürokratisches Hinhalten der Patient*innen verstanden werden können.

Glücklicherweise scheint auch die GroKo an diesem Punkt die Geduld mit der gemeinsamen Selbstverwaltung zu verlieren. Unmittelbar nach dem Beschluss des G-BA zur Personalausstattung hat der Gesetzgeber diesem einen erweiterten gesetzlichen Auftrag gegeben. Er soll bettenbezogene Mindestvorgaben für die Anzahl der Psychotherapeut*innen in Psychiatrie und Psychosomatik machen. Damit erhält der G-BA die Chance, kurzfristig die völlig überalterten Vorgaben für das Tätigkeitsprofil der Psychotherapeut*innen anzupassen. Denn in der neuen Richtlinie des G-BA genauso wie in der veralteten Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) findet sich das Tätigkeits- und Kompetenzprofil von Psycholog*innen, nicht von Psychotherapeut*innen. Damit wird der Beitrag, den Psychotherapeut*innen zur Versorgung psychisch kranker Menschen leisten können, gravierend unterschätzt. Das geht zulasten der Patient*innen und schränkt die Personalplanung der Krankenhäuser unnötigerweise ein. Auf dieser fehlerhaften Basis wurden zusätzlich die völlig unzureichenden Minutenvorgaben aus der Psych-PV in die neue Richtlinie weitestgehend übernommen und nur bei den Einzelgesprächen geringfügig korrigiert. Über die gesamte Breite des Tätigkeitsprofils mit einem Schwerpunkt auf ausreichend Zeit für Einzelgespräche, muss der G-BA dank der Initiative der GroKo bis zum September dieses Jahres seinen Beschluss überarbeiten.

Ob der G-BA diese Chance zur zügigen Verbesserung der Versorgung in den Psychiatrien nutzt, hängt vom Wörtchen „bettenbezogen“ ab. Das Gesetz verlangt bettenbezogene Mindestvorgaben. Aber Stand der Diskussion ist, dass nur patientenbezogene Mindestvorgaben Sinn

machen, weil unterschiedliche Patientengruppen einen unterschiedlichen Versorgungsbedarf haben. Das Einfachste wäre nun, den Gesetzgeber zu bitten, den § 136a Absatz 2 Satz 9 SGB V unverändert beizubehalten und nur das Wörtchen „bettenbezogen“ zu streichen. In Erwartung dieser Veränderung, die wahrscheinlich das Parlament passieren würde, wenn sich die Beteiligten im G-BA in dieser Sache einig wären, könnte man die Entscheidung für September vorbereiten. Das wäre ein patientenorientiertes Vorgehen. Nur so tickt der G-BA nicht, jedenfalls nicht immer. Die Versuchung für den G-BA dürfte groß sein, sich den Auftrag erst einmal vom Halse zu schaffen und der GroKo vorzuschlagen, den Paragraphen ganz zu streichen. Aber warten wir es ab, der Ball liegt im Feld des G-BA.

Ambulante Angebote für Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf

Positiv ist auch der Auftrag an den G-BA, die Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf zu verbessern. Es könnten endlich Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die Kooperation von Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen fördern und es möglich machen, weitere Heilberufe wie Pflegende, Soziotherapeut*innen oder auch Ergotherapeut*innen gezielt mit in die Behandlung einzubeziehen. Auch eine geregelte Kooperation mit Psychiatrischen Institutsambulanzen und der Gemeindepsychiatrie wäre organisierbar.

Um wirklich die Versorgung von Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf zu verbessern, würde es darauf ankommen, informell bereits bestehende Kooperation und Koordination in Schwerpunkt-Praxen auszubauen und verbindlich zu gestalten. Nicht alle niedergelassenen Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen müssten diesen Aufwand betreiben, denn für die meisten Patient*innen reicht die bestehende informelle Vernetzung und das klassische Versorgungsangebot der Praxen.

Schwerpunktbildungen bieten durchaus Vorteile. Die Praxen könnten sich für den besonderen Bedarf dieser Patient*innen gezielt mit einem breiteren Behandlungsangebot (psychoedukative und themenfokussierte Gruppen, Kriseninterventionen, zusätzliche Angebote für Angehörige usw.) und entsprechenden Praxis- und Netzstrukturen aufstellen. Die notwendige Kooperation für multiprofessionelle ambulante Versorgung kann gelingen, wenn es spezifische und verbindliche Regelungen gibt. Vorstellbar ist beim Aufbau dieser Versorgungsangebote damit auch ein zeitversetztes Vorgehen, sodass man mit einem breiten Diagnosespektrum unter Berücksichtigung des jeweiligen Schweregrades (über Funktionsniveau, Krankenhausaufenthalte, Arbeitsunfähigkeit) bei Erwachsenen beginnt. Später ließe sich z. B. ein Modul Suchterkrankungen ergänzen, genauso wie ein Modul für psychisch kranke Kinder und Jugendliche.

Aber was, wenn es dem G-BA vor allem um Triage geht. Also darum, die Komplexversorgung als Vehikel dafür zu benutzen, dass weniger kranke Menschen noch schwerer als heute einen Behandlungsplatz finden. Was, wenn der G-BA der Idee anhängt, durch die Komplexversorgung die viel zu wenigen Behandlungsplätze primär für schwer psychisch kranke Menschen zu nutzen und alle anderen auf die Wartelisten zu setzen. Das würde für Menschen mit weniger schweren psychischen Erkrankungen das Risiko von Symptomverschlechterungen und Chronifizierungen erhöhen. Mit psychisch kranken Menschen wird seit jeher so verfahren. Ein Vorgehen, das bei körperlich kranken Menschen – von absoluten Notfallsituationen abgesehen – keiner wagen würde. Aber auch bei diesem Auftrag gilt: Abwarten, wie der G-BA entscheidet.

Reform der Bedarfsplanung: schlechte Nachrichten für die ambulante Psychotherapie

Der G-BA fällt in der Bedarfsplanung bei der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben eher selten durch den überzeu-

genden Einsatz für Patient*innen auf. Häufig geht es primär um ökonomische Interessen. Mitte des vergangenen Jahres trat z. B. die reformierte Bedarfsplanungs-Richtlinie in Kraft. Mit dieser Richtlinie werden 2020 knapp 800 neue Psychotherapeutesitze geschaffen. Hiervon profitieren vor allem Regionen in der Nähe von Ballungszentren (Kreistypen 2, 3 und 4 der Bedarfsplanung), die Großstädte (Kreistyp 1), die rein ländlichen Regionen (Kreistyp 5) sowie das Ruhrgebiet (Kreistyp 6) hingegen nicht bzw. kaum. Ein vom G-BA in Auftrag gegebenes Gutachten hatte einen dreimal so hohen Bedarf von rund 2.400 Sitzen ermittelt. Die BpTK hatte zusätzliche Psychotherapeutesitze insbesondere für die ländlichen Regionen gefordert. Dort warten Patient*innen im Durchschnitt vier bis fünf Monate auf den Beginn einer Psychotherapie.

Die korrigierte Richtlinie sieht außerdem vor, die Anzahl der Psychotherapeut*innen in regelmäßigen Abständen auf der Basis der Daten zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen an die demografische Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland anzupassen. Ältere Menschen sind aufgrund der noch weit verbreiteten Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und der damit verbundenen Scham, sich Hilfe zu holen, in der Versorgung unterrepräsentiert. Sie nehmen also weniger psychotherapeutische Leistungen in Anspruch als jüngere Menschen. Der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung wird jedoch in den nächsten Jahren deutlich zunehmen. Da sich der neu eingeführte Morbiditätsfaktor in der Bedarfsplanung an den Leistungsdaten orientiert, führt er dazu, dass in den nächsten 20 Jahren ca. 1.600 Psychotherapeutesitze abgebaut werden müssten.

Krankenkassen im Wettbewerb bleiben für psychisch kranke Menschen ein Problem

Halten wir also fest: Sowohl in der ambulanten als auch stationären Versorgung kann psychisch kranken Menschen nicht ausreichend Psychotherapie angeboten werden. Psychotherapie ist aber allein oder in Kombina-

tion mit Pharmakotherapie das Mittel der Wahl. Bewegung insbesondere bei den Krankenkassen, diesen Missstand abzustellen, ist bisher nicht zu beobachten. Dies verwundert, denn 2017 gingen einer Auswertung der BpTK zufolge 15 Prozent der betrieblichen Fehltage auf psychische Erkrankungen zurück. Bei jungen Erwachsenen unter 30 Jahren sind psychische Erkrankungen damit der vierthäufigste und bei älteren Erwachsenen (45 bis 64 Jahre) der zweithäufigste Grund für Fehltage, so der Fehlzeitenreport des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen. Besonders häufig müssen Beschäftigte in Banken und Versicherungen, aber auch im Gesundheits- und Sozialwesen psychisch bedingt krankgeschrieben werden. Die höchsten Ausfälle verzeichnen dabei Pflegende.

Krankengeldmanagement

Krankenkassen werden in der Regel erst dann aktiv, wenn Arbeitnehmer*innen länger als sechs Wochen krank sind. Dann zahlen nicht mehr die Arbeitgeber*innen den Lohn fort, sondern die Krankenkassen Krankengeld. Der Anteil der Krankengeldzahlungen für psychisch kranke Menschen an den Gesamtausgaben für Krankengeld beträgt rund 25 Prozent. Gerade psychisch kranke Menschen sind häufig besonders lange krankgeschrieben. Das führt dazu, dass sie Bekanntschaft mit den Mitarbeiter*innen der Krankenkassen machen, die im bürokratischen Jargon für das „Krankengeldmanagement“ zuständig sind. Sowohl die Unabhängige Patientenberatung Deutschland als auch der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit berichten über eine Vielzahl von Patient*innen, die durch ihre Krankenkasse falsch informiert wurden. Es kommt sogar vor, dass den Patient*innen nahegelegt wird, den Arbeitsplatz zu kündigen, da dieser die psychische Erkrankung verursache. Ist ein Versicherter erst einmal arbeitslos und lässt sich dann womöglich nicht mehr krankschreiben, muss die Krankenkasse kein Krankengeld mehr zahlen.

Gesundheits-Apps

Gesundheits-Apps und Videobehandlungen bieten Chancen, die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern. Die BpTK hat sich daher intensiv dafür eingesetzt, dass beides in der Regelversorgung zur Verfügung steht. Am 7. November 2019 hat der Bundestag das Digitale-Versorgung-Gesetz verabschiedet. Darin konnten wesentliche Forderungen der Profession verankert werden. So ist vorgesehen, dass Gesundheits-Apps künftig von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. Außerdem erhalten Psychotherapeut*innen die Befugnis, Gesundheits-Apps zu verordnen. So ist sichergestellt, dass Psychotherapeut*innen ihre Patient*innen in Bezug auf Gesundheits-Apps beraten können und vor allem eine ausreichende Diagnostik und Indikationsstellung erfolgt, bevor eine Gesundheits-App eingesetzt wird.

Sehr kritisch beurteilt die BpTK dagegen die Möglichkeit, dass auch Krankenkassen ihren Versicherten in Zukunft Gesundheits-Apps empfehlen können. Dafür fehlt Mitarbeiter*innen von Servicehotlines und Berater*innen von Krankenkassen jegliche Qualifikation. Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen, die bezüglich Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen (§ 2 SGB V). Zumindest für psychisch kranke Menschen sind Krankenkassen bereit, diesen Standard deutlich zu unterschreiten.

Dazu werden sie aller Voraussicht nach auch die Digitalisierung nutzen. Wie lange wird es wohl dauern, bis die Krankenkassen auf die Idee kommen, dass Versicherte erst dann einen Anspruch auf die Behandlung durch eine Psychotherapeut*in haben, wenn sie es zuvor mit einer Gesundheits-App probiert haben? Man muss keine prophetischen Gaben besitzen, um vorherzusehen, dass die Krankenkassen 2020 versuchen werden, digitale Anwendungen therapieersetzend statt therapiebegleitend einzuführen, um damit den gravierenden Mangel an Behand-

lungsplätzen z. B. in ländlichen Regionen zu verdecken. Denn was nützt den GKV-Versicherten die Wahlmöglichkeit zwischen Psychotherapie und Gesundheits-App, wenn sie faktisch nicht besteht, weil die Wartezeit auf eine Psychotherapie viel zu lang ist? Leider hat die GroKo den Krankenkassen diesen Spielraum gelassen.

Fazit

Auch wenn die GroKo viel für psychisch kranke Menschen angestoßen hat, ob es bei diesen wirklich ankommt – darüber entscheidet nun an vielen Punkten der G-BA. Generell gilt daher: Eine gute Versorgung psychisch kranker Menschen gelingt erst, wenn auch die Krankenkassen dieses Ziel mitverfolgen.

Zwei Jahre Reformpolitik, zwei Monate Krisenmanagement

Friedemann Schmidt
Präsident der ABDA –
Bundesvereinigung Deutscher
Apothekerverbände



Seit dem Frühjahr 2018 ist Jens Spahn als Gesundheitsminister einer der Aktivposten im Bundeskabinett. Er strukturiert sein Ministerium und nachgelagerte Behörden um, bringt Digitalisierung und Pflege voran, scheut sich nicht vor ethischen Debatten zu Organspende oder Sterbehilfe – und bringt ein Gesetz pro Monat auf den Weg. Für die Apotheken vor Ort will er sich erklärtermaßen einsetzen, hat aber den belastbaren Beweis dafür noch nicht erbracht. Und das Aufkommen der Corona-Pandemie hat dieses Vorhaben wie viele andere zunächst in den Hintergrund rücken lassen.

Krisenmanagement

Das Coronavirus beherrscht seit Jahresbeginn die Schlagzeilen weltweit. Und während Mitte März 2020 dieser Text entstand, änderten sich die Einschätzungen zur globalen Pandemie täglich. Jens Spahn hat in der Krise ohne Zögern die Rolle des besonnenen und zugleich entschlossenen Krisenmanagers vor und hinter den Kulissen angenommen. Er hat offensiv die Öffentlichkeit informiert, den Schulterschluss mit den Verbänden im Gesundheitswesen gesucht und gemeinsam mit anderen Ressorts zahlreiche Maßnahmen in einem für die Bundespolitik ungewohntem Tempo auf den Weg gebracht. Ein Beispiel sind kurzfristige Ausnahmen von der Biozidverordnung, die es Apotheken ermöglichen, dringend benötigte Desinfektionsmittel in ihren Laboren selbst herzustellen, ein anderes die kurzfristigen Finanzierungszusagen an Krankenhäuser. Auch der Appell, die Zahl der Arzt- und Apothekenbesuche zu minimieren, war Teil des Spahnschen Krisenmanagements, der die Verantwortung für das Gesundheitswesen nachvollziehbarerweise auf viele Schultern verteilen will. In der Tat sind die Krankenkassen, Kliniken, Ärzte, Zahnärzte und Apotheker im Rahmen der Selbstverwaltung für ihre jeweiligen Bereiche verantwortlich und auf absehbare Zeit durch Covid-19 im Dauer-Stresstest.

Regierungsprogramm

Die Bundestagswahl 2017 liegt derweil gefühlt schon eine Ewigkeit zurück. Nach den gescheiterten Jamaika-Verhandlungen für eine Koalition aus CDU/CSU, Bündnis 90/Die Grünen und FDP hat es für Berliner Verhältnisse ungewöhnlich lange gedauert, bis eine funktionsfähige Große Koalition aus Union und SPD zustande kam und die Bundespolitik wieder arbeitsfähig war. Was damals an Zeit verloren gegangen war, scheint man seither im legislativen Dauersprint wieder aufholen zu wollen – zumindest in der Gesundheitspolitik. Ein Gesetzentwurf nach dem anderen hat in den vergangenen zwei Jahren das Bundesgesundheitsministerium verlassen. TSVG, GSAV, DVG, VOASG, FKG, PDSG – das sind nur einige der vielen Kürzel, hinter denen sich Gesetze mit teils weitreichenden Folgen auch

für die Apothekerschaft verbergen. Doch der Ausstoß an Gesetzen ist nicht nur quantitativ bemerkenswert. Vielmehr hat sich hier auch ein neuer Politikstil festgesetzt. Er erinnert an die Entwicklung von Softwareprodukten: Es geht nicht darum, immer gleich „das große Ganze“ zu liefern, sondern darum, zwar schrittweise, dafür aber zügig voranzukommen und Gesetzentwürfe „unterwegs“ im politischen Prozess zu testen und von etwaigen Fehlern zu befreien. Dieser schrittweise Ansatz eines „learning by doing“ bedingt einen intensiven Austausch zwischen Exekutive und Legislative als „Entwickler“ sowie den Krankenkassen und Heilberuflern als „Anwender“. Und er wird begleitet von einer offensiven öffentlichen Kommunikation. Das gilt natürlich ganz besonders in dem ebenso dynamischen wie unübersichtlichen Feld der Digitalisierung, wo Minister Spahn von Anfang an einen seiner gesundheitspolitischen Schwerpunkte verortet hatte. Wer geglaubt hatte, dass mit einem oder zwei E-Health-Gesetzen die vierjährige Legislaturperiode bestritten werden könnte, muss nun eigentlich in jeden Gesetzentwurf aus dem BMG schauen, um nicht in Anhängen oder Anträgen noch durch irgendeine Detailregelung zur Telematikinfrastruktur (TI) oder zu Apps überrascht zu werden. Auch die Pflegepolitik wird iterativ vorangetrieben – nach dem einen Gesetz zur Personalstärkung ist vor dem nächsten Gesetz zur Pflegevergütung. Auch die Neugründung und Umstrukturierung von wichtigen Abteilungen im eigenen Ministerium, die Zusammenlegung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder die Mehrheitsübernahme an der gematik GmbH illustrieren, wie sich strategisches Denken und operative Politik verbinden. Letztlich kann man sogar die großen ethischen Diskurse um Sterbehilfe oder Organspende in diese Kategorie einordnen. Spahn will Debatten über wichtige gesellschaftspolitische Themen anstoßen, die Gesellschaft und Politik bisher gescheut haben. Dabei bezieht er Position, versteht sich aber gleichzeitig als Mittler.

Apothekenreform

In Bezug auf die Apotheken wartete Spahn gleich zu Beginn seiner Amtszeit mit einem Paukenschlag auf. Das im Koalitionsvertrag zumindest als ernsthaften Prüf-, wenn nicht sogar als klaren Umsetzungsauftrag genannte Versandhandelsverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel kassierte der Minister mit der Aussage, ein Verbot entspreche nicht dem Zeitgeist einer modernen und liberalen Gesellschaft. Nach dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs, das ausländischen Versendern im Oktober 2016 das Unterlaufen einheitlicher Abgabepreise erlaubt hat, sei solch ein Schritt auch europa- und verfassungsrechtlich nicht zulässig. Nach einigem Warten wies Spahn dann auf dem Deutschen Apothekertag im Herbst 2018 die Richtung, in die er gehen wollte, um die Gleichpreisigkeit wiederherzustellen und die Apotheken vor Ort zu stärken. Eine sozialrechtliche Lösung für die GKV sollte her. Für die Apothekerschaft war das ein schwer verdaulicher Brocken, einen Mangel an Diskussionsfreude und Konfliktfähigkeit bei diesem Thema konnte man Spahn aber zumindest nicht vorwerfen. Regelmäßig stand er den Apothekergremien Rede und Antwort – zuletzt auf dem Deutschen Apothekertag im Herbst 2019.

Bereits im Juli 2019 hat die Bundesregierung einen Kabinettsbeschluss für ein Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz (VOASG) gefasst. Der Botendienst der Apotheken vor Ort wurde liberalisiert und kann nun grundsätzlich allen Patienten angeboten werden. Durch höhere Zuschüsse für den Nacht- und Notdienst sowie für die Abgabe dokumentationspflichtiger Medikamente (z.B. Betäubungsmittel) werden die Apotheken seit Jahresbeginn 2020 darüber hinaus auch bei der Erfüllung ihrer Gemeinwohlpflichten gestärkt. Doch die zentralen ordnungspolitischen Punkte des VOASG-Paketes kamen und kommen nicht von der Stelle: Der Kabinettsbeschluss war gebunden an eine Vorabstimmung mit der Europäischen Kommission hinsichtlich der Binnenmarkt-Verträglichkeit des VOASG. Diese Rückmeldung stand auch im März 2020 noch aus. Erst langsam mehren sich die Stimmen insbesondere

in der CDU-Fraktion, den überfälligen Gesetzentwurf nötigenfalls ohne das Kommissionsvotum an den Bundestag zuzuleiten und zu beschließen. Und dafür wird es höchste Zeit.

Neben dem VOASG waren und sind natürlich weitere Verfahren für die Arzneimittelversorgung relevant. Beim Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) wurde festgelegt, dass die gematik GmbH bis zum 30. Juni 2020 die technischen Standards für das E-Rezept festlegen muss und dass Hämophilie-Arzneimittel zukünftig apothekenpflichtig und -abgabefähig sind. Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) hat den Anschluss der Apotheken an die Telematikinfrastruktur auf den 30. September 2020 datiert, auch wenn dies flächendeckend kaum mehr zu schaffen sein wird. Das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (FKG) soll zu mehr Transparenz bei Arzneimittel-Lieferengpässen und entsprechender Durchgriffsfähigkeit von Behörden sowie Lagerhaltung bei Herstellern und Großhändlern führen. Aber auch hier sind die Maßnahmen aus Apothekersicht unzureichend, insbesondere fehlt eine Vergütung für das zeitaufwendige Management der Mangelwirtschaft. Auch die Vorbereitung auf eine Zukunft mit E-Rezept ist bislang Stückwerk. Im Entwurf des Patientendatenschutzgesetzes (PDSG) ist zwar ein Zuweisungsverbot für künftige E-Rezepte von Ärzten an Apotheken enthalten, aber ein Makelverbot für Dritte fehlt noch. Es muss auch in Zukunft verboten bleiben, dass App-Entwickler, Plattform-Anbieter oder Marktplatz-Betreiber technische Mittel nutzen, um Rezepte auf unlautere Art und Weise einzusammeln und nach Gutdünken meistbietend zu vermarkten. Auf der Strecke bleiben würde nicht nur der Datenschutz und die freie Apothekenwahl jedes Patienten, sondern langfristig eben auch die flächendeckende Versorgung durch Apotheken vor Ort. Das E-Rezept muss seinen Weg diskriminierungsfrei und manipulationssicher vom Arzt an den Patienten, und vom Patienten an die Apotheke seiner Wahl nehmen können. Die Apothekerschaft begrüßt das E-Rezept zwar, fordert und fördert seine zeitnahe Einführung, besteht aber des-

halb auf einer bundeseinheitlichen, kostenlosen und werbefreien Patienten-App zu seiner Verwaltung.

Ob bei der Wiederherstellung der Preisbindung für rezeptpflichtige Medikamente oder beim Einführen des E-Rezepts – jede Maßnahme muss sich daran orientieren, ob und wie sie das System einer dezentralen, wohnortnahen Arzneimittelversorgung durch Apotheken vor Ort stützt. Der Wert und die Resilienz dieses Systems stellen sich gerade während der Corona-Krise unter Beweis. Auch die Politik muss das anerkennen. Und wenn im Abflauen der Krise die Diskussion um die „lessons learned“ beginnt, dann wird die Zukunft der Apotheken zu besprechen sein. Die vielen tausend inhabergeführten Apotheken vor Ort sind eine der wichtigsten, stabilsten und zugleich flexibelsten Säulen des Gesundheitssystems in Deutschland. Sie ordnungspolitisch abzusichern und gesundheitspolitisch zu fördern, ist eine raison d'être. Nur eine klare Zukunftsperspektive erlaubt es jungen Pharmazeuten, ihre Fachkompetenz und ihr freiberufliches Engagement in den Dienst der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung zu stellen.



Viele Reformen – viel dahinter?

Thomas Bublitz

Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)



© Ines Lindenau

Die erste Halbzeit unserer aktuellen Bundesregierung ist vorüber und gerade im Gesundheitsbereich können wir uns nicht über Untätigkeit beklagen – der Gesundheitsminister hält die Branche mit fast monatlich neuen Reformen auf Trab. Doch nicht jede Reform hält am Ende, was sie verspricht.

Es ist immer so eine Sache, wenn Interessenvertreter über die Erfolge eines Ministers urteilen sollen. Da möchte ich mich lieber ein wenig zurückhalten. Aus meiner Sicht ist Jens Spahn ein Minister, der über profunde Erfahrungen in allen Bereichen des Gesundheitswesens verfügt und sich mit der häufig von Interessenvertretern im Gesundheitswesen vorgetragenen Feststellung, dass das so nicht geht, nicht abfinden möchte. Was er für regelungsbedürftig hält, packt er an und setzt es schnell um, auch wenn es die vertraute Welt der im Gesundheitswesen Tätigen auf den Kopf stellt. Er ist ein Instinktpolitiker und das Gesicht des Krisenmanagers beim Pflegenotstand und der in diesem Frühjahr grassierenden Corona-Pandemie. Wie im echten Leben ist es aber auch in der Politik so, dass man Rücksicht nehmen muss, z. B. auf seinen Koalitionspartner und die Zwänge, die sich aus Stimmungen und Debatten in der Öffentlichkeit ergeben. Das führt zu Ergebnissen in der Gesetzgebung, die nicht immer die eigene Überzeugung widerspiegeln. Auch diese Erkenntnis gehört in eine Halbzeitbilanz dieser Legislaturperiode.

An Fleiß hat es bis hierhin der Koalition nicht gefehlt. Gefühlt im Vierwochentakt bricht ein neues Gesetz über die Akteure im deutschen Gesundheitswesen herein. Bei dieser Taktgeschwindigkeit müssten eigentlich alle Probleme im Gesundheitswesen zwischenzeitlich beseitigt sein. Für den Krankenhausbereich trifft das leider nicht zu. Mit der Ausgliederung der Pflegekosten aus dem DRG-System und der Überführung in ein separat zu verhandelndes Pflegebudget wurde die Logik des DRG-Systems ad absurdum geführt. Es hört sich gut an und ist längst überfällig, die Krankenhäuser vom wirtschaftlichen Druck der Personalkosten zu befreien. Spätestens dann können die Krankenhäuser wieder mehr Pflegekräfte einstellen und höhere Gehälter zahlen. Das ist theoretisch auch völlig richtig, praktisch aber eben nicht: Diese Logik hätte wahrscheinlich vor zehn oder fünfzehn Jahren gegriffen. Heute fehlen Pflegekräfte wegen des Fachkräftemangels, der durch den demographischen

Wandel bedingt ist. Pflegefachkräfte, die wieder bereit sind in der Pflege zu arbeiten, gibt es eben nicht mehr wie den berühmten Sand am Meer. Stattdessen befinden sich die Krankenhäuser in zähen Gesprächen mit den Krankenkassen, in denen darüber verhandelt wird, welche Pflegefachkraft, welche Pflegehilfskraft denn nun tatsächlich der Pflege am Bett zuzuordnen und damit in das Pflegebudget überführbar ist. Aus meiner Sicht ist diese Maßnahme ein eindeutiger Rückschritt. Die Zeit und Energie hätten wir besser nutzen sollen, um die Strukturen, Prozesse und Abläufe in unseren Krankenhäusern auf ein zeitgemäßes Niveau zu bringen, statt sie an der romantischen Vorstellung der achtziger und neunziger Jahre zurückzuentwickeln und sie auf eine leistungsfähige und personalschonende Ebene zu hieven. Dabei geht es um folgende Fragestellungen: Wie entlasten wir das Krankenhauspersonal von patientenfernen und bürokratischen Arbeiten? Wie schaffen wir eine rechtsichere und effiziente Aufgabenteilung, die komplett an den Erfordernissen einer modernen Patientenversorgung und an verfügbarem Personal orientiert ist? Wie sieht denn konkret eine moderne digitale Infrastruktur für Krankenhäuser aus und was können wir davon aus dem Ausland lernen? Wie implementieren wir sie in die Krankenhäuser, damit alle Mitarbeiter davon profitieren?

Auch die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) hat die Krankenhäuser, das Personal und die Patienten nicht vorangebracht. Was sich vordergründig überzeugend anhört, nämlich Krankenhausleistungen nur dann erbringen zu können, wenn eine Personalmindestbesetzung anwesend ist, entpuppt sich als Pyrrhussieg. Wirkung entfalten die PPUG nämlich nur dann, wenn ihre Einhaltung zu jedem Zeitpunkt überprüfbar ist. In der Konsequenz steigt die Erfassungs- und Kontrollbürokratie auch beim Pflegepersonal sprunghaft an. Mit großer Verwunderung wird nun auch festgestellt, dass die PPUG in den pflegesensitiven Bereichen dazu führen, dass diese ihr Leistungsangebot an die vorhandenen Personalkapazitäten anpassen. Plötzlich können nicht

mehr alle Patienten auf diesen Stationen behandelt werden. Betroffen sind beispielsweise Intensivstationen, Stroke Units, kardiologische und herzchirurgische Abteilungen. Aus meiner Sicht zeigt uns gerade die Coronakrise, dass diese Maßnahmen die Leistungsfähigkeit der Krankenhausversorgung einschränken. Genau deshalb hat der Bundesgesundheitsminister sehr zu Recht die Geltung der PPUG noch vor der ersten Nagelprobe ausgesetzt, um sicherzugehen, dass Krankenhäuser doch jeden Coronapatienten aufnehmen können.

Was bedeutet das für die Krankenhäuser

Das Deutsche Krankenhausinstitut stellt fest, dass die Zahl der Krankenhäuser mit einem negativen Jahresergebnis von rund 30 % auf deutlich über 50 % angestiegen ist. Jedes zweite Krankenhaus schließt also aktuell mit einem wirtschaftlichen Verlust ab. Diese Entwicklung trifft mit der unzureichenden Investitionsfinanzierung der Bundesländer zusammen. Ich wage die Prognose, dass wir die Anfänge eines wirtschaftlich bedingten kalten Strukturwandels in den Regionen erleben werden. Immer mehr Krankenhäuser wollen den Versorgungsauftrag zurückgeben, sind von Insolvenz bedroht oder müssen verkaufen, weil ihnen schlicht die Perspektive fehlt. Das Ausscheiden von Krankenhäusern ist sicher mengenmäßig vertretbar. Problematisch wird es aber dann, wenn dies nicht nach einem Plan oder einer Logik, sondern willkürlich geschieht. Sehr wahrscheinlich werden gerade dann Krankenhäuser in den ländlichen Bereichen ausscheiden, in denen man ohnehin weit von gleichen Lebensverhältnissen wie in Ballungsräumen entfernt ist. Ausscheiden werden vor allem die Krankenhäuser, die in diesen wirtschaftlich angespannten und vom Fachkräftemangel dominierten Zeiten keine Möglichkeit haben, zusätzliche finanzielle Hilfen von den Kommunen zu bekommen.

Hoffnung auf zukunftsfähige Rahmenbedingungen gibt es hingegen für die rund 1.000 ambulanten und stationären Reha-Einrichtungen mit dem Gesetzentwurf des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPReG). Die Rehabilitation hat damit in dieser Legislaturperiode eine lange nicht mehr dagewesene Aufmerksamkeit erfahren, die auch bitter nötig ist. Vor allem drei Handlungsfelder haben sich in den letzten 20 Jahren aufgetan.

Die Genehmigung der Reha

Nach wie vor wird die medizinische Rehabilitation nur auf Antrag genehmigt. Sie kann also, trotz ärztlich attestierter Notwendigkeit – beispielsweise nach einem Schlaganfall oder einer Herzoperation – abgelehnt werden, wenn die Versicherung nicht der Meinung ist, die Maßnahme sei notwendig. Häufig entstehen Versorgungslücken, weil Patienten im Krankenhaus bleiben oder direkt in ein Pflegeheim verlegt werden. Mit einer Reha lässt sich das vermeiden. Die Versicherungen müssen endlich umdenken und den Empfehlungen des Arztes folgen.

Das Geld entscheidet die Klinikwahl

Es ist dem Patienten freigestellt, von welchem Arzt oder in welchem Krankenhaus er sich behandeln lassen möchte. Anders sieht es bei der Rehabilitation aus. Bei der Wahl der richtigen Reha-Einrichtung stehen nicht die Wünsche der Versicherten im Vordergrund, sondern häufig die Kosten, die mit der Maßnahme für die Versicherung verbunden sind. Gerade die gesetzlichen Krankenkassen schreiben ihren Versicherten vor, in welcher Klinik sie sich behandeln lassen müssen. Entscheidet sich der Patient gegen die Wahl der Krankenkasse für eine andere zugelassene Vertragsklinik, werden ihm zusätzlich zur gesetzlichen Zuzahlung die Differenzkosten zur gewählten Einrichtung auferlegt. Das Thema Wunsch- und Wahlrecht gerät so häufig zu einer Frage des Geldbeutels. Davon unabhängig halten die Kassen alle Trümpfe hinsichtlich der Marktmacht in der Hand und spielen sie konsequent aus: Setzt eine Klinik in den Vergütungssatzverhandlungen höhere Kosten in höhere Preise um, dann muss sie mit einem sofortigen Belegungseinbruch rechnen. Die Wahl der Krankenkasse fällt schließlich auf die Einrichtung, mit den für sie geringsten Kosten. Für die Patienten bedeutet dies lange Weg und lange Wartezeiten. Die Pflegesätze haben sich in den letzten Jahren unterdurchschnittlich entwickelt. Ein Behandlungstag in der Reha kostet kaum mehr als eine mittelklassige Hotelübernachtung.

Kein Mithalten im Kampf um die besten Fachkräfte

Fast alle Branchen kämpfen um die besten Fachkräfte, vielfach gelockt mit hohen Löhnen oder Sonderzahlungen. Die Reha-Einrichtungen können hier nicht mithalten. Wegen der Grundlohnsummenbindung dürfen die Preise in der medizinischen Reha nicht stärker steigen, als sich die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen entwickeln. An diese Grundlohnsumme sind die Vergütungsverträge gebunden. Das hat zur Folge, dass Pflegekräfte in Krankenhäusern, wo das nicht der Fall ist, bis zu 500 Euro mehr im Monat erhalten, als die Kollegen in den Rehabilitationskliniken. Qualifiziertes Personal zu gewinnen wird

damit für Reha-Einrichtungen immer schwieriger.

Viele der angesprochenen Punkte regelt das Mitte Februar vom Kabinett verabschiedete IPReG – ein wichtiger und lang ersehnter Schritt für die Reha. Ein grundlegendes Prinzip darin ist die gemeinsame Verantwortung von GKV-Spitzenverband und den Reha-Leistungserbringern zur Vereinbarung von Rahmenempfehlungen zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen und von Grundsätzen einer leistungsgerechten Vergütung. Die Inhalte dieser Rahmenempfehlungen sind für die Einzelverträge mit den Reha-Einrichtungen zugrunde zu legen. Kommen sie nicht zustande, entscheidet eine neue Bundesschiedsstelle. Damit erhalten die Reha-Einrichtungen erstmals ein partizipatives Leistungserbringerrecht, in dem sie selber über die maßgeblichen Reha-Leistungserbringerverbände an der Ausgestaltung der Leistungs- und Vergütungsgrundlagen beteiligt werden.

Auch bei der Reha der Rentenversicherung ist aktuell viel im Umbruch. So hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) den Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Weiterentwicklung des Übergangsgeldanspruchs veröffentlicht – das Medizinische Rehabilitationsleistungen-Beschaffungsgesetz (Med-RehaBeschG). Das Gesetz soll die Rentenversicherung künftig davor schützen, Leistungen der medizinischen Rehabilitation öffentlich auszuschreiben. Das geht nur mit einem, von der Rentenversicherung organisierten, möglichst transparenten und diskriminierungsfreien Zulassungsverfahren der Reha-Einrichtungen sowie einem ebensolchen Belegungsverfahren der Patienten. Problematisch an dem Gesetzentwurf ist, dass die Rehabilitationsrichtungen keine geregelten Mitwirkungsrechte im SGB VI haben und die DRV als Reha-Träger alleine handlungs- und beschlussfähig ist.

Die Bilanz der ersten Halbzeit der Koalition ist für uns vielfältig zu bewerten. Positiv sind, wie bereits erwähnt, die vielen Änderungsanstöße. Vor allem hinsichtlich des Krankenhausbereichs hapert es jedoch mit der praktischen Umsetzung und hört sich häufig vor allem in der Theorie gut an, zeigt sich für die Praxis aber nicht umsetzbar. Ganz anders sieht es bei der Rehabilitation aus. Hier hat uns der Bundesgesundheitsminister mit dem IPReG ein wahres Geschenk gemacht. Während dieser Gesetzesentwurf in die richtige Richtung geht und für eine Mitgestaltung und Partizipation von Reha-Leistungserbringern sorgt, so zeigt der Entwurf des BMAS leider autokratische Züge. Hier wurde vor allem auf die Deutsche Rentenversicherung eingegangen. Die Reha-Leistungserbringern erhalten kein Mitspracherecht bei der Ausgestaltung von Verträgen.

Eine Prognose für die zweite Halbzeit der Legislaturperiode wage ich nicht zu stellen. Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen werden die Auswirkungen der Corona-Pandemie deutlich zu spüren bekommen. Ohne staatliche Hilfen kann das für einige Kliniken existentielle Folgen haben.



Spahns Halbzeitbilanz: Quantität vor Versorgungsqualität

Dr. Kai Joachimsen

Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI)



© BPI / Kruppa

Eines kann man Bundesgesundheitsminister Spahn sicher nicht vorwerfen: dass er nur redet und nicht handelt. Und das war auch schon vor der Corona-Krise so, die seine große Bewährungsprobe wird. Schon nach 16 Monaten Amtszeit hatte der „Minister Fleißig“ 16 Gesetze auf den Weg gebracht. Aktuell sind deutlich über zwanzig verabschiedet, davon zahlreiche, die im Kern oder am Rande den Arzneimittelbereich betreffen. Zugleich hat Spahn aber nicht dafür gesorgt, effektiv an den geeigneten Stellschrauben zu drehen oder die Überregulierung abzubauen und so den Pharmastandort zu stärken. Fazit zur Halbzeit: Quantität führt nicht unbedingt zu Qualität und Sicherstellung der Versorgung; zumindest nicht bei den Arzneimitteln.

Mehr Marktwirtschaft in der Kassenlandschaft, eine voll funktionierende elektronische Gesundheitskarte einführen, Pflegenotstand lösen, Patienten in den Mittelpunkt der Versorgung stellen: Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hatte sich bei seiner Amtsübernahme viel vorgenommen. Und er hat ohne Zweifel in vielen Bereichen auch geliefert, leider bei der Arzneimittelpolitik aber nicht immer zum Wohle des Wirtschaftsstandorts und einer besseren Versorgung. Noch immer ist ein Preismoratorium ohne echten Inflationsausgleich in Kraft, noch immer wird bei Rabattverträgen viel zu sehr auf den Preis und viel zu wenig auf Anbietervielfalt und Liefersicherheit geschaut. Und noch immer fallen für Patienten vielversprechende Innovationen gerade für chronische Erkrankungen und Indikationen im ZNS-Bereich durch das starre AMNOG-Raster und stehen dann schlimmstenfalls in der Versorgung nicht mehr zur Verfügung. Auch das Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung hat diese weitestgehend nicht gestärkt, sondern durch die Regelungen zu den Orphan Drugs, der Hämophilieversorgung oder den Biosimilars eher Maßnahmen unter Kostengesichtspunkten vorangetrieben. Aus Pharmasicht ist es also keine gute Halbzeitbilanz für einen Minister, der Verbesserungen für die Patienten anstrebt und der gute Chancen sieht, dass „Krebs in 10 bis 20 Jahren besiegt werden kann“. Gerade der Umgang mit der essentiell wichtigen geostrategischen Frage der Liefersicherheit und das fortwährende Negieren eines Zusammenhanges mit Rabattverträgen sind meines Erachtens gravierende Fehler Spahns, die spätestens im Lichte der aktuellen Corona-Krise dringend korrigiert werden müssen.

Versorgungssicherung ist wichtigste Aufgabe

Schon der erste Gesetzesentwurf aus dem BMG zur GKV-Beitragsentlastung zeugte nicht unbedingt von Weitblick. Es ist natürlich richtig, die Milliardenüberschüsse der Kassen abzuschmelzen, um die Versorgung zu verbessern. Leider hat der Minister aber nicht die logisch-richtigen Konsequenzen aus drohenden Liefer- und Versorgungs-

engpässen gezogen. Die Menschen können sich für 15 Euro Beitragsentlastung im Monat nämlich keine Versorgungssicherheit kaufen. Stattdessen müssten die finanziellen Polster dringend für notwendige Reformen genutzt werden. Konkret: Für die Stabilisierung der Generika-Versorgung, Abschaffung von Exklusivverträgen, Beendigung der Blockade der Weiterentwicklung von Arzneimitteln mit bewährten Wirkstoffen durch das erweiterte Preismoratorium. Wir haben als BPI schon seit Jahren angemahnt, die Versorgungssicherheit zu stärken und Lieferengpässen vorausschauend entgegenzuwirken. Es brauchte nämlich gar nicht erst eine Corona-Krise, um zu erkennen, dass globale Abhängigkeiten gepaart mit staatlicher Überregulierung die Arzneimittelversorgung langfristig gefährden können. Das System, das gezielt „auf Kante genäht“ ist, birgt kaum noch Spielraum für kurzfristig auftretende Ereignisse. Wichtige Wirkstoffe wie Vakzine oder Antibiotika sind international nur noch bei einem oder wenigen Anbietern und oftmals nur noch aus Drittstaaten verfügbar. Unter dem Eindruck zunehmender Lieferengpässe und globaler Unwägbarkeiten hat Minister Spahn mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) das Heft des Handelns an sich gerissen. Die Initiative ist natürlich zu begrüßen, allerdings sind die Maßnahmen leider nicht zielführend: Verschärfte Melde- und Lagerpflichten sind gut gemeint, sie verhindern aber keinen einzigen Lieferengpass. Viel wichtiger wäre es, die Anbietervielfalt zu stärken! Und das sehen nicht nur Vertreter der Pharmaindustrie sondern Ärzte, Apotheker und Politiker unterschiedlichster Couleur in Deutschland und Europa genauso. Nur Gesundheitsminister Spahn erkennt im Gleichschritt mit den Kassenvertretern bis heute keinen Zusammenhang zwischen Rabattverträgen und Versorgungsproblemen, bzw. erkennt ihn, will trotz Steilvorlagen aber nichts Wirksames unternehmen.

Marktverengung gefährdet Arzneimittelversorgung

Dabei haben die letzten Jahre deutlich gezeigt, dass die Arzneimittelversorgung gefährdet ist, wenn man aufgrund einer extremen Marktverengung im Generikamarkt nicht auf andere Anbieter ausweichen kann. Hauptursache dafür ist der Kostendruck durch zunehmende und kostenintensive regulatorische Auflagen, die deutlich gestiegenen Rohstoff, Energie- und Personalkosten sowie die ausufernden Rabattverträge der Krankenkassen. Diese Loose-Loose-Situation durch steigende Anforderungen und gedeckelte oder sinkende Erträge führt dazu, dass viele Anbieter nicht mehr auskömmlich wirtschaften können. Im Ergebnis sinkt die Vielfalt und Zahl der Hersteller, welche im Falle von Lieferengpässen die fehlenden Kapazitäten ausgleichen könnten. Dies ist objektiv messbar und auch marktwirtschaftlich logisch.

Klar ist: Lieferengpässe und daraus resultierende Versorgungsengpässe sind zum Teil politisch hausgemacht und hier muss ein Gesundheitsminister mit seiner Politik ansetzen. Solange Krankenkassen die Preise von Medikamenten bis in den Cent-Bereich pro Tagesbehandlung oder Packung drücken können, wird die Versorgung der Patienten gefährdet. Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für eine Anbietervielfalt sind zunehmend schlechter geworden, das betrifft Innovationen und insbesondere den generischen Markt. In der Folge musste die Wirkstoffproduktion aus Kostengründen vielfach nach Asien abwandern. Dort bedienen für viele Wirkstoffe oft nur noch wenige, zum Teil ein oder zwei, Produzenten den gesamten Weltmarkt. Wir brauchen deshalb dringend eine Rückbesinnung auf europäische Produktion. Dabei muss aber eines klar sein: Es ist sowohl regulatorisch als auch finanziell eher unrealistisch, dass wir die Globalisierung zurückdrehen und die Arzneimittelproduktion komplett zurückholen. Vielmehr muss es aber darum gehen, die heimische Produktion sicherzustellen und zu stärken. Das ist eine langfristige Gemeinschaftsaufgabe von höchstem strategischem Interesse. Grundsätzlich zeigt sich durch

die Corona-Krise noch einmal verschärft, dass die Verlagerung von Produktion in den Bereich weniger Anbieter und Regionen außerhalb Deutschland und der EU, die Lieferketten anfälliger macht, das gilt für alle Wirtschaftszweige. Immerhin hat Jens Spahn dieses Problem erkannt. Mitte März sagte der Minister: „Was wir alle spüren in diesen Tagen und Wochen ist, dass wir nicht in diesem Umfang gerade bei solchen sensiblen Produkten, Arzneimitteln, auch Masken, abhängig sein sollten, auch in den Lieferketten vor allem einem großen Land, nämlich China. Und das ist, denke ich, die Lehre aus diesen Wochen, auch dort die Abhängigkeit zu reduzieren für Europa.“ Das ist völlig richtig und war es schon, als noch keiner an eine Corona-Pandemie gedacht hat. Noch im Sommer des vergangenen Jahres hatte der Minister dies aber offenbar völlig anders gesehen, es ging ihm primär um den „Erhalt der Beitragsstabilität für die Versicherten“. Nun ist es jedoch wichtig, dass die Regierung keine gesetzgeberischen Schnellschüsse zur Wirkstoffsicherung und Arzneimittelversorgung macht.

Spahn muss mit Augenmaß handeln

Es geht vielmehr darum realistisch zu bleiben, schnell aber mit Augenmaß zu handeln und die pharmazeutischen Unternehmen in extrem unsicheren wirtschaftlichen Zeiten nicht noch zusätzlich zu belasten. Der Gesundheitsminister sollte jetzt über seinen Schatten springen und die Rabattverträge so umgestalten, dass das Lieferrisiko immer auf verschiedenen Schultern lastet. Außerdem sollte die Produktion in Europa entsprechend anerkannt werden, um Anreize oder überhaupt erst einmal die ökonomische Möglichkeit zu schaffen, hier zu produzieren. Ein Weg könnte sein, ein Punktesystem für die Teilschritte der Produktion einzuführen. Finden diese in Deutschland oder Europa statt, sollte dies bei der Vergabe honoriert werden. Zweitens sollten Wirkstoffe /Arzneimittel, die in den letzten zwei Jahren mehrfach ein Versorgungsdefizit aufgewiesen haben, für die Dauer von zwei bis drei Jahren nicht mehr ausgeschrieben werden. Drittens sollen die Krankenkassen nur das Mehrbietermodell anwenden, bei

dem mindestens einer von insgesamt drei Zuschlägen an ein Unternehmen mit deutscher oder EU-Produktion gehen soll. Mit einer Produktion in Deutschland beziehungsweise Europa lässt sich die Wahrscheinlichkeit einer zuverlässigen, verbesserten, kontinuierlichen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln erhöhen. Die Fertigproduktherstellung ist ohne größere Probleme wieder verstärkt realisierbar in Europa, die grundlegenden Strukturen sind vorhanden, politisch könnte man das durch verstärkte Förderungen unterstützen.

Nachhaltigkeit vor Aktionismus

Ob Gesundheitsminister Spahn sich zu diesen Schritten entschließen wird, bleibt noch abzuwarten. Gut beraten wäre er auf jeden Fall, nicht weiter allein auf das GKV-Konzept Sanktionierung der Rabattpartner und verschärfte Meldepflichten zu setzen. Damit bekommt der populäre Minister zwar noch von vielen Seiten Applaus, aber die Reihen der Beifallklatscher lichten sich. Für den Minister ist die aktuelle Corona-Krise ohne Zweifel eine Bewährungsprobe. Denn bislang war eine klare Strategie in seiner Ressortführung nicht immer erkennbar; viele gesetzliche Änderungen kamen kurzfristig über fachfremde Änderungsanträge und gefühlt per Zuruf in die Gesetzgebung. Dies wird mittlerweile nicht nur von der Opposition kritisiert. Insofern wird die zweite Halbzeit für ihn ungleich wichtiger als die erste. Er muss zeigen, dass er nicht nur Probleme identifizieren und schnell handeln kann, sondern dass er Lösungen findet, die tragfähig sind und nachhaltig wirken – auch wenn sie sich vielleicht nicht so gut in den Medien verkaufen lassen. Dazu gehört neben vielen anderen Dingen auch die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung durch Stärkung der hiesigen Pharmaindustrie. Jetzt kommt es wohl mehr denn je auf die Qualität als auf die Quantität der Entscheidungen an. Und daran allein wird der begabte Politiker Jens Spahn einmal gemessen werden.



Gesundheitsminister Spahn – eine Bilanz aus MedTech-Sicht in 8 Punkten

Dr. Marc-Pierre Möll

Geschäftsführer des Bundesverbandes Medizintechnologie – BVMed e.V.



Dr. Marc-Pierre Möll ist Geschäftsführer des Bundesverbandes Medizintechnologie, BVMed, in Berlin. Der BVMed vertritt als Wirtschaftsverband über 220 Industrie- und Handelsunternehmen der Medizintechnik-Branche. Im BVMed sind u. a. die 20 weltweit größten Medizinproduktehersteller im Verbrauchsgüterbereich organisiert. Die Medizinprodukteindustrie beschäftigt in Deutschland über 200.000 Menschen und investiert rund 9 Prozent ihres Umsatzes in die Forschung und Entwicklung neuer Produkte und Verfahren. Der Gesamtumsatz der Branche liegt bei über 30 Milliarden Euro. Die Exportquote beträgt rund 65 Prozent.

Medizinprodukte sind unentbehrlich für die Patientenversorgung und das Gesundheitssystem. Die Medizinprodukte-Branche ist hoch innovativ. Rund ein Drittel ihres Umsatzes erzielen die deutschen MedTech-Unternehmen mit Produkten, die nicht älter als 3 Jahre sind. Die Branche ist sehr mittelständisch geprägt. 93 Prozent der Unternehmen sind KMUs, darunter viele Weltmarktführer, sogenannten „Hidden Champions“. Sie stehen in Deutschland für über 200.000 Jobs und eine Exportquote von 65 Prozent.

Deshalb ist für die MedTech-Branche eine koordinierte Forschungs-, Wirtschafts- und Gesundheitspolitik von großer Bedeutung, um die Innovationskraft der MedTech-Branche zu erhalten. Wie sieht die Bilanz von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in diesem Zusammenspiel aus? **Klar ist:** Der Minister hat alle Beteiligten im Gesundheitssystem auf Trab gehalten. Viele Gesetzesvorhaben berühren dabei auch die Medizinprodukte-Branche. Unsere Bilanz sieht viel Licht, aber auch Schatten.

1. EU-Medizinprodukte-Verordnung (MDR)

Das erste regulatorische Thema ist europäisch, aber für die gesamte MedTech-Branche derzeit das wichtigste: die Umsetzung der MDR. Der neue Rechtsrahmen gilt ab dem 26. Mai 2020, ist derzeit aber nicht umsetzbar. Wir befürchten, dass die Patientenversorgung leiden wird, wenn bis zum Geltungsbeginn nicht alle Produkte zertifiziert werden konnten.

Die Analyse der Probleme – fehlende Notified Bodies, fehlendes Personal, fehlende spezifische Rechtsakte, Leitlinien und harmonisierte Normen – werden mittlerweile nicht mehr nur in Berlin, sondern zunehmend auch in Brüssel verstanden.

Gesundheitsminister Jens Spahn setzt sich in Brüssel aktiv für europaweit abgestimmte Lösungen ein. Ohne seinen Einsatz wäre das zweite MDR-Korrigendum, das im Dezember 2019 verabschiedet wurde, nicht möglich

gewesen. Das Korrigendum gewährt Medizinprodukten der bisherigen Klasse I, die zukünftig höherklassifiziert werden, dieselbe Übergangsfrist von vier Jahren, die die MDR auch für andere auf dem Markt befindliche Produkte vorsieht.

Das ist ein wichtiger Schritt, um Engpässe in der Patientenversorgung zu vermeiden. Alle Beteiligten haben allerdings noch weitere Arbeit zu tun, denn bis zum Geltungsbeginn am 26. Mai 2020 ist nicht mehr viel Zeit.

Die Forderungen der MedTech-Branche in fünf Punkten:

- Benannte Stellen müssen schneller unter der MDR benannt und notifiziert werden, damit sie die Qualitätsmanagementsysteme der Hersteller so schnell wie möglich zertifizieren können.
- Die Expertengremien müssen umgehend besetzt werden, um die MDR-Zertifizierung aller Produkte gewährleisten zu können.
- Die nötigen Rechtsakte sollten so schnell wie möglich veröffentlicht werden, einschließlich harmonisierter Normen und gemeinsamer Spezifikationen.
- Wir brauchen schnellstmöglich die Veröffentlichung von qualitativ hochwertigen Leitlinien in den dringendsten Bereichen, beispielsweise die Anforderungen an die klinische Evidenz für bestehende Produkte oder die schon erwähnten Definitionen von wesentlichen Änderungen, um die MDR-Zertifizierung für möglichst viele Produkte schneller und praktikabler zu machen.
- Wir brauchen verbindliche zeitliche Vorgaben und Fristen für die Bearbeitung von Zulassungsakten durch die Benannten Stellen. Nur so können die Hersteller verbindlich planen.

2. Methodenbewertungs-Beschleunigung

Ziel der Bundesregierung ist es, Forschungsergebnisse und medizinischen Fortschritt schneller in die Praxis zu bringen.

Dafür gab es im TSVG einige richtige Schritte:

- Die Erprobungsverfahren für Medizintechnologien werden insgesamt beschleunigt und vereinfacht.
- Die neuen gesetzlichen Regelungen sehen vor, dass die MedTech-Unternehmen nun Erprobungsstudien auf eigene Kosten selbst beauftragen können – nach dem richtigen Prinzip: „wer bestellt, der bezahlt“.
- Die vom G-BA sehr restriktiv ausgelegte „Potenzialprüfung“ wird vom Gesetzgeber mit dem TSVG wieder abgeschafft. Der Gesetzgeber zieht damit die notwendige Konsequenz daraus, dass die Erprobungsregelung in der bisherigen Ausgestaltung in der Praxis nicht funktioniert hat.
- Verbesserungen gibt es auch bei der Antragstellung für „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ im stationären Bereich, kurz: NUB. Die Krankenhäuser müssen bei ihren NUB-Anträgen zu neuen medizintechnischen Verfahren künftig das Einvernehmen mit dem betroffenen MedTech-Unternehmen herstellen.
- Positiv bewerten wir auch die Erweiterung der Beratungsmöglichkeiten für Unternehmen durch den G-BA.

Wir sind dafür, die G-BA-Verfahren in der vertragsärztlichen Versorgung und in der Krankenhausversorgung insgesamt zu beschleunigen.

Minister Spahn hat hier – angehängt an das Implantateregister-Gesetz – einen weiteren Anlauf unternommen. Die Beratungsfrist für den G-BA wird mit dem Gesetz auf

zwei Jahre verkürzt. Diese Beschleunigung muss nun aber auch in der Praxis umgesetzt werden. Hier geht es nicht nur um den stationären Bereich. Es geht auch um den ambulanten Bereich mit den notwendigen schnelleren Entscheidungen im Bewertungsausschuss.

Wichtig ist uns dabei, dass den von der Methodenbewertung betroffenen Medizinprodukte-Herstellern ein Mitspracherecht eingeräumt wird.

3. Krankenhausvergütung

Hier sehen wir die Herauslösung der Pflege aus den DRGs sehr kritisch. Das bringt Fehlanreize mit sich. Beispielsweise werden die für den Patienten schonenderen und für die Pflege entlastenden minimal-invasiven Eingriffe benachteiligt. Denn die Instrumentenkosten sind bei diesen OPs in der Regel höher als bei offenen Operationen. Die Herauslösung der Pflegepersonalkosten kann in diesem Fall dazu führen, dass minimalinvasive Verfahren aufgrund der höheren Sachkosten vernachlässigt werden.

Aus unserer Sicht muss die vorgenommene pauschale Sachkostenabsenkung in den DRGs nun endlich zurückgenommen werden. Außerdem sollten wir den Qualitätsaspekt im DRG-System besser verankern. Gute Qualität muss belohnt werden: nicht nur bei den Leistungserbringern, sondern auch bei den Technologien, Prozessen und Produkten.

4. Implantateregister

Wir unterstützen ein verpflichtendes Implantateregister ohne Wenn und Aber. Positiv ist, dass der Gesetzentwurf nachgebessert wurde und nun einen „Versorgungsregister“ entstehen wird, das auch die medizinischen Einrichtungen in den Blick nimmt, nicht nur das Implantat allein. Positiv bewerten wir auch den verpflichtenden Charakter des Registers, aber auch die Beteiligung der Hersteller an Auswertungen und in den Gremien des Registers.

Nun geht es um eine gut umgesetzte Rechtsverordnung mit einem konkreten Zeitplan für die weiteren Schritte und Implantat-Typen. Außerdem muss die Rechtsverordnung die Beteiligung der Industrie an den Registerauswertungen auch tatsächlich sicherstellen.

5. Digitale Medizinprodukte

Im DVG sehen wir viele gute Ansätze. Wir gehen damit einen ersten Schritt für eine bessere Versorgung mit digitalen Medizinprodukten. Das Fast-Track-Verfahren beim BfArM, und damit vorbei an den lähmenden Prozessen des G-BA, ist ebenfalls ein guter Ansatz. Wichtig sind hier klare und nachvollziehbare Nutzenkriterien durch das BfArM.

Auf unserer ToDo-Liste steht, Kombinationsprodukte noch in das Gesetz mit hineinzunehmen. Damit meinen wir nicht-risikobehaftete Zubehörprodukte wie Kardio- oder Diabetes-Tagebücher, die keine Wirkung auf das Hauptprodukt ausüben.

Im nächsten Umsetzungsschritt müssen dann auch digitale Medizinprodukte der Klassen IIb und III mit einbezogen werden. Hierfür sollte die Politik bereits einen Zeitplan im Gesetz verankern.

6. Hilfsmittel

Das TSVG sieht einen Ausschreibungs-Stop im Hilfsmittelbereich vor. Das ist ein richtiger Schritt weg vom Preis- hin zum Qualitätsfokus in der Hilfsmittel- und Homecare-Versorgung.

Auf unserer Forderungsliste stehen nun echte Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen auf Augenhöhe. Wir brauchen dafür klare Qualitätskriterien für Produkte und Dienstleistungen und eine Überprüfung der Versorgung.

7. Verbandmittel

Das GSAV sieht eine neue Verbandmittel-Definition vor. Positiv ist, dass die Definition noch nachgebessert und um metallbeschichtete Produkte ergänzt wurde.

Wir befürchten, dass trotzdem etablierte Verbandmittel aus der Erstattung herausfallen. Wir brauchen deshalb eine praxistaugliche und am Patienten orientierte Abgrenzungs-Richtlinie durch den G-BA. Für die zukünftigen Erstattungsregelungen für „sonstige Produkte zur Wundbehandlung“ nach der neuen Verbandmittel-Definition schlagen wir eine Übergangszeit von drei Jahren vor. Die vom Ministerium vorgesehenen 12 Monate und vom Bundesrat vorgeschlagenen 24 Monate sind zu knapp bemessen, um den Nachweis der medizinischen Notwendigkeit der innovativen Wundversorgungsprodukte beispielsweise mit klinischen Studien zu erbringen.

8. Strategieprozess Medizintechnik

Der im Koalitionsvertrag vorgesehene „Strategieprozess Medizintechnik“ ist immer noch nicht gestartet. Eine vom Bundesforschungsministerium durchgeführte Ausschreibung lag ein Jahr bei den Gerichten.

Der Startschuss kann jetzt erfolgen. Wir vermissen im Ausschreibungspapier aber die dringend notwendige enge Verzahnung von Forschungs-, Wirtschafts- und Gesundheitspolitik.

Wir müssen die Rahmenbedingungen für die mittelständisch geprägte Medizintechnik-Branche verbessern. Dafür brauchen wir eine enge Verzahnung der beteiligten Ressorts auf hoher politischer Ebene analog zum Pharmadialog. Forschung, Wirtschaft und Gesundheit gemeinsam: Wir brauchen eine MedTech-Zukunftsstrategie aus einem Guss!

Fazit

Die industrielle Gesundheitswirtschaft – und hier insbesondere die Medizintechnik – ist eine Schlüsselindustrie für die deutsche Volkswirtschaft. Sie ist ein Innovationsmotor und starker Arbeitsplatzfaktor. Die zu weiten Teilen mittelständisch geprägte Branche steht vor großen Herausforderungen durch die MDR, durch eine stärkere Orientierung an kompletten Versorgungsprozessen und den Entwicklungen von digitalen Gesundheitsdienstleistungen. Wir müssen die Unternehmen bei diesem Prozess unterstützen und die regulatorischen Rahmenbedingungen verbessern, um die Systemrisiken zu minimieren und Deutschland als Heimatmarkt für Gesundheitsprodukte zu stärken.



Sektorengrenzen aufbrechen – Ärztlich intersektorale Leistungen sind die Antwort!

Lars F. Lindemann

Hauptgeschäftsführer des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)



Der medizinische Fortschritt macht es möglich, immer mehr ärztliche Leistungen sind sowohl stationär als auch ambulant erbringbar. Dadurch verwischt die Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung immer stärker. Die Zukunft der meisten Fachärzte, die mehr als die Grundversorgung anbieten, wird genau an dieser Schnittstelle liegen. Diese grundlegende Umgestaltung steht bislang noch aus und liegt damit auf der Soll-Seite einer Halbzeitbilanz des Gesundheitsministers. Doch wer wird sich übergreifend um die Belange dieser Fachärzte kümmern? Die KV? Die Kammern? Das KV-System hat Veränderungen eine Absage erteilt, man sei nur für die ambulant tätigen Ärzte zuständig. Die Kammern sind meist zu stark dominiert seitens des Marburger Bundes, der nur einen Blickwinkel aus Sicht der stationären Versorgung einnimmt, noch dazu „nur“ als Gewerkschaft. Es ist Zeit für neue Wege, um die Sektorengrenze aufzuknacken!



Konzept für eine Struktur und Vergütung ärztlich intersektoraler Leistungen

Ausgangslage

Die Medizin und die Versorgung kranker Menschen sind in einem ständigen Wandel durch Fortschritt und Innovation unterlegen. Der medizinische Fortschritt hat es möglich gemacht, immer mehr Behandlungen sowohl ambulant als auch stationär zu erbringen, sodass die Sektorengrenze nicht mehr eindeutig definiert werden kann.

Nach dem Koalitionsvertrag der Bundesregierung ist deshalb eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingerichtet worden, die sich mit der Neuordnung der Sektorengrenze

ambulant/stationär beschäftigt. Das dort erstellte Arbeitspapier der Länder ist Grundlage der Diskussion im SpiFa. Die Analyse des Arbeitspapiers verknüpft mit den Erfahrungen aus dreiseitigen Verträgen, insbesondere aus § 115b, den Institutsregelungen sowie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung geben Anlass, einen Vorschlag für die zukünftige Struktur und Vergütung intersektoraler Leistungen zu erstellen:

- Die gesetzlichen, strukturellen und bürokratischen Hürden werden mit dem Vorschlag beseitigt, wobei

mit der Verschlinkung des vierten Abschnittes des vierten Kapitels des SGB V eine Verbesserung der Patientenversorgung einhergeht.

- Die Einhaltung der Struktur- und Qualitätsanforderungen vorausgesetzt, ist die Augenhöhe zwischen qualifizierten niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern gewahrt.
- Eine durch Versorgungsbedarfe charakterisierte gemeinsame Planungssteuerung garantiert die Sicherstellung mit intersektoralen Leistungen.

Das Konzept versteht sich als zielführende Ergänzung des Eckpunktepapiers, indem es insbesondere die fehlenden Regelungen zur Vergütung, Qualität und Zulassung betont.

Eckpunkte

Mit Hilfe der §§ 115 bis 122 im SGB V sollte bisher die Sektorengrenze ambulant/stationär durchlässiger gemacht werden. Aus verschiedenen Gründen sind all diese Vorgaben mehr oder weniger gescheitert. Es wird der Versuch unternommen, diese Regelungen unter § 115 neu mit der Überschrift „Intersektorale Leistungen“ zusammenzufassen.

Eine intersektorale Leistung wird definiert, wenn sie seither nach den §§ 115, 115 a, 115 b, 115 c, 115 d, 116, 116 a, 116 b, 118, 118 a, 119 c, 120, 121 und 122 abgewickelt wurde.

Zusätzlich sollen alle Krankheiten, die im G-DRG-System mit einer mittleren Verweildauer von weniger als vier Krankenhaustagen aufgeführt sind, auch alternativ intersektoral erbracht werden können. Die Leistung wird auf eine Behandlungsdauer von 4 Wochen entsprechend der DRG-Regelung begrenzt.

1. Das Prinzip ambulant vor stationär wird konsequent dadurch umgesetzt, dass die Erkrankungen zunächst grundsätzlich ambulant behandelt werden müssen.

Eine stationäre Behandlung erfordert eine medizinische Begründung entsprechend der allgemeinen Tatbestände, wie sie aus dem jetzigen Katalog nach § 115b bekannt sind. Überprüft wird der Vorgang vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

2. Entsprechend der seitherigen stationären Behandlung gilt für die intersektorale Leistung der Verbotsvorbehalt. Damit wird gesichert, dass die Verschiebung von stationär nach ambulant wegen fehlender Abrechnungsziffern im EBM nicht behindert wird.



3. Der Katalog wird vom G-BA ständig überprüft und bei Bedarf erweitert; dies gilt auch für die Umsetzung und Qualitätsvorgaben aus der stationären Versorgungsebene. Der Katalog wird über Erkrankungen entsprechend dem DRG-System und nicht über Leistungen definiert.

4. Der Krankheitsbezug der intersektoralen Leistung macht es erforderlich, dass mehrere Fachgebiete zusammenarbeiten. Zugelassene Kooperationen sind deshalb eine Voraussetzung zur Erbringung intersektoraler Leistungen. Dabei ist an Praxisnetze, an Berufsausübungsgemeinschaften mit einer gemeinsamen Betriebsstätte, an Medizinische Versorgungszentren, Praxiskliniken und seitherige Belegabteilungen gedacht. Eine vertragliche Regelung zur Kooperation mit stationären Einrichtungen ist als „back up“ erforderlich. Die Vergütung erfolgt entsprechend dem DRG-System an die Leistungserbringer, die die Verteilung des Honorars untereinander regeln müssen.
5. Die Vergütung übernimmt unmittelbar die Krankenkasse an den Leistungserbringer. Sie wird zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach einer einheitlichen Kalkulationssystematik vereinbart. In der Übergangsphase bis zur endgültigen Vergütungsregelung wird die intersektorale Leistungserbringung mit 90 % und bei belegärztlicher Leistungserbringung mit 95 % der seitherigen G-DRG der Hauptabteilung vergütet.
6. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung muss bei der vertragsärztlichen Versorgung bereinigt werden.
7. In der intersektoralen Vergütung können für die ambulante Leistungserbringung, wie auch bisher geregelt, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel den Krankenkassen gesondert in Rechnung gestellt werden.
8. Der Landesausschuss prüft gemäß § 90 SGB V und legt fest, ob gemäß § 2 der Bedarfsplanungsrichtlinie von den Verhältniszahlen mit Begründung im Sinne des § 12 Absatz 3 Ärzte-ZV abgewichen werden muss, wenn und soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung mit intersektoralen Leistungen notwendig ist. Das Einvernehmen mit den zuständigen Landesbehörden

für die Krankenhausplanung ist notwendig, um den Landesbettenbedarfsplan entsprechend anzupassen. Intersektorale Leistungen werden der Versorgungsebene der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugeordnet.



Gesetzlicher Rahmen

Unsere Forderungen:

1. Neubenennung und Neuordnung des vierten Kapitels, vierter Abschnitt des SGB V:

Vierter Abschnitt: Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten, intersektorale Leistungen, Integrierte Notfallzentren.

2. Streichen der §§ 115, 115a, 115b, 115c, 115d, 116, 116a, 116b, 118, 118a, 119c, 120, 121, 122.

Streichung erfolgt ab dem Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens von Ziffer 3. (§ 115 neu).

3. Neufassung des § 115

§ 115 - Intersektorale Leistungen

(1) Die intersektorale fachärztliche Versorgung umfasst die ambulant oder belegärztlich erbringbare Behandlung und Diagnostik von Krankheiten, die nur bei Vorliegen allgemeiner Tatbestände stationär erbracht werden können. Hierzu gehören nach Maßgabe von Absatz 3 insbesondere:

- Alle Leistungen, die bisher für die Krankheitsversorgung in den §§ 115, 115a, 115b, 115c, 115d, 116a, 116b, 118, 118a, 119c, 120, 121, 122 geregelt sind.
- Alle Krankheiten, die im G-DRG-System eine mittlere Verweildauer von weniger als 4 Krankenhaustagen haben, wenn die Behandlung für diese Erkrankung mit diesen Leistungen innerhalb von vier Wochen voraussichtlich erfolgreich abgeschlossen ist.

Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen eine vollstationäre Durchführung der in der Regel intersektoral durchzuführenden Leistungen erforderlich ist, sind der Anlage 2 zu den gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c Absatz 4 Satz 9 KHG (mit Ausnahme des Kriteriums C) zu entnehmen. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der intersektoralen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

(2) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser sind berechtigt, intersektorale Leistungen nach Absatz 1 zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss (§ 96).

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt ergänzend nach In-Kraft-Treten in einer Richtlinie das Nähere zur

Versorgung nach Absatz 1. Er konkretisiert die Erkrankungen für Absatz 1, Nr. 1. und 2. nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen und bestimmt den Behandlungsumfang innerhalb der genannten Behandlungsdauer von vier Wochen. In der Richtlinie sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Absatz 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzt den Katalog nach Absatz 1 auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Absatz 2 Satz 1, einer Trägerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach § 140f. Zudem hat der Gemeinsame Bundesausschuss für die Versorgung nach Absatz 1 in der Richtlinie nach Satz 1 eine Regelung zu treffen, dass an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer intersektorale Leistungen nur in einem anerkannten Praxisnetz gemäß § 87 Absatz 4, in einer geeigneten (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaft mit einer gemeinsamen Betriebsstätte, in einem medizinischen Versorgungszentrum, Praxisklinik gemäß § 122 oder in einer Belegabteilung erbringen können. Des Weiteren hat er Regelungen zu Vereinbarungen zu treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 vorsehen. Das Krankenhaus kann für die intersektorale (auch belegärztliche) Leistungserbringung auch ausdrücklich niedergelassene Vertragsärzte beauftragen. Der Landesausschuss gemäß § 90 prüft und legt fest, ob gemäß § 2 der Bedarfsplanungsrichtlinie von den Verhältniszahlen mit Begründung im Sinne des § 12 Absatz 3 Ärzte-ZV abgewichen werden muss, wenn und soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung mit intersektoralen Leistungen notwendig ist. Das Einvernehmen mit den zuständigen Landesbehörden für die Kranken-

hausplanung ist notwendig, um den Landesbettenbedarfsplan entsprechend anzupassen. Intersektorale Leistungen werden der Versorgungsebene der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugeordnet.



(4) Intersektorale Leistungen werden unmittelbar von der Krankenkasse an das Krankenhaus nach § 108, an das Praxisnetz, die Praxisklinik, das Medizinische Versorgungszentrum oder an die gemeinsame Betriebsstätte vergütet. Bis zu einer weiteren endgültigen Vereinbarung zur Vergütung werden für die intersektorale Leistungserbringung 90 von 100, in Form der belegärztlichen Leistungserbringung 95 von 100 der zutreffenden Vergütungshöhe der entsprechenden gültigen G-DRG für Hauptabteilungen vergütet. Für die weitere Vereinbarung zur Vergütung intersektoraler Leistungen vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro sowie deren jeweiligen verbindlichen Einführungszeitpunkte. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 3 ganz

oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a innerhalb von drei Monaten festgesetzt. Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen können; ihnen sind die für die Prüfungen erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten auf Verlangen vorzulegen.

Für die Abrechnung gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien vereinbart. Die Prüfung der Qualität erfolgt durch die jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ergänzt hierzu die Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 i. V. m. § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die intersektoralen Leistungen, die innerhalb des Zeitraumes nach Absatz 1 erbracht werden, zu bereinigen. In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.



(5) Die intersektorale Versorgung nach Absatz 1 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 14 ein. Die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend. Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Absatz 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. Verordnungen im Rahmen der Versorgung nach Absatz 1 sind auf den Vordrucken gesondert zu kennzeichnen. Leistungserbringer nach Absatz 2 erhalten ein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht, und tragen dieses auf die Vordrucke auf. Das Nähere zu Form und Zuweisung der Kennzeichen nach den Sätzen 4 und 5, zur Bereitstellung der Vordrucke sowie zur Auftragung der Kennzeichen auf die Vordrucke ist in der Vereinbarung nach Absatz 4 zu regeln.

Das „Corona“ derzeit allen Akteuren im Gesundheitswesen eine mittel- bis langfristige Planung nicht unbedingt erleichtert, ist allen Beteiligten und im besonderen Maße den ambulant und stationär tätigen Fachärzten klar. Wenn wir aber über die Corona-Krise hinausdenken wollen, dann liegt in der Verschränkung der ambulanten und der stationären Versorgung das entscheidende Aufgabenfeld, um die fleißige Halbzeitbilanz Jens Spahns in eine wirklich erfolgreiche und grundlegend systemerneuernde Gesamtbilanz zu verwandeln.



Zweite Halbzeit fürs digitale Gesundheitswesen

Sebastian Zilch

Geschäftsführer des Bundesverbandes Gesundheits-IT – bvitg e.V.



In seinen rund zwei Jahren im Amt kann Gesundheitsminister Jens Spahn eine beträchtliche Bilanz in Sachen Gesetzgebung vorweisen. Einen besonderen Fokus legte er auf die jahrelang vernachlässigte Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens. Hauptaufgabe für die zweite Amtshälfte wird es nun sein, diese guten Ansätze erfolgreich in die Praxis zu überführen und damit die Erfolge langfristig zu sichern. Ein Überblick über die wichtigsten Felder mit konkretem Handlungsbedarf.

2020 ist das offizielle Jahr des Endsprints für die elektronischen Patientenakte (ePA), eines der großen Prestigeprojekte von Gesundheitsminister Jens Spahn. Wenn alles nach Plan verläuft, soll die digitale Akte ab dem Jahreswechsel 2021 für alle 70 Millionen gesetzlich Versicherten in Deutschland auf Wunsch zur Verfügung stehen. Die Weichen für die erfolgreiche Einführung wurde bereits durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im letzten Jahr gelegt. Das Patientendatenschutz-Gesetz (PDSG) baut nun die ePA in drei Stufen aus. Dabei soll der Mehrwert für Patientinnen und Patienten durch weitere Funktionen ausgeweitet und die ePA zum Herzstück des digitalen Gesundheitssystems werden.

Damit die Akte ihre volle Wirkung entfalten kann und der Nutzen für die Versicherten weiter steigt, sollte sie um den Krankenhaus-Entlassbrief sowie den ePflegebericht ergänzt werden. Diese medizinischen Dokumente enthalten eine Vielzahl von behandlungsrelevanten Befunden, Diagnosen und Empfehlungen. Aus diesem Grund sind sie besonders für eine intersektorale Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Leistungserbringern wichtig – etwa bei der Überweisung vom Krankenhaus in die ambulante Pflege. Eine weitere nützliche Ergänzung ist die elektronische Patientenverfügung. Zwar ist diese derzeit bereits in der ePA angedacht, allerdings in wenig praktikabler Form: Lediglich Hinweise auf das Vorhandensein oder den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen sind möglich. Dabei ist es gerade bei Schwersterkrankten wichtig, dass der Zugriff auf die Patientenverfügung jederzeit und einfach möglich ist – was durch eine digitale Lösung in der ePA gewährleistet wäre.

Bei all diesen Funktionen und Dokumenten muss die Interoperabilität gewährleistet sein. Hierfür sollten sie auf Basis internationaler Standards und den Vorgaben der medizinischen Informationsobjekte (MIOs) entwickelt und implementiert werden.

Digitale Innovationen ermöglichen

Was für die ePA gilt, lässt sich auch auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen als Ganzes übertragen: Erfolgsscheidend ist der konkrete Nutzen für die Anwenderinnen und Anwender, von Patientinnen und Patienten bis hin zum medizinischen Personal. Deshalb muss der Gesundheitsminister sich in seiner zweiten Amtshälfte verstärkt für einen regulatorischen Rahmen einsetzen, der digitale Lösungen gedeihen lässt.

Wichtige Voraussetzung ist dabei der Datenzugang für Forschung und Industrie. Denn gerade für die Entwicklung von Anwendungen in der personalisierten Medizin und dem Bereich künstlicher Intelligenz ist eine ausreichende Menge qualitativ hochwertiger Daten entscheidend; derzeit sind diese hierzulande noch Mangelware.

Wie ein geregelter Zugang zu Gesundheits- und Sozialdaten gelingen kann, zeigt zum Beispiel Finnland: Ein kürzlich verabschiedetes Gesetz ermöglicht dort die Zweitnutzung dieser Daten für Forschung, Industrie und Population Health Management.

Ein weiterer vielversprechender Lösungsansatz ist die Datenfreigabe, bei der Patientinnen und Patienten mit ihren Daten bewusst einen Beitrag zur Forschung und Heilung von Erkrankungen leisten können. Umfragen zeigen, dass diesbezüglich eine große Bereitschaft in der Bevölkerung vorhanden ist. Eine verlässliche gesetzliche Grundlage fehlt jedoch. Damit zusammenhängend braucht es einen entsprechenden Rechtsrahmen sowie allgemeine Regeln für den Umgang mit Gesundheitsdaten für mehr Transparenz und Planungssicherheit, gerne gültig für ganz Europa in Form eines Verhaltenskodex.

Marktzugang und Aufklärung über Nutzen digitaler Lösungen

Neben den Schwierigkeiten bei der Entwicklung neuer Lösungen, sind es vor allem die rechtlichen und bürokratischen Hürden, die trotz des massiven Engagements des

Ministers noch immer den Weg vielversprechender Produkte zu Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringern erschweren.

Mit dem vorgesehenen „Fast-Track-Verfahren“ für digitale Gesundheits-Apps ist ein erster Schritt getan. Es bleibt zu beobachten, wie sich nun die Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) und die dazugehörigen Regelungen in der Praxis schlagen. Einheitliche Regeln und Vorgaben sind richtig und wichtig, doch bei alledem muss noch genügend Freiraum für Innovationen vorhanden sein. Langfristig wäre es beispielsweise wünschenswert, dass auch KI-basierte Medizinprodukte zertifiziert werden können.

Da gerade junge Unternehmen beim Eintritt in den Gesundheitsmarkt mitunter vor großen Hürden stehen, sollte die Einrichtung einer Innovations-Stiftung angedacht werden. Diese könnte ausgewählte Betriebe von der Idee bis zur Markteinführung des Produktes beratend begleiten und finanziell fördern.

Gleichzeitig steht Jens Spahn vor der Herausforderung, das Vertrauen in den Mehrwert digitaler Lösungen und Prozesse bei allen Beteiligten zu stärken. Hierzu braucht es niederschwellige Angebote zur Weiterbildung und Information. Eine große Rolle kann dabei das geplante nationale Portal für Gesundheitsinformationen spielen. Aber auch Leistungserbringer wie Ärztinnen und Ärzte müssen mit einbezogen werden, da sie eine wichtige Vermittlerposition einnehmen. Es ist richtig und wichtig, diese Leistung finanziell zu vergüten. Denkbar wäre darüber hinaus, eine Zusatzqualifikation zur Digitalexpertin bzw. zum Digitalexperten zu entwickeln.

Digitales Update für Krankenhäuser

Der klinische Bereich hat in Sachen Digitalisierung noch großen Nachholbedarf. Hier hat sich über Jahre ein Investitionsstau gebildet, da die Mittel knapp bemessen und viele Bundesländer ihren Pflichten nicht in ausreichen-

dem Maße nachgekommen sind. Gleichzeitig sehen sich die Häuser mit steigenden Vorgaben, beispielsweise im Bereich IT-Sicherheit konfrontiert. Hier muss dringend auf Bundesebene nachjustiert werden.

Im ersten Schritt braucht es dafür möglichst zeitnah eine Analyse des Status Quo, also eine umfassende Analyse des digitalen Reifegrades der deutschen Krankenhäuser. Aufbauend darauf kann mit allen relevanten Akteuren – von Berufsverbänden über Kliniken bis hin zur Industrie – eine Strategie für die Digitalisierung des Krankenhaus-sektors entwickelt werden. Diese muss auch ganz konkret die finanzielle Frage adressieren – denkbar wäre beispielsweise ein eigener Digitalisierungsfonds, der Krankenhäuser gezielt bei den anstehenden Investitionen unterstützt.

Eine einheitliche Sprache für medizinische Daten

Eine nicht minder große Aufgabe für die zweite Amtshälfte ist die Einführung von internationalen Terminologien und Ontologien wie SNOMED CT und LOINC, die der Gesundheitsminister bereits im PDSG-Entwurf angekündigt hat. Diese sollen unter anderem helfen, medizinische Daten besser zu erfassen und international verarbeiten zu können. Bis es zu einer deutschlandweiten Anwendung kommen kann, muss allerdings eine Reihe von Punkten geklärt werden.

Noch vollkommen offen sind beispielsweise die Rahmenbedingungen für den Zugang zu entsprechenden Lizenzen sowie die Übersetzung des englischsprachigen internationalen Systems ins Deutsche. All diese Fragen gilt es in den anstehenden Verhandlungen zu adressieren. Damit dies erfolgreich gelingt, braucht es einen transparenten und offenen Dialog mit allen beteiligten Stakeholdern. Durch die Vielzahl und Komplexität der offenen Punkte führt darüber hinaus kein Weg an einem Gesetz vorbei, das sich explizit mit der Einführung von internationalen Terminologien und Ontologien befasst. Beim geplanten Nationalen Kompetenzzentrum für medizinische Terminologien

müssen unbedingt Expertinnen und Experten mit nachweislicher SNOMED CT-Expertise eingebunden werden.

Datenraum Europa

Neben all diesen Aufgaben, die das deutsche Gesundheitssystem betreffen, steht in der zweiten Jahreshälfte 2020 die deutsche EU-Ratspräsidentschaft an. Selbsterklärtes Ziel des Bundesgesundheitsministers wird es sein, den Weg für einen gemeinsamen europäischen Gesundheitsdatenraum zu ebnen. Durch diesen soll es für Forscherinnen und Forscher einfacher möglich werden, auf Gesundheitsdaten aus unterschiedlichen Ländern zuzugreifen – nach klaren Regeln und Rahmenbedingungen.

Vor allem im Kampf gegen Volkskrankheiten wie Demenz und Krebs sowie neue Bedrohungen wie dem Coronavirus bietet dieser Ansatz große Chancen. Zudem kann ein solcher Datenraum Deutschland und die EU wettbewerbsfähig und unabhängig von den großen Internetkonzernen bleiben lassen.

Erste Anhaltspunkte zum Gesundheitsdatenraum hat die EU-Kommission kürzlich in ihrer Datenstrategie gegeben. So sollen nationale elektronische Patientenakten durch die Anwendung eines europäischen Austauschformats standardisiert und die grenzüberschreitende Weitergabe von Daten ausgebaut werden. Bis 2022 soll es möglich sein, dass Patientenkurzakte und elektronische Verschreibungen grenzüberschreitend zwischen den Mitgliedsstaaten über eine eHealth Dienste-Infrastruktur (eHDSI) ausgetauscht werden können.

Fazit

Wie die aufgeführten Aufgabenfelder zeigen, gibt es trotz der bereits enormen Leistung des Ministers noch viel zu tun beim Großprojekt „Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens“. Die kommenden beiden Jahre müssen genutzt werden, um das bereits Erreichte und Angestoßene in zu implementieren und dynamisch weiterzuentwickeln – auch über die Legislaturperiode hinaus.

Dazu gehört eine klare Landkarte an Maßnahmen: Ein übergreifendes E-Health-Zielbild wäre daher ein ideales Finale für Jens Spahn als Gesundheitsminister.



Link zur Website des
Bundesverbandes Gesundheits-IT
www.bvitg.de

Vom Zustand einer patientenzentrierten Hilfsmittelpolitik

Oda Hagemeyer

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



Ein Viertel der Bevölkerung in Deutschland benötigt Kompressionstherapie oder orthopädische Hilfsmittel. Die Gesundheitspolitik der Ära Spahn bemisst sich deshalb auch daran, ob sie patientenzentrierte Hilfsmittelpolitik ist. Verbessert die hohe Schlagzahl der auf den Weg gebrachten Gesetze die Lebensqualität der Menschen, die Hilfsmittel brauchen und mit ihnen wieder gesund und mobil werden? Diesen Menschen hilft die Politik, wenn sie ein qualitätsorientiertes und innovationsförderndes Klima schafft, das eine individuelle und bedarfsgerechte Therapie ermöglicht. Schlussendlich geht es dabei um die Frage, wie eine zentrale Aussage des Koalitionsvertrages auf die Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln Anwendung findet: Die Patientenorientierung ist unser Leitbild für das Gesundheitswesen.

Ohne patientenorientierte Hilfsmittelpolitik gibt es keine gute Gesundheitspolitik. Und zwar nicht, weil die Branche das gerne so hätte, sondern weil ein Großteil der deutschen Bevölkerung auf medizinische Hilfsmittel angewiesen ist und ihre Relevanz als sehr hoch betrachtet. In Zahlen: 33 Millionen Menschen in Deutschland leiden zurzeit unter Beschwerden des Bewegungsapparates, 22 Millionen an Venenleiden. Es handelt sich mithin um Volkskrankheiten, die sich auf die Lebensqualität der Betroffenen auswirken und angesichts der Größenordnung durch Arbeitsausfälle und Frühverrentung auch ein ökonomischer Faktor sind.

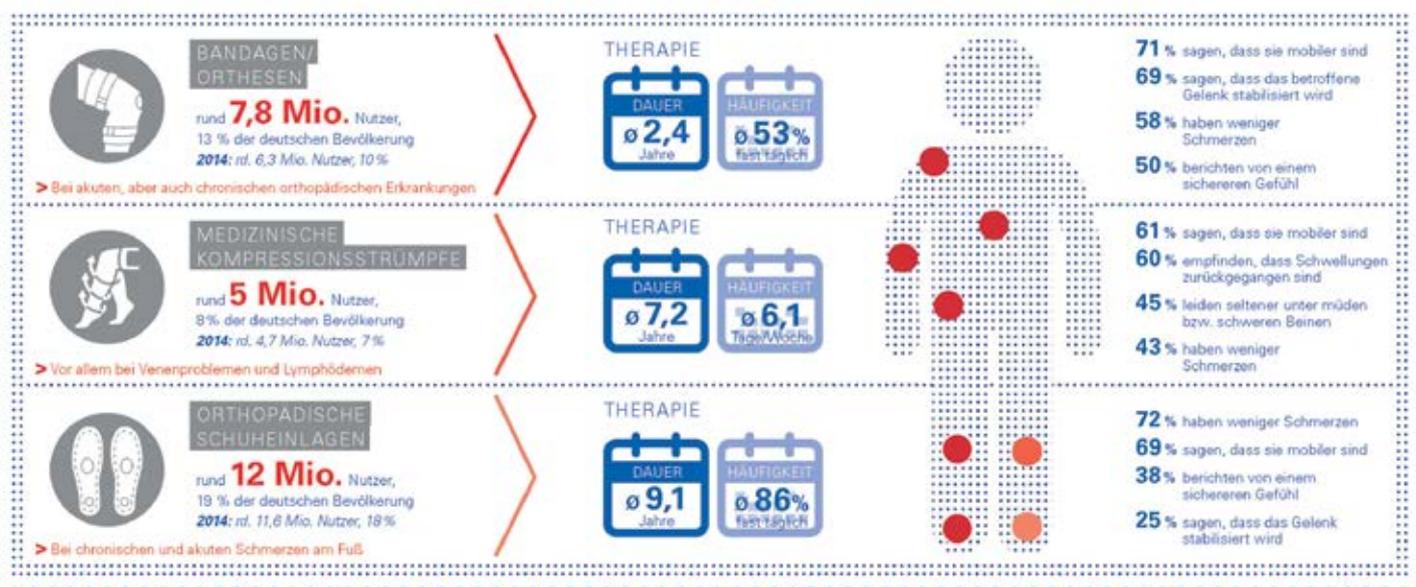
Buchstäblich wieder auf die Beine, schneller zurück in den Alltag und in die Arbeitswelt oder in ein insgesamt schmerzfreies und mobiles Leben kommen Patienten, weil ihnen ihr Hilfsmittel dabei hilft. Aktuell tragen rund 12 Millionen Menschen in Deutschland orthopädische Einlagen, 8 Millionen Bandagen und Orthesen, 5 Millionen medizinische Kompressionsstrümpfe. Sie benötigen nach eigener Aussage deshalb weniger Medikamente, können operative Eingriffe oft vermeiden, sind mobiler und gewinnen dadurch an Lebensqualität. Das ist die Quintessenz der repräsentativen Bevölkerungsbefragung zu Nutzen

und Wirksamkeit medizinischer Hilfsmittel, die das Institut für Demoskopie Allensbach (IfD) im Auftrag von eurocom 2019 durchgeführt hat – während der aktuellen Legislaturperiode also. Der bestandene Praxistest gibt ein deutliches Signal an die Gestaltung gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen. Sie muss dafür Sorge tragen, dass Patienten die Hilfsmittelversorgung erhalten, die für sie individuell erforderlich und auf dem neuesten Stand der Medizintechnik ist, um eine Krankheit zu behandeln – oder Behinderung auszugleichen. Das ist der Maßstab dieser Zwischenbilanz.

Qualitätsoffensive konsequent weiterführen

Am Anfang war das HHVG. Das 2017 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung war und ist vor allem eines: eine Qualitätsoffensive mit der Intention, Hilfsmittelversorgung zum Dumpingpreis zu verhindern und das in weiten Teilen veraltete Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes auf die Höhe der Zeit zu bringen. Eine gute Ausgangsbasis für den neuen Bundesgesundheitsminister.

MEDIZINISCHE HILFSMITTEL, IHRE ANWENDUNG UND IHR NUTZEN



Verlassen können sollte sich der Patient dabei auch auf eine Versorgung und Beratung, die flächendeckend und wohnortnah ist und seine Wahlfreiheit gewährleistet. Darauf zielte die gesetzgeberische Absichtserklärung, Ausschreibungen bei Hilfsmitteln mit einem hohen Dienstleistungsanteil zu untersagen und damit die Vielfalt der Versorgungsstrukturen zu sichern. Umgesetzt wurde diese Intention des Gesetzgebers durch die Krankenkassen allerdings zunächst nicht. Hoch anzurechnen ist daher das Engagement des Bundesgesundheitsministers Spahn, mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) in 2019 nachzubessern, Ausschreibungen und Open-House-Verträge explizit zu verbieten und Hilfsmittelversorgungen ausschließlich durch Vertragsverhandlungen zu organisieren. Vergaberechtliche Bedenken aus Europa nahm Spahn bei seiner qualitätsorientierten Stärkung von Handwerk und Fachhandel in Kauf – und handelte damit im Sinne des Patienten. Denn dessen erste Adresse für Beratung, Erwerb und Anpassung des Hilfsmittels ist das Fachgeschäft.

Maßgeblichen Einfluss auf die Versorgungssituation des Patienten hat das Hilfsmittelverzeichnis, dient es doch Ärzten und Kostenträgern als orientierendes Instrument. Umso wichtiger also, dass es state of the art ist und nicht Jahre vergehen müssen, bis neuartige Hilfsmittel Eingang finden. Um dies sicherzustellen ordnete der Gesetzgeber qua HHVG die Rundum-Aktualisierung aller Produktgruppen und deren regelmäßige Fortschreibung an. Dazu beauftragte er den GKV-Spitzenverband mit der Formulierung und Veröffentlichung einer für alle an der Weiterentwicklung des Hilfsmittelverzeichnisses beteiligten Akteure verbindlichen Verfahrensordnung. Sie soll Klarheit schaffen: Welche Regeln gelten bei der Fortschreibung der Produktgruppen und den damit einhergehenden Stellungnahmeverfahren? Und wie wird sichergestellt, dass Stellungnahmen tatsächlich Berücksichtigung finden? Welche Nachweispflichten sind für die Aufnahme innovativer Produkte in das Hilfsmittelverzeichnis zu erfüllen? Und welche realistisch einhaltbaren Fristen werden gesetzt?

Apropos Frist: Die Verfahrensordnung ließ auf sich warten. Ursprünglich für Dezember 2017 vorgesehen, trat sie im Oktober 2019 in Kraft, nachdem die große Fortschreibung abgeschlossen war. Unklarheiten blieben. Etwa dazu, wie denn genau aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes der Nachweis des medizinischen Nutzens – als entscheidendes Listungskriterium – zu erbringen sei. Auch hier setzte Spahn unlängst ein Zeichen für Qualitätsverbesserung und Transparenz. Mit der Verabschiedung des Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetzes (MPEUAnpG) im März 2020, also gewissermaßen auf einem Nebenschauplatz, hat der Deutsche Bundestag das Recht des antragstellenden Hilfsmittelherstellers auf ein Beratungsgespräch beim GKV-Spitzenverband im Sozialgesetzbuch verankert. Wichtig ist nun, dass diese Beratungsgespräche nach eindeutigen, verbindlichen und prüfbareren Zielkriterien ablaufen, die gemeinsam vom GKV-SV mit den Herstellerverbänden und der Wissenschaft vorab festgelegt werden.

MDR mit Augenmaß umsetzen – Versorgungsstrukturen und Mittelstand schützen

Damit Innovationen beim Patienten ankommen können, gilt es, eine Überregulierung derer zu verhindern, die Innovation überhaupt erst hervorbringen. Die diesbezüglich aktuell größte gesundheitspolitisch zu stemmende Herausforderung kommt aus Brüssel und heißt Medical Device Regulation (MDR). Seit im März 2010 der Skandal um die fehlerhaften PIP-Brustimplantate in Frankreich aufgefliegen war, wurde in der Europäischen Union der berechtigte Ruf nach mehr Patientensicherheit laut. Beantwortet wurde er mit der seit Mai 2017 geltenden und ab 26. Mai 2020 in allen EU-Staaten anzuwendenden MDR, die u. a. die Zulassungsvorschriften für Medizinprodukte verschärft. In Deutschland folgte und folgt ein Reigen an Anpassungsgesetzen, allen voran das MPEU-AnpG, um im Rahmen der Gestaltungsmöglichkeiten bewährte Versorgungsstrukturen aufrechtzuerhalten. Nachjustieren inklusive. Denn insgesamt stellt sich die Umsetzung der MDR als Kraftakt gegen Kapazitätseng-

pässe auf allen Ebenen dar. Es fehlt an Benannten Stellen und die EU-Kommission verkündet infrastrukturelle Schwächen: Das europäische Datenbanksystem Eudamed wird nicht vor Mai 2022 funktionstüchtig sein. Der deutsche Gesetzgeber reagiert mit zahlreichen Übergangsregelungen, um das Inverkehrbringen und die Inbetriebnahme von Produkten in Deutschland zuzulassen. Dass Jens Spahn in diesem Zuge die Risikobewertung und Kontrolle von Medizinprodukten in den Zuständigkeitsbereich des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stellt und damit von den Behörden der Länder auf die Bundesebene hebt, ist ein starkes politisches Statement: Patientensicherheit wird zur Chefsache. Die praktischen Hürden sind dabei allerdings hoch. Denn was zuvor zahlreiche Landesbehörden erledigten, soll nun eine Abteilung des BfArM schaffen.

Für mittelständische Betriebe bedeuten die Nachweis- und Dokumentationspflichten einen immensen Aufwand an Bürokratie und Folgekosten. Konkrete Kostenberechnungen und Folgenabschätzungen hierzu haben das Schweizer Bundesamt für Gesundheit und das Sekretariat für Wirtschaft in Auftrag gegeben. Demzufolge entstehen bei einem Umsatz von 15 Milliarden Euro zusätzliche Kosten in Höhe von 500 Millionen Euro zum Inverkehrbringen. Insbesondere für kleine Unternehmen entpuppt sich die MDR als Existenzbedrohung, die es abzufangen gilt. Auch mit Blick auf die Folgen der aktuellen COVID-19-Pandemie. Gesundheitsminister Spahn sollte sich gegenüber der EU-Kommission für ein MDR-Moratorium einsetzen. Alternativ könnte den Aufsichts- und Prüfbehörden zur Einhaltung der MDR-Vorgaben ein ausreichender Ermessensspielraum gewährt werden. Denn die Corona-Pandemie hat unmittelbare Auswirkungen auf die Vorbereitung des Geltungsbeginns der MDR. Die eh schon eng gefassten Kapazitätsgrenzen von Behörden und Unternehmen stehen nun vor einer Zerreißprobe.

E-Health muss Wahlfreiheit des Patienten und fairen Wettbewerb garantieren

Es liegt in der Natur der Sache, dass die Gesundheitspolitik der aktuellen Legislaturperiode sich auf keinem Feld als so innovationsfreundlich erweist wie auf dem der Digitalisierung. Denn im internationalen Vergleich hinkt Deutschland hinterher. Das im November 2019 in Kraft getretene Digitale-Versorgungs-Gesetz (DVG) legte den Grundstein für die digitale Gesundheitsreform, mit der Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) und dem Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG) nimmt sie konkrete Formen an. Die Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen, die elektronische Verordnung und der dafür notwendige Ausbau der Telematikinfrastruktur ebnen den Weg auch für eine moderne Hilfsmittelversorgung – unter bestimmten Voraussetzungen. Damit Patienten auch weiterhin – und ganz analog – von kompetenten Fachkräften ihres Vertrauens und ihrer Wahlberatern und versorgt werden können, muss der Fachhandel als explizite Bezugsquelle Nummer Eins zügig in die Telematikinfrastruktur eingebunden werden. Sprich: das E-Rezept muss bei ihm überhaupt ankommen können. Zwar regelt der Gesetzgeber die Zugriffsberechtigung nicht-ärztlicher Leistungserbringer auf das E-Rezept mit der Einführung eines elektronischen Berufsausweises nebst Authentifizierung, verweist den Fachhandel auf der „Datenautobahn des Gesundheitswesens“ bislang aber praktisch auf den Standstreifen. Mit zeitlicher Verzögerung werden Hilfsmittel-Leistungserbringer im Vergleich zu Apotheken in die Telematikinfrastruktur eingebunden. Hier muss beschleunigt werden, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden und die Wahlfreiheit des Patienten zu sichern.

Spahns Aufholjagd der Digitalisierung schreitet zügig voran. Das beeindruckend hohe Tempo sollte dabei auch Zeit zum Innehalten geben – etwa um zu Ende zu denken bei der Frage: Worüber reden wir eigentlich, wenn wir von digitalen Gesundheitsanwendungen reden? Im Sinne

einer bedarfsgerechten Patientenversorgung und mit Blick auf den technologischen Fortschritt medizinischer Hilfsmittel benötigen wir eine begriffliche Schärfe, die das gesamte Spektrum der Versorgungsmöglichkeiten definitorisch mit einbezieht, verordnungs- und erstattungsfähig und damit dem Patienten zugänglich macht. Wie beispielsweise ist umzugehen mit einem Medizinprodukt, das beide Komponenten kombiniert – analog mit digital?

Fragen der Nachweisführung zum Nutzen digitaler Gesundheitsanwendungen schließen sich an. Die Mindestanforderung des Gesetzgebers lautet: vergleichende Studien. Damit konterkariert er die der digitalen Gesundheitsreform zugrundeliegende Motivation, eine zügige Erstattung zu ermöglichen. Eine Orientierung an den Nachweisen, die die MDR vorsieht, könnte wertvolle und beschleunigende Synergien erzeugen.

Temporeich, sachkompetent und entschieden hat Spahn bis dato viel bewegt und dabei den politischen Willen zur Innovation bekundet. Die Relevanz der Hilfsmittelversorgung für die Menschen in Deutschland kam dabei zum Tragen. Der Dynamik mag es geschuldet sein, dass es manchmal an Zeit fehlte, Entwürfe ausreichend auf ihre Vor- und Nachteile für alle am Versorgungsprozess Beteiligten und mit dem Ziel einer verbesserten Patientenversorgung im Sinn zu prüfen. Ein regelmäßiger Austausch mit der Hilfsmittelindustrie – analog zum Pharmadialog – könnte der richtige Weg sein. Denn:

Innovationspolitik = Gesundheitspolitik + Forschungspolitik + Wirtschaftspolitik.

Über eurocom

eurocom ist die Herstellervereinigung für Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel. Der Verband versteht sich als Gestalter und Dialogpartner auf dem Gesundheitsmarkt und setzt sich dafür ein, das Wissen um den medizinischen Nutzen, die Wirksamkeit und die Kosteneffizienz von Kompressionstherapie und orthopädischen Hilfsmitteln zu verbreiten. Zudem entwickelt eurocom Konzepte, wie sich die Hilfsmittelversorgung

aktuell und in Zukunft sicherstellen lässt. Dem Verband gehören nahezu alle im deutschen Markt operierenden europäischen Unternehmen aus den Bereichen Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel an.



Link zur Website der eurocom
www.eurocom.info.de

Zukunft braucht Ungeduld, braucht Tatendrang

Dr. Clemens Kuhne

Leiter Politik und Patientenbelange
MSD Deutschland



Während sich die Koalition in vielen Politikbereichen immer wieder im Debatten-Klein-Klein verding, arbeitete Bundesgesundheitsminister Jens Spahn konsequent seine Vorhaben ab. 20 Gesetze in 20 Monaten. Eine starke Bilanz. Das BMG und sein Minister haben damit an Profil – und an Einfluss – gewonnen. Und wie steht es um die Inhalte? Eine Bestandsaufnahme.

Als Angela Merkel Ende Februar 2018 den Führungsgremien ihrer Partei erstmalig die Liste ihrer präferierten CDU-Minister einer neuen Großen Koalition vorstellte, lies die Überraschung über eine bestimmte Personalie nicht lange auf sich warten: Jens Spahn, einem der bis dahin schärfsten Kritiker der Bundeskanzlerin, sollte die Führung des Bundesgesundheitsministeriums übertragen werden. Kommentatoren sprachen von einem machtpolitischen „Kabinetstück“. Es sei eine taktische Meisterleistung Merkels, parteiinterne Kritik sowie Illoyalität zum Verstummen zu bringen und ihre Stellung in der Partei weiter zu festigen. Durch die Zuteilung des „schwierigen“ Gesundheitsressorts sollte dem damaligen Finanzstaatssekretär Spahn vielleicht auch ein wenig die Luft aus den Segeln genommen und sein Ehrgeiz ein wenig eingehegt werden.

Jedoch schafft es der Westfale seit seinem Amtsantritt wie kein anderer seiner Vorgänger, die sonst wenig publikumstaugliche Gesundheitspolitik durch kluge und offensive Themensetzung und einer – im Vergleich – Fülle an Gesetzen und Verordnungen wieder ins Zentrum der medialen wie gesellschaftlichen Debatte zu manövrieren. Das Amt hat ihm bislang nicht geschadet. Er packt die Baustellen des Gesundheitswesens gezielt und auch gegen harte Widerstände an, schreckt auch nicht vor heiklen Themen und etwaigen Rückschlägen zurück und nutzt die Aufmerksamkeit geschickt zum Aufbau und Pflege der eigenen Marke. Sowohl in der Öffentlichkeit als auch innerhalb der eigenen Partei.

Persönlich läuft es für Jens Spahn sehr gut. Doch wie fällt die inhaltliche Bestandsaufnahme nach zwei Jahren aus?

Jens Spahn hat mehr Erfahrung in seinem Arbeitsfeld als fast alle seine Amtsvorgänger im Bundesgesundheitsministerium. Durch seine langjährige Tätigkeit als gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion waren und sind ihm die Vor- und Nachteile des deutschen Gesundheitswesens umfassend bekannt, ebenso seine

Strukturen und Verbindungen, seine Akteure und ihre Argumente, seine Baustellen. Die nun an der Spitze des Ministeriums vorhandene gesundheitspolitische Expertise wurde insbesondere zu Beginn zur Projektionsfläche enormer Erwartungen, aber auch Sorgen, wohin die Reise geht. Wie würde ein Politiker, dem der Wettbewerb wichtig ist, die Chancen auf eine Kanzlerschaft ebenso, und dem die Lust am demokratischen und zuweilen auch sehr medienwirksamen Streit ganz offenbar ein Herzensanliegen ist, sein Amt ausfüllen? Welche gesundheitspolitischen Schwerpunkte würde er auf Basis seines Fachwissens setzen? Welche Reformen und Novellierungen würde er anstoßen, welche Strukturen aufzubrechen versuchen? Nicht nur mit Blick auf die Finanzierung, Organisation und Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch im System der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Gleich zu Beginn seiner Amtszeit überraschte der Minister durch seinen regen und agilen Arbeitsstil, seinen an den Tag gelegten Fleiß (den er auch seinem Haus abverlangt) sowie seiner Fähigkeit mehrere Themen gleichzeitig zu besetzen und öffentlich zu bespielen. Sein Wille, sich gegen die gerade in der Selbstverwaltung verbreitete Das-haben-wir-schon-immer-so-gemacht-Mentalität sowie gegen einige Denk- und Umsetzungsverbote zu stemmen war neu und erfrischend. Er beschwor eine bessere, ja demokratisch-offene Debattenkultur, bereit, auch mal einen Meinungs- und Positionsstreit zu verlieren. Was auch gelegentlich geschah: nicht nur das Amt des CDU-Vorsitzenden blieb ihm zunächst verwehrt. Auch die von ihm mit Einsatz propagierte Entscheidungslösung bei der Organspende fand keine Mehrheit im Bundestag. Erstaunlich war, dass diese teilweise herben Einschnitte keinen weitreichenden Schaden an Amt oder Person nach sich zogen. Auch Verbitterung und Selbstmitleid waren von Spahn nie zu spüren oder zu hören.

Und dennoch: Die eingangs erwähnte hoctourig drehende Kommunikations- und Gesetzgebungsmaschinerie aus dem Hause Spahn ist anfällig für handwerkliche Fehler

– und entzieht durch schiere Masse und durch auffällig häufige selbstinitiierte Änderungen des eigenen Gesetzentwurfes dem Parlament vielfach seine inhaltliche Korrektivfunktion. Auch der im Gesetzgebungsverfahren dringend notwendige Diskurs wurde an vielen Stellen nicht in entsprechendem Maße durchgeführt. Dadurch wurden vielfach Chancen liegen gelassen, die medizinische Versorgung für die Patientinnen und Patienten in Deutschland noch weiter zu verbessern.

Einige Beispiele:

- Exemplarisch lässt sich dies etwa an den Regelungen im Digitalen Versorgungsgesetz (DVG) illustrieren, wie hochsensible Gesundheitsdaten gesammelt und in weiterer Folge von Seiten der Forschung verwendet werden dürfen. Das politische Ziel, über eine bessere Nutzbarkeit von Gesundheitsdaten, Verbesserungen in Forschung, Versorgung und Planung zu erzielen, lässt sich jedoch nur schwerlich über die derzeit im Gesetz verankerte Ausgrenzung privater Forschung erreichen. Zu wenig wurde im Vorfeld darüber gesprochen, dass gerade die Erforschung schwerwiegender oder auch seltener Erkrankungen sowie die Weiterentwicklung und Verbesserung bestehender Therapien – alles Forschung, die größtenteils durch die pharmazeutische Industrie durchgeführt wird – der Analyse und Nutzung von (anonymisierten) Gesundheitsdaten bedarf. Heute noch mehr als früher, denn die medizinische Forschung ist immer stärker datengetrieben, bessere Ergebnisse abhängig von strukturierten und qualitativ hochwertigen Langzeitdaten. Doch diese Tür bleibt vorerst verschlossen, eine Reform hin zu einer Öffnung für private Forschung ist leider auch im DVG 2 nicht vorgesehen. Wir als Industrie müssen nun versuchen, Aufklärung zu betreiben, Bedürfnisse und Notwendigkeiten besser gegenüber der Politik und Öffentlichkeit darzustellen, Vorbehalte und Misstrauen abzubauen und Vorschläge einzubringen. Denkbar wäre hier etwa, den vom Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa) eingebrachten Vorschlag, einen gesetzlichen Erlaubnistatbestand für Unternehmen im DVG zu ergänzen, um Anträge zur Nutzung der aufbereiteten Daten stellen zu können. Hier hoffen wir auf Unterstützung aus dem BMG.
- Auch beim Thema Impfen kam es zu wenig nachvollziehbaren Schritten: Für die Sicherung der Versorgungsqualität und der Versorgungssicherheit in Deutschland ist es grundsätzlich wichtig, dass der deutsche Gesetzgeber über gute regulatorische Rahmenbedingungen versorgungs- und präventionspolitisch fördernde Grundlagen schafft. Leider wurde in der Amtszeit Spahns zum einen über das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) aber auch im aktuellen Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der GKV (GKV-FKG) ohne Not in den Impfstoffbereich eingegriffen. In beiden Gesetzen wurden zusätzliche Rabatte auf Impfstoffe verankert, um weitere Einsparungen für die gesetzliche Krankenversicherung herbeizuführen. Sparmaßnahmen, die auf einen Bereich abzielen, der weniger als 1% der Ausgaben der GKV umfasst. Während das Vorhaben, erfreulicher Weise, im TSVG noch gestrichen wurde, bestehen die Rabatte für Impfstoffe, die im Rahmen von Satzungsleistungen eingesetzt werden, im GKV-FKG unverändert weiter. Das ist ein falscher Ansatz, um den wichtigen Bereich der Impfprävention zu unterstützen und die Versorgung mit Impfstoffen zu sichern.
- Das Omnibusgesetz GKV-FKG beinhaltet aber auch Erfreuliches: Um die Entwicklung von Reserveantibiotika zu fördern, sieht das Gesetz vor, dass für Reserveantibiotika der Zusatznutzen künftig automatisch als belegt gilt. Die Ausnahmeregelung hat das Ziel, Herstellern wieder mehr Anreize zu bieten, in die Antibiotika-Forschung einzusteigen und in diesem Bereich zu investieren. MSD, als eines der wenigen Unternehmen, das noch in diesem Feld aktiv ist, hatte sich lange gegenüber der Politik für eine entsprechende Ausnahmeregelung stark gemacht. Umso erfreulicher, dass

diese Sonderregelung nun umgesetzt wird. Sie kann aber nur ein erster Schritt sein: Um Entwicklungen in diesem Bereich nachhaltig anzuregen, bedarf es einer verlässlicheren Absicherung der Finanzierung von Reserveantibiotika im stationären Sektor. Hier ist das BMG gefordert, eine entsprechende Überarbeitung des Fallpauschalsystems anzustoßen.

- Als Anfang 2019 die „Nationale Dekade gegen Krebs“ des Bundesgesundheits- und Bundesforschungsinisteriums startete, waren die Erwartungen ebenfalls enorm. Erstmals sollten Wissenschaft, Gesundheitswesen, Wirtschaft, Politik und Gesellschaft in großem Rahmen ihre Kräfte für die Krebsforschung und die Verbesserung von Therapien in einer gemeinsamen Initiative bündeln. Tolle Ziele, vielversprechende Experten und Arbeitsgruppen - insgesamt ein toller Auftakt. Doch leider erlahmte die Euphorie über das letzte Jahr stark. Zu wenig wurde die zu Beginn ausgegebene Zielstellung Spahns „Wir wollen den Krebs besiegen“ vom BMG verinnerlicht, zu wenig mit Leben und Aktivitäten bzw. Maßnahmen gefüllt.
- Neben fehlenden Aktivitäten fehlt dem BMG auch an manchen Stellen die Durchsetzungskraft. In diesem Zusammenhang lässt sich etwa die geplante Anwendungsbegleitung im AMNOG-Prozess nennen. Das BMG hatte die Notwendigkeit erkannt, dass neben RCT-Studien auch andere Evidenzstufen berücksichtigt werden sollten. Dem zu erwartenden Widerstand der Selbstverwaltung – insbesondere des IQWiG – wurde bislang zu verhalten begegnet.
- Erwähnt sei auch das frühzeitige Ende des Pharmadialogs, das Jens Spahn gleich zu Beginn seiner Amtszeit einläutete. Während die Akteure des Pharmadialogs zur ersten großen Runde der aktuellen Legislaturperiode zusammenkamen, stellte Jens Spahn zeitgleich den Referentenentwurf des Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) vor.

Was für ein Zeichen! Ein Jahr später war der große Pharmadialog, der seine Relevanz offenbar zu wenig offenbarte, dann auch offiziell beendet.

Um hier keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: Jens Spahn arbeitet intensiv an der Verbesserung des Gesundheitswesens in Deutschland – denken wir zum Beispiel nur an den gesetzlichen Anspruch auf die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) für Risikogruppen. Er hat in den letzten Monaten 20 Gesetze vorgelegt. Eine enorme Schlagzahl. Eine beachtliche Bilanz. Man hat den Eindruck, dass er seine Aussage beim Bundesparteitag 2018 verinnerlicht, ja zum Mantra seiner Amtszeit gemacht hat: „Zukunft braucht Ungeduld, braucht Tatendrang“. Verbindet Jens Spahn diesen Tatendrang mit etwas höherem handwerklichen Anspruch, so blicken wir insgesamt positiv auf seine restliche Amtszeit als Bundesgesundheitsminister – wie lange sie auch noch sein möge.

**Herausgeber:**

Dr. Albrecht Kloepfer
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin

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

Redaktion:

Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Sören Griebel

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

Erscheinungsweise: Mindestens 6 Ausgaben im Jahr. Bezugspreis 78,- Euro einschließlich Versandkosten (Inland) und MwSt. Ein Abonnement verlängert sich um ein Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ende des Kalenderjahres gekündigt wird. 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, 26. Jahrgang 2020, Ausgabe 1 · 2020, Erscheinungsdatum: 06. April 2020

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

- **Rahmenbedingungen für eine gesicherte Plasmaversorgung**
- **Die Apps kommen**
- **Potentiale der Gesundheitsberufe**
- **Finanzierung von Innovationen**
- **Weichenstellung beim Morbi-RSA?**
- **Schmerz & Gesellschaft**
- **Lessons Learned – Die Corona-Pandemie**

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.