FORUM

Gesundheitspolitik in der Diskussion
Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung

3 • 2021

AUFBRUCH IN EINE NEUE ZEIT – BILANZ UND AUSBLICK ZUM ENDE DES KABINETTS MERKEL IV

iX MEDIA

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!

iX HIGHLIGHTS

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.

iX FORUM

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!

iX RADIO

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.

iX SPOTLIGHT

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.

Inhalt

4 **Editorial**
Dr. Albrecht Kloepfer
Herausgeber

6 **Reformdrang und Corona – Bilanz der vergangenen vier Jahre**
Ulrike Elsner
Vorstandsvorsitzende Verband der Ersatzkassen e.V.

9 **Die Zukunft der Gesundheitspolitik braucht Selbstverwaltung und eine nachhaltige Versorgungs- und Finanzierungsstrategie**
Hans-Jürgen Müller, Hans Peter Wollseifer
Vorstandsvorsitzende IKK e.V.

13 **Die Krankenhauspolitik der Großen Koalition: Bilanz und Ausblick aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft**
Dr. Gerald Gaß
Vorstandsvorsitzender DKG - Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

17 **Gemeinsam ein neues Kapitel aufschlagen**
Prof. Dr. Christoph Benz
Präsident Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

21 **Versorgungssicherung ist ein strategisches Muss**
Dr. Kai Joachimsen
Hauptgeschäftsführer BPI - Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie

24 **Europa, Pandemie und Digitalisierung**
Gabriele Regina Overwiening
Präsidentin ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

27 **Mehr Patientenorientierung wagen**
Oda Hagemeier
Geschäftsführerin eurocom e.V.

32 **In der 19. Legislaturperiode ist viel passiert – dennoch bleibt noch viel zu tun**
Dr. Jens Baas
Vorsitzender des Vorstands Techniker Krankenkasse

35 **Potentiale heben und Chancen nutzen**
Prof. Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender BARMER

39 **Weckruf für eine große Gesundheits- und Pflegereform**
Andreas Storm
Vorsitzender des Vorstands DAK-Gesundheit

43 **Unverändert gefragt: Qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung**
Dr. Irmgard Stippler
Vorstandsvorsitzende AOK Bayern

46 **Mut zu Veränderungen**
Thomas Bublitz
Geschäftsführer Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)

50 **Digital Health für Fortgeschrittene**
Sebastian Zilch
Geschäftsführer Bundesverband Gesundheits-IT - bvitg e.V.

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wer in, sagen wir, fünfzig Jahren auf die Gesundheitspolitik der 19. Legislaturperiode blickt, wird vor allem eine Überschrift finden: „Pandemie“. Vielleicht tauchen in der Unterzeile noch Schlagworte wie „Digitalisierung“ und „Apps auf Rezept“ auf, aber aktuelle Themen, die aus heutiger Sicht wichtig sein mögen (und tatsächlich auch wichtig sind!), wird im weiten Rückblick niemand mehr auf dem Schirm haben: Morbi-RSA? Krankenhausreform? Notfallversorgung? – Das sind Themen, die die Nachgeborenen bei entsprechendem zeitlichem Abstand nur noch mit Mühe werden buchstabieren können.

Das aktuelle iX-Forum widmet sich aber dem Heute. Und „mittendrin“ merken wir, dass in den vermeintlich „kleinen“ Themen eine deutliche Brisant steckt. Denn wir befinden uns in einer Zeit der Weichenstellung, die – wie es für Weichenstellungen üblich ist – gravierende Auswirkungen für das Gesundheitssystem der Zukunft hat, auch wenn sich in der Rückschau kaum noch jemand an die Details erinnern wird, mit denen damals die Weichen gestellt wurden.

Gerade deswegen wird der Wechsel zwischen 19. und 20. Legislaturperiode so wichtig werden. Denn auch ohne Pandemie stehen grundsätzliche Zäsuren an. Sicher ist: Die Ära Merkel wird enden. In welche Hände die Kanzlerschaft fallen wird, entscheiden die Wählerinnen und Wähler, aber selbst bei größter Kontinuität – für die der Name Armin Laschet stehen dürfte – wird sich die gesundheitspolitische Schwerpunktsetzung im Kanzleramt ändern: Für Angela Merkel war die Ausgestaltung und Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems erkennbar kein Lieblingsthema. Möglich, dass hier die relativ geräuschlose Versorgungskontinuität in Mecklenburg-Vorpommern, eingebettet zwischen universitäre Leuchttürme und ausgestattet mit dem einen oder anderen Highlight aus dem Innovationsfonds, Pate gestanden hat. Für Armin Laschet dürfte die Situation eine andere sein: Nordrhein-Westfalen ist Kernland, wenn es um eine anstehende Krankenhausreform geht, und Laschet ist als Ministerpräsident schon jetzt viel intensiver in die gesundheitspolitische Diskussion involviert. Also: Selbst bei größter Kontinuität werden sich die gesundheitspolitischen Impulse aus dem Kanzleramt verändern.

Und wieviel stärker wird dies der Fall sein, wenn Farben und Farbkombinationen in der Regierung, im Kanzleramt und/oder im Ministerium wechseln? Aus dieser Perspektive wird deutlich erkennbar, dass den anstehenden gesundheitspolitischen Fragestellungen tatsächlich eine grundsätzliche Brisanz zufällt.

Welche Weichenstellungen stehen an?

An erster Stelle: In der nächsten Legislaturperiode wird das Geld knapp sein. Dafür sind gar nicht so sehr vermeintliche Pandemiekosten verantwortlich, die sich im Gesundheitswesen dramatisch niedergeschlagen hätten. Die Kassen leergeräumt hat vielmehr der aktuelle Gesundheitsminister, der mit dem griffigen, aber in dieser Pauschalität keineswegs richtigen Spruch „Krankenkassen sind keine Sparkassen“ nicht nur den Gesundheitsfonds und seine Rücklagen, sondern auch die Notgroschen jeder Einzelkasse ordentlich leergeräumt hat. Also, die Scheunen wären zu Beginn der 20. Legislaturperiode ohnehin schon leer gewesen.

Diesen leeren Scheunen werden allerdings zusätzlich auch noch mit einer schlechten Ernte konfrontiert. Denn mag auch die Pandemie das Gesundheitssystem in seinen Ausgaben nicht überstrapaziert haben, bei den Einnahmen wird sie sich dramatisch auswirken: Denn der Konjunktureinbruch der Jahre 2020 und 2021 wird sich im nächsten Jahr nicht erholt haben. Vielmehr gehen Pessimisten davon aus, dass beispielsweise eine mögliche Pleitewelle bislang noch durch großzügig „gestreckte“ Insolvenzregeln kaschiert wurde – um dann im nächsten Jahr die Konjunktur (und damit die GKV-Einnahmen) um-

so härter zu treffen. Also: Leere Kassen sind im Jahr 2022 (und folgende?) unvermeidlich und werden die Diskussion bestimmen. Dass die Autorinnen und Autoren des vorliegenden iX-Forum intensiv über Geld reden, ist also kaum verwunderlich.

Aber auch andere Themen bestimmen den Rückblick auf die Ära Merkel und den Ausblick auf die kommende Legislaturperiode. Dass unsere schreibenden Gäste sich Gedanken um die Zukunft der Selbstverwaltung machen, ist kaum verwunderlich: Zu offensichtlich hat der noch amtierende Minister immer wieder in deren Befugnisse eingegriffen und wissen lassen – teils explizit, teils implizit –, dass er es besser könne. Aber selbst wenn das der Fall sein sollte (was in der Gesamtheit durchaus bezweifelt werden darf): Was wäre denn mit all diesen Befugnissen und Aufgabe, wenn es ein Minister – wie es die Regel sein dürfte – *nicht* besser kann? Wer führt dann den Laden? Also, hier geht es nicht um Macht, sondern in der Tat um Kompetenz mit der unser milliardenschweres solidarisches System zum Wohl von Versicherten und Patienten geführt und (um-)gestaltet werden muss.

Und auch von den Notwendigkeiten einer solchen Umgestaltung ist in diesem Heft reichlich die Rede: Dass die Sektorengrenzen endlich durchlässiger werden müssen, ist nicht nur dem Versorgungsbedarf und dem kontinuierlichen Anwachsen chronischer Erkrankungen geschuldet (eine gute Nachricht übrigens: heißt sie doch, dass wir immer älter werden und schwere, bislang tödliche Erkrankungen im besser behandeln können!). Aber je länger wir eine Versorgung kultivieren, die sich nicht am Patientenbedarf orientiert, um so mehr verabschieden sich auch Ärzte und Gesundheitsfachkräfte aus dem System, weil sie eben patienten- und nicht vergütungs- oder gar verwaltungsorientiert arbeiten wollen. Also: Auf die Selbstverwaltung werden massive Ausgaben zukommen, und auch davon ist in diesem iX-Forum ein ums andere Mal die Rede.

Und schließlich die Digitalisierung: Jens Spahn darf sich wohl zu Recht rühmen, hier unser System entscheidend vorangebracht zu haben. Aber auch hier stehen Weichenstellungen an, die in Zukunft und in die Zukunft geführt werden müssen. Mit anderen Worten: Digitalisierung läuft nicht von alleine – und wenn Sie von alleine liefe, gnade uns Gott (das gilt übrigens besonders für die vielgerühmte „Künstliche Intelligenz“). Auch hier also liegen Aufgaben vor uns, denen sich unsere Autorinnen und Autoren mit intensivem Engagement annehmen.

Insgesamt ist auf diese Weise ein iX-Forum entstanden, dass als Wegmarken-Heft in einer deutliche Umbruchzeit bezeichnet werden kann – und dem auf diese Weise bleibender Wert zukommen wird: Wer wissen will, was am Ende der „Ära Merkel“ gedacht und in die Zukunft formuliert wurde, wird hier ein Kompendium finden, auf das immer wieder zurückgegriffen werden kann.

Wir danken unseren Autorinnen und Autoren, dass Sie uns bei diesem Projekt so tatkräftig unterstützt haben, und wir wünschen Ihnen, unseren Leserinnen und Lesern, bei der Lektüre ein erkenntnisreiches Vergnügen.

Mit herzlichem Gruß
Dr. Albrecht Kloepfer

Dr. Albrecht Kloepfer

Reformdrang und Corona – Bilanz der vergangenen vier Jahre

Ulrike Elsner,
Vorstandsvorsitzende
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Die 19. Legislaturperiode war aus gesundheitspolitischer Sicht mehr als außergewöhnlich!

Die vergangenen vier Jahre waren einerseits geprägt durch tiefgreifende Reformen, angestoßen von einem entschlossenem Gesundheitsminister, verabschiedet durch ein Parlament, das in der Gesundheitsgesetzgebung immer wieder auch die Zustimmung der Opposition erhielt, und andererseits seit März 2020 bestimmt durch die Corona-Gesetzgebung zur Lösung von spezifischen Versorgungs- und Finanzbedarfen. Prägend waren die Reform des Morbi-RSA, die Stärkung der Versorgung über finanzielle Anreize und das Megathema der Digitalisierung – vom Ausbau der Telematikinfrastruktur über die elektronische Patientenakte bis zu DiGAs und DiPAs als neue Versorgungsangebote.

Kaum ein Bereich des Gesundheitssystems blieb unberührt vom Spahnschen Reformdrang. Und auch der Koalitionspartner hat im Koalitionsvertrag Wegmarken gesetzt. Dazu gehört die Wiederherstellung der vollständigen Beitragssatzparität gleich zu Beginn der Legislaturperiode mit dem **Versichertenentlastungsgesetz**. Damit ist eine Forderung, die der vdek seit vielen Jahren erhoben hat, umgesetzt. Jetzt wird der kassenindividuelle Zusatzbeitrag wieder jeweils hälftig von Versicherten und Arbeitgebern getragen.

Eines der Großprojekte war das **Faire-Kassenwettbewerbs-Gesetz** - natürlich interessengeleitet diskutiert, ging es doch um die Neujustierung der Kriterien für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den Abbau von Vor- und Nachteilen bei den im Wettbewerb stehenden Krankenkassen. Durch eine umfassende Reform des Morbi-RSA wurde der Finanzausgleichsmechanismus zwischen den Krankenkassen neu austariert und durch verschiedene Instrumente manipulationssicherer neu gestaltet. Regionalkomponente, Risikopool, Präventionspauschale und die Abschaffung von Sonderregelungen sorgen nun dafür, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen künftig fairer wird. Dafür hatten sich die Ersatzkassen im Verbund mit den Betriebs- und Innungskrankenkassen seit langem intensiv eingesetzt.

Kleinere Unschärfen im Morbi-RSA blieben. Etwa der fehlende Ist-Kosten-Ausgleich beim Kinderkrankengeld und bei den RSA-Zuweisungen für Auslandskrankenversicherte. Hier hat sich der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz mittlerweile auf den Weg gemacht.

Dem sachkundigen Beobachter dürfte das **Terminservice- und Versorgungsgesetz** noch in Erinnerung geblieben sein. Ein wahres Omnibusgesetz, dass das gesundheitspolitische Berlin wochenlang in Atem hielt und dessen zentralste Neuerung wohl war, den Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung Facharzttermine anzubieten. Hierfür wurde die Systematik des sog. extrabudgetären Honorars ausgebaut, was zu umfangreichen Vergütungserhöhungen für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte führte. Diese und andere Regelungen und Leistungsausweitungen, wie etwa die Erhöhung des Festzuschusses für den Zahnersatz von 50 Prozent auf 60 Prozent oder das Verbot der Ausschreibungen für Hilfsmittel, haben wiederum zu erheblichen Kostensteigerungen bei den Krankenkassen geführt.

Auch kennzeichnend für die 19. Legislatur ist die digitale Agenda. Die Telematikinfrastruktur – seit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte 1995 auch mangels eines verbindlichen Handlungsrahmens für die gemeinsame Selbstverwaltung lange Sorgenkind – sollte nun endlich praktische Anwendungen ermöglichen. Gleich drei **Digitalisierungsgesetze** brachte Minister Spahn auf den Weg. Das Digitale Versorgungsgesetz, das Patientendaten-Schutz-Gesetz und zuletzt das Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungsgesetz. Kern der Digitalisierungsagenda: Die elektronische Patientenakte wird schrittweise ausgebaut und mit weiteren Anwendungen, etwa dem E-Rezept oder dem E-Impfpass, für die Versicherten tatsächlich nutzbar gemacht. Darüber hinaus finden Gesundheits-Apps zur Unterstützung der Kranken- und Pflegeversorgung mehr und mehr den Weg in die Regelversorgung.

Und natürlich schlug sich auch die **COVID-19-Pandemie** in der Gesetzgebung nieder. Auskömmliche Rettungsschirme für die Leistungserbringer wurden aufgespannt und die Kassen leisteten ihren Teil. Schnelles, flexibles und umsichtiges Handeln war notwendig. Aus diesen Erfahrungen sollte nun gelernt und die richtigen Schlüsse gezogen werden. Es sollte geprüft werden, welche der vielen Sondermaßnahmen geeignet sind, die Regelversorgung zu verbessern. Zur Bewältigung der Krise konnte die Politik sich auf die GKV stützen. Und die GKV als selbstverwaltetes Gesundheitssystem hat in enger Koordination mit den weiteren Sozialversicherungssystemen die Leistungsfähigkeit und Stabilisierungswirkung der sozialen Sicherungssysteme unter Beweis gestellt.

Es mag mit den vielen ad hoc Regelungen zur Bewältigung der Corona-Pandemie zusammenhängen – eine Zukunftsreform für den **Krankenhaussektor** bzw. die stationäre Versorgungslandschaft fehlt. Strukturfragen wurden nicht geklärt. Personalmangel in der Krankenhauspflege, veränderte Versorgungsanforderungen infolge der demografischen Entwicklung und die zunehmend ambulant mögliche Versorgung erfordern eine Modernisierung der Versorgungslandschaft. In urbanen Ballungsgebieten herrscht häufig eine Überversorgung mit Krankenhäusern im Gegensatz zu einer teilweisen Unterversorgung im ländlichen, strukturschwächeren Raum.

Zurecht wird mehr Qualität und Spezialisierung in den Häusern eingefordert. Nicht jedes Kreiskrankenhaus kann und muss die gesamte Bandbreite von Leistungen vorhalten. Es braucht einen vernünftigen Ausgleich zwischen einer flächendeckenden Grundversorgung von Krankenhäusern und einzelnen Zentren, die Spitzenmedizin anbieten. In der Breite muss es zu einer konsequenten **Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration** kommen. Gerade die COVID-19-Pandemie hat doch gezeigt, dass besonders kritische Fälle, wie beispielsweise intensivmedizinische Beatmungsfälle, vor allem an hochspezialisierten Fachkrankenhäusern oder Kranken-

häusern der Schwerpunktversorgung konzentriert wurden. Daraus sind für die Zukunft die richtigen Lehren zu ziehen. Ein Gutachten des IGES-Institutes im Auftrag des vdek zeigte kürzlich ganz eindeutig, dass es einen **positiven Volume-Outcome-Zusammenhang** gibt. Das heißt im Klartext, je mehr Eingriffe durchgeführt werden, desto besser ist es um die Qualität der Ergebnisse bestellt. Oder um es ganz platt zu sagen: Übung macht den Meister!

In gemeinsamer Verantwortung für eine moderne Krankenhausstruktur müssen sich alle Akteure – Bund, Länder, Kommunen, die Krankenhäuser und die Krankenkassen – zusammensetzen. An den Erkenntnissen (verschiedenster Wissenschaftler) zur Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration und zu ambulant-stationären Zentren in ländlichen Räumen führt kein Weg vorbei. Zu einem solchen übergreifenden **Reformbündnis** gehört auch zwingend, das die Bundesländer ihrer Finanzierungsverantwortung für die **Investitionskostenfinanzierung** nachkommen, etwa durch gesetzliche Investitionsquoten, leistungsbezogene Investitionsbewertungsrelationen und flankierende Bundesprogramme.

Auch die aktuelle DRG-Systematik muss verändert werden, da sie Fehlanreize für Mengenausweitung von oftmals unnötigen Operationen setzt. Die DRGs müssen stärker **Vorhaltekosten** berücksichtigen. Bestimmte versorgungskritische Abteilungen müssen zur Sicherstellung der Versorgung auch in der Fläche finanziert werden. Dazu müssen deren Leistungen klar definiert und in der Krankenhausplanung und der Finanzierung berücksichtigt werden. Gleichzeitig muss sichergestellt sein, dass nicht allein durch die Vorhaltekosten Krankenhausstandorte finanziert werden, die nicht versorgungsrelevant bzw. bedarfsnotwendig sind.

Andererseits müssen konsequent die Potenziale der Zusammenarbeit zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung aktiviert werden. Schon jetzt ist das möglich und Modelle wie Krankenhaus-MVZs funktionieren. Dieser **sektorenübergreifende Ansatz** hat Zukunft. Durch den medizinischen Fortschritt können heute mehr Leistungen als je zuvor ambulant durchgeführt werden, die früher stationär vorgenommen werden mussten. Das realisiert hohe Effizienzpotenziale in der stationären Versorgung.

Eine Krankenhausstrukturreform wird in der kommenden Legislatur nur eine der gesundheitspolitischen Aufgaben sein. Auf die Agenda gehört die Debatte um eine stärkere Datennutzung zur Optimierung der Versorgung ebenso wie eine Stärkung der Kompetenzen der Selbstverwaltung bei der Entwicklung von digitalen Lösungen. Daneben braucht es den gesetzlichen Rahmen für eine einheitliche Krankenkassenaufsicht – neben einem funktionierenden Morbi-RSA essentiell für einen fairen Wettbewerb. In der sozialen Pflegeversicherung wird es Lösungen brauchen, um die steigenden Eigenanteile abzufedern.

Zur Stabilisierung der GKV–Finanzen bedarf es politischer Entscheidungen zur Kostendämpfung bei den Leistungshonoraren, zur vollständigen Refinanzierung der versicherungsfremden Leistungen und zu einem abgesenkten Mehrwertsteuersatz. Um die Sonderlasten aus der Pandemie abzufedern, bedarf es eines weiteren, zusätzlichen Steuerzuschusses für 2022. Nur so kann in dieser Ausnahmesituation die Belastung der Versicherten und Arbeitgeber mit massiv steigenden Zusatzbeitragsätzen vermieden werden.

Als Ersatzkassenverband haben wir unsere Vorschläge für die gesundheitspolitische Agenda der kommenden Bundesregierung in ein zehn-Punkte-Positionspapier gefasst und auf unserer Homepage unter **www.vdek.com** veröffentlicht.

Link zum Positionspapier des vdek

Die Zukunft der Gesundheitspolitik braucht Selbstverwaltung und eine nachhaltige Versorgungs- und Finanzierungsstrategie

Hans-Jürgen Müller
Vorstandsvorsitzender IKK e.V.

Hans Peter Wollseifer
Vorstandsvorsitzender IKK e.V.

Hinter uns liegt eine Legislaturperiode, die es in sich hatte. Vor allem das letzte Jahr hat durch die Corona-Pandemie allen Akteuren des Gesundheitssystems ein hohes Maß an Leistungsbereitschaft, Flexibilität und Engagement abverlangt. Wie unter einem Brennglas wurden Defizite in Strukturen und Prozessen sichtbar.

Zwar haben in den letzten Jahren Experten immer wieder das Schreckgespenst Pandemie beschworen. Allerdings wurden offenbar keine vorkehrenden Maßnahmen getroffen. So traf die Pandemie auf einen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in beklagenswertem Zustand und deckte gnadenlos die Schwächen des föderalen Systems auf. Im Schnellverfahren wurde versucht gegenzusteuern: So wurden beispielsweise die Zuständigkeiten des Bundes erweitert und ein Investitionsprogramm für den ÖGD beschlossen. Viele der unter Not angestoßenen Punkte waren richtig und teils überfällig. Sie haben in der Summe dazu geführt, dass wir, was die Zahl der Infektionen und der Toten anbelangt, bisher vergleichbar gut durch die Krise gekommen sind, auch wenn die wirtschaftlichen Folgen und ihre Bedeutung für die Sozialversicherung noch nicht absehbar sind.

Charakteristika der Gesundheitspolitik der 19. Legislaturperiode

Nicht erst im Schatten der Pandemie hat der Bundesgesundheitsminister den Stellenwert der Exekutive deutlich erweitert. Mit dem Instrument der Rechtsverordnung hat er sich dafür eines Mittels bedient, mit dem er ohne lange und zermürbende Diskussionen Fakten schaffen konnte. Pragmatisch möchten die einen meinen, aktionistisch und übergriffig die anderen. Dass er dabei auch an vielen Stellen empfindlich die Rechte der Selbstverwaltung und die der Krankenkassen, z.B. bei der Krankenhausabrechnungsprüfung (MDK-Reformgesetz) und der Beitragsautonomie (GVPG), eingeschränkt hat, war für Beobachter seines Politikverständnisses nicht überraschend. Maßvolles Aufsichtshandeln und eine klare Trennung von Rechts- und Fachaufsicht waren erkennbar nicht die Leitlinien des Handelns.

Darüber hinaus griff der Gesundheitsminister, wie schon sein Vorgänger, beherzt in die Finanztöpfe der GKV, um Versorgung zu verbessern und innovativer zu gestalten. Immer wieder wurden dafür die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bzw. die Rücklagen der Krankenkassen herangezogen, als seien dies nie versiegende Quellen.

Bestehende Defizite mit finanziellen Mitteln zu lösen, ist aber in den meisten Fällen nur von kurzfristigem Erfolg. Strukturprobleme werden damit oftmals nur überdeckt. Außerdem gilt auch hier: Eingriffe in die Finanzautonomie der Kassen schwächen die Selbstverwaltung. Wenn die Kassen auf die Rolle der Finanzierer beschränkt werden, weil ihre Entscheidungsmöglichkeiten eingeschränkt werden, gehen wichtige Steuerungsoptionen verloren. Das ist gegenüber den beitragszahlenden Versicherten und Arbeitgebern nicht vertretbar.

Rückblick auf den „Normalbetrieb“

Schon unter den Bedingungen des „Normalbetriebes“, also vor Ausbruch der Pandemie, ist es dem Minister gelungen, dem Gesundheitssystem seinen Stempel aufzudrücken. Jens Spahn hat mit voller Agenda das Amt als Gesundheitsminister übernommen. Schon in der Zwischenbilanz waren 20 Gesetze in 20 Monaten zu verzeichnen. Eine Taktung, bei welcher man sich schnell fragte, ob sich das Tempo durchhalten lässt. Befeuert durch die Corona-Pandemie hat sich die Schlagzahl in den letzten 14 Monaten noch weiter erhöht.

In ihrem Koalitionsvertrag hat sich die Große Koalition die Aufgabe gesetzt, die Versorgung zu stärken und Innovationen voranzubringen. In der Rückschau heißt das aus Perspektive der GKV: viel Licht, aber auch viel Schatten. Ein paar Beispiele:

Mit dem festen Willen, Patienten möglichst schnell von innovativen Versorgungsansätzen profitieren zu lassen, katapultierte Spahn beispielsweise das Thema Digitalisierung über mehrere gesetzliche Initiativen förmlich ins 21. Jahrhundert. Das Digitale-Versorgungs-Gesetz (DVG) und seine Nachfolger waren wichtige Schritte! Aber auch hier: Die Kassen wurden zum Zahler gemacht und bei der gematik ausgebootet. Im Handstreich sicherte sich der Bundesgesundheitsminister die Mehrheit an der gematik und hat sich damit eine Option verschafft, durch die er, an der aus seiner Sicht in dieser Frage zu zögerlichen Selbstverwaltung vorbei, seine Vorstellungen umsetzen kann.

Mit der „Ära Spahn“ kamen u.a. auch die Erweiterung der Terminservicestellen und der Sprechzeiten für GKV-Versicherte (TSVG), mehr Schutz vor gefälschten oder verunreinigten Arzneimitteln (GSAV) sowie Ansätze, um den von Minister Gröhe aufgebrachten Qualitätsgedanken im System mit der Ausweitung der Bereiche für Mindestmengen und Zweitmeinung (GVWG) zu verstetigen. Zudem widmete sich Spahn verstärkt den nichtmedizinischen Berufsgruppen im Gesundheitssystem. Apotheker, Pflegekräfte, Hebammen und Heilmittelerbringer etc. bekamen Unterstützung in Form von besserer Vergütung, mehr Verantwortung bis hin zur Reform der Ausbildung. Der Minister hat damit den Grundstein gelegt, viele nichtmedizinische Berufe aus ihrem bisherigen Schattendasein zu holen und damit neue Wege für die Zusammenarbeit unter den Gesundheitsberufen aufgezeigt.

Im Resümee lässt sich sagen: Die politische Handschrift des Ministers ist unverkennbar: Pragmatismus gepaart mit Aktionismus und Machtbewusstsein. Das Ergebnis: Ein Flickenteppich an Regelungen und allerlei handwerkliche Fehler, um die sich auch noch der nächste Gesundheitsminister wird kümmern müssen.

Dauerbaustelle Strukturreform

Relevante Themen – wie etwa eine Krankenhausstrukturreform, eine Reform der Notfallversorgung oder die angekündigte große Pflegereform – sind, auch bedingt durch die Corona-Pandemie, auf der Strecke geblieben. Damit fehlen noch immer dringend notwendige Strukturanpassungen.

Für die Innungskrankenkassen ist eine nachhaltige Strukturreform eine der wesentlichsten Aufgaben der neuen Bundesregierung. Durch die sich immer schneller verändernden ökonomischen, gesellschaftlichen wie auch innovativen Prozesse treten Systemschwächen immer stärker zu Tage. Auch aus Effizienzgesichtspunkten ist es daher dringend geboten, Unter-, Über- und Fehlversorgung abzubauen und Sektorengrenzen zu überwinden. Gleichzeitig sollten Kooperation, Delegation und Substitution auf- und ausgebaut werden. Der Förderung von Innovationen durch klare und verbindliche Regelungen weisen wir eine gravierende Rolle bei der Versorgungsverbesserung zu. Wir brauchen mutigere Schritte für ein aufeinander abgestimmtes Versorgungskonzept, das Patienten und Versicherte dahin rückt, wo sie hingehören, nämlich in den Fokus.

Erforderlich ist es dafür ebenfalls, die Bedeutung der Gesundheitskompetenz zu stärken. Nicht zuletzt muss mit Blick auf eine effektive Versorgungsgestaltung und -steuerung der Datenaustausch zwischen Versicherten, Krankenkassen und Leistungserbringern ermöglicht werden. Auch nach dem mit dem GVWG beschlossenen Teil-Umbau der Pflegeversicherung sind hier noch viele Baustellen offen geblieben. Einen großen Regelungsbedarf sehen wir auch hier in der Frage der Finanzierung. Die Innungskrankenkassen fordern eine verlässliche Beitragssatzgestaltung in der sozialen Pflegeversicherung, die sowohl die Aspekte Eigenverantwortung als auch Überlastungssicherung berücksichtigt. Bei der Pflege sehen wir aber auch gesamtgesellschaftliche Aspekte. Deshalb gilt es, bei der Finanzierung auch Bund und Länder stärker in der Pflicht zu nehmen.

Ein wesentlicher Moment für eine verbesserte Versorgung im Gesundheitswesen und in der Pflege wird die zielgerichtet vorangetriebene Digitalisierung sein. Aus unserer Sicht ist es essentiell, dass die Umsetzung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert wird. Gleiches gilt auch für die damit einhergehenden Bereiche wie Datenschutz, digitale Kompetenz und Finanzierung. Aktuell ist es zu früh, um eine abschließende Bilanz der Corona-Pandemie und ihrer Wirkung auf das Gesundheitswesen zu ziehen. Doch kann mit Fug und Recht bereits jetzt festgehalten werden: Gerade im weltweiten Vergleich hat sich das deutsche Gesundheitswesen auch in Krisenzeiten bewährt. Die über 70 Millionen gesetzlich Versicherten – fast 90 Prozent der Gesamtbevölkerung – haben sich in diesem Stresstest auf das hohe gesundheitliche und pflegerische Versorgungsniveau des deutschen Gesundheitswesens verlassen können. Und auch etwas anderes ist festzuhalten: Die Selbstverwaltung ist ihrer Verantwortung gerecht geworden und hat für zeitnahe und situationsangemessene Entscheidungen gesorgt.

In der neuen Legislaturperiode steht folglich neben der Bewältigung der Pandemiefolgen und der Lösung der durch die Pandemie offenbar gewordenen Defizite (wie z.B. die Stärkung des ÖGDs) vor allem die Finanzierung des Gesundheitssystems im Mittelpunkt. Denn das aktuell sehr gute Versorgungsniveau im deutschen Gesundheitswesen lässt sich nur zu einem hohen Preis halten.

Auch wenn es lobend zu erwähnen gilt, dass Spahn in dieser Legislaturperiode die Morbi-RSA-Reform durchgeführt hat, dessen Umsetzung nun konsequent angegangen werden muss, um einen fairen Wettbewerb zu ermöglichen, Risikoselektion abzubauen und Manipulationen zu verhindern, lässt sich eins nicht verhehlen, die Pandemie und der Reformmarathon haben die Reserven der GKV aufgezehrt.

Notfall GKV-Finanzierung

Das verbindende Element der 18. und 19. Legislaturperiode ist die Leistungs- und Ausgabenausweitung. Beide Minister profitierten von den konjunkturbedingt gut gefüllten Kassen. Spahn zwang die Kassen zusätzlich dazu, ihre Finanzreserven abzuschmelzen. Das Ergebnis ist bekannt. Der GKV-Spitzenverband prognostiziert für 2022 eine Lücke von 18 Milliarden Euro zwischen den Einnahmen und Ausgaben.

Über allen Forderungen und Verbesserungsvorschlägen für das Gesundheitswesen steht daher die Frage nachhaltig gesicherter Finanzierbarkeit und gerechter Lastenverteilung. Eine neue Koalition, wie auch immer sie zusammengesetzt sein wird, muss mit diesem Handicap arbeiten. Wichtige Punkte aus unserer Sicht sind dabei der Erhalt der Beitragssatzautonomie und das Festhalten am Prinzip der Umlagefinanzierung. Eingriffe in die Finanzreserven der Kassen oder den Gesundheitsfonds, wie sie in der laufenden Legislaturperiode immer wieder vorgekommen sind, kritisieren wir ebenso, wie die Finanzierung von versicherungsfremden bzw. gesamtgesellschaftlichen Aufgaben über die GKV oder den Ausstieg der Länder aus der gemeinsamen Finanzierungsverantwortung im stationären Bereich.

Langfristig wird es darum gehen, vom alleinigen Lohnkostenbezug bei der Finanzierung abzurücken. Eine dauerhafte Erhöhung des Bundeszuschusses, z.B. um die nichtkostendeckenden Beitragssätze für ALG-II-Bezieher, kann dabei nur ein Teil der Lösung sein. Essentiell ist, dass diese Veränderungen Versorgungsverbesserung für die Patienten und Versicherten ermöglichen und gleichzeitig die Finanzierbarkeit durch die Beitragszahler, also die Versicherten und Arbeitgeber, auch in der Zukunft gewährleisten.

Selbstverwaltung als Stabilitätsanker

Wir wollen kein rein steuerfinanziertes System und keine Einheitsversicherung. Der Erhalt des selbstverwalteten Krankenversicherungssystems ist uns ein großes Anliegen. Deshalb kämpfen wir an allen Stellen gegen die stärkere Einflussnahme der Bundesregierung auf unsere Arbeit und die Zentralisierungsbestrebungen des Ministers. Die Angriffe auf die Selbstverwaltung ziehen sich wie ein roter Faden durch die Gesetzgebung. Das ist irritierend, weil eben jene Bundesregierung bei vielen Gelegenheiten erwähnt hat, wie wichtig die Selbstverwaltung ist und dass man sie stärken wolle.

Wer die Selbstverwaltung weiter untergräbt, indem er ihr die Legitimation entzieht, stellt nicht nur Partizipation und Interessenausgleich im Bereich der sozialen Sicherung in Frage, er bringt das komplette Sozialsystem ins Wanken. Wir fordern daher von der neuen Bundesregierung, dass sie sich auf das Prinzip der Selbstverwaltung besinnt, ihre Korrektivfunktion im System anerkennt und ihre Handlungsspielräume ausbaut.

Und so gibt es im Gesundheitswesen auch in der kommenden Legislaturperiode etliche Herausforderungen, die gelöst, weiterentwickelt oder neu angegangen werden müssen. Die Innungskrankenkassen sind bereit an Lösungen mitzuarbeiten. Wir wollen eine gute, innovative Versorgung – dafür braucht es eine starke Selbstverwaltung und eine verlässliche Finanzierungsbasis!

Die Krankenhauspolitik der Großen Koalition: Bilanz und Ausblick aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Dr. Gerald Gaß,
Vorstandsvorsitzender
DKG – Deutsche
Krankenhausgesellschaft e.V.

Wer im Krankenhaus arbeitet, tut dies aus Überzeugung. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möchten den Patientinnen und Patienten beistehen und helfen, mit größtmöglichem persönlichen Engagement und Empathie. Die Corona-Pandemie hat dies einmal mehr eindrücklich unter Beweis gestellt: Ohne den unermüdlichen Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in denKrankenhäusern und eine gut abgestimmte Struktur von Grund- bis Maximalversorgern hätte das deutsche Gesundheitswesen in der Corona-Krise nicht bestehen können.

Krankenhäuser vor großen Herausforderungen

In den vergangenen vier Jahren stellte nicht nur die Corona-Pandemie die Krankenhäuser vor große Herausforderungen. Der Fachkräftemangel und die kaum noch zu überschauende Flut von Vorgaben zur Erbringung, Dokumentation und Abrechnung von Leistungen erschwerte es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenhäuser zunehmend, höchste Qualität zu jeder Zeit und überall direkt vor Ort zu gewährleisten. Hinzu kam das leidige Dauerthema der mangelnden Investitionsfinanzierung durch die Länder. Die jährliche Investitionslücke von rund vier Milliarden Euro war auch in den vergangenen vier Jahren maßgeblich für die angespannte wirtschaftliche Situation vieler Kliniken. Im Zusammenspiel mit einem leer gefegten Arbeitsmarkt für IT-Fachkräfte ist die Investitionsmisere zudem eine der Hauptursachen für die unzureichende Ausschöpfung der Potenziale der Digitalisierung.

Quelle: AOLG

Bundesregierung widmete sich Gesundheitsfachberufen, Digitalisierung und Corona

Die bereits im Koalitionsvertrag der Großen Koalition geplante Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System war für die Krankenhäuser das wichtigste Reformprojekt dieser Legislaturperiode. Die neuen Pflegebudgets stellen den Krankenhäusern eine vollständige

Refinanzierung der Pflegepersonalkosten „am Bett“ in Aussicht und können dazu beitragen, Arbeitsplätze für Pflegende noch attraktiver zu machen. Da die Pflegebudgets jeden Anreiz nehmen, zu Lasten des Pflegepersonals Einsparungen vorzunehmen, ist allerdings nicht nachvollziehbar, weshalb die Bundesregierung mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz nicht die Chance ergriff, die äußerst bürokratiebehafteten und starren Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) abzuschaffen. Mit der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat und der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di gemeinsam entwickelten Pflegepersonalregelung PPR 2.0 steht bereits ein deutlich bürokratieärmeres und enger am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten orientiertes Instrument zur Pflegepersonalbedarfsbemessung zur Verfügung, als dies die PPUG je sein werden.

Zwei Maßnahmen, die in der öffentlichen Wahrnehmung weitgehend untergingen, bergen das Potenzial, die Personalsituation langfristig deutlich zu verbessern: die konsequente Abschaffung des Schulgeldes für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen und die ebenso konsequente Einführung von Ausbildungsvergütungen. Beide Maßnahmen setzen ein deutliches Zeichen für den gestiegenen Stellenwert der Gesundheitsberufe in unserer Gesellschaft und können für Jugendliche, die vor der Entscheidung stehen, in welchem Beruf sie sich ausbilden lassen möchten, ausschlaggebend sein.

Positiv hervorzuheben ist auch das mit dem Krankenhauszukunftsfonds auf den Weg gebrachte Sonderprogramm zur Förderung digitaler Infrastruktur und zur Verbesserung der IT- und Cybersicherheit in den Krankenhäusern. Mit einem Gesamtvolumen von rund 4,3 Milliarden Euro wird das Programm einen wichtigen Beitrag zur voranschreitenden Digitalisierung in den Krankenhäusern leisten. Um diesen Prozess dauerhaft voranzutreiben und auf hohem Niveau zu gewährleisten, wird es allerdings notwendig sein, die erforderlichen Mittel in die regelhafte Betriebskosten- und Investitionsfinanzierung zu integrieren.

Die zweite Hälfte der Legislaturperiode war durch die Corona-Pandemie und eine umfangreiche Krisengesetzgebung geprägt. Die Bundesregierung unterstützte die Krankenhäuser durch Ausgleichszahlungen für entstandene Erlösausfälle und Zuschläge zur Kompensation der pandemiebedingt gestiegenen Kosten. Dank des Ausbaus der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten und einer schnellen und unbürokratischen Kooperation der Krankenhäuser untereinander war die Patientenversorgung in Deutschland zu keinem Zeitpunkt gefährdet.

Gesundheitspolitische Agenda der nächsten Legislaturperiode

Der Fachkräftemangel, die Erfordernisse der Digitalisierung und die zunehmend angespannte wirtschaftliche Situation vieler Krankenhäuser werden auch die kommenden vier Jahre prägen. Gleiches gilt für die überfällige Reform der sektorenübergreifenden Versorgung, in deren Rahmen auch die ambulante Notfallversorgung patientenorientiert weiterentwickelt werden sollte.

Mit der Verbesserung der Personalsituation der Krankenhäuser, der Beschleunigung der Digitalisierung und der Reform der sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen zeichnen sich damit drei Schwerpunkte der gesundheitspolitischen Agenda der nächsten Legislaturperiode bereits ab.

Erwartungen der Krankenhäuser an die nächste Bundesregierung

Deutschland verfügt über eines der besten Gesundheitswesen der Welt. Der niedrigschwellige Zugang zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung unabhängig vom sozialen Status und persönlicher Zahlungsfähigkeit sowie die Gewährleistung einer wohnortnahen Versorgung auch in dünn besiedelten Regionen zeichnen unser Gesundheitswesen aus.

Auch die Corona-Pandemie hat die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und des deutschen Gesundheitswesens eindrucksvoll unter Beweis gestellt. Den Bedarf einer grundlegenden Versorgungsreform hat die Pandemie jedoch nicht vermindert. Die Krankenhäuser halten es daher für dringend geboten, die Weichen für die zukünftige Ausgestaltung der medizinischen Versorgung in Deutschland zeitnah nach der Bundestagswahl im Herbst 2021 zu stellen und die Erkenntnisse aus der Pandemie in die bereits bestehenden Strukturüberlegungen einfließen zu lassen.

Die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung muss sich am Versorgungsbedarf in den Regionen und an den berechtigten Erwartungen der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten messen lassen. Verlässlicher wohnortnaher Zugang zu einer qualitativ hochwertigen und sicheren medizinischen Versorgung auch an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, Rehabilitation und Pflege sollte das gemeinsame Ziel sein. Zu berücksichtigen ist auch, dass die für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehenden Mittel begrenzt sind. Völlig zu Recht erwarten die Versicherten daher einen wirtschaftlichen Einsatz der Mittel.

Für die Modernisierung der medizinischen Versorgung lassen sich daraus die folgenden Eckpunkte ableiten:

1. **Digitalisierung beschleunigen**
   Der beschleunigten Digitalisierung ist höchste Priorität einzuräumen. Die erforderlichen Investitionen in die digitale Infrastruktur und die einhergehenden dauerhaften Betriebskosten müssen vollständig refinanziert werden.

2. **Regionale krankenhauszentrierte Versorgungsnetzwerke**
   Zentrales Leitbild im Konzept der Krankenhäuser zur Weiterentwicklung der stationären Versorgungsstrukturen ist die Förderung und Etablierung regionaler krankenhauszentrierter Versorgungsnetzwerke. Die Zuordnung von Versorgungszuständigkeiten sollte in erster Linie über das eigenverantwortliche Zusammenwirken der Krankenhäuser in den Regionen erfolgen.

3. **Bessere Rahmenbedingungen für attraktive Arbeitsplätze**
   Gut ausgebildetes und motiviertes Personal ist die Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung. Zur Verbesserung der Personalsituation müssen die Möglichkeiten zur Delegation ärztlicher und pflegerischer Leistungen ausgeweitet und konsequent genutzt werden. Die Pflegepersonaluntergrenzen müssen durch die PPR 2.0 ersetzt und die Personalkosten, nicht nur für den Bereich der Pflege, vollständig refinanziert werden.

4. **Qualitätssicherungsmaßnahmen, die den Patientinnen und Patienten dienen**
   Qualitätssicherung muss wieder als Qualitätsverbesserungssystem verstanden werden. Sie soll bestmögliche Versorgung fördern. Die Einführung von Mindestmengen aus medizinischen und qualitätssichernden Gründen wird von den Krankenhäusern ausdrücklich befürwortet. Sie dürfen allerdings keinesfalls zu Strukturbereinigungszwecken missbraucht werden. Dies würde ihren eigentlichen Sinn konterkarieren.

5. **Weniger Bürokratie heißt mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten**
   Sämtliche bestehenden und geplanten Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen müssen kritisch hinterfragt und auf das notwendige Mindestmaß reduziert werden. Zur konkreten Umsetzung sprechen sich die Krankenhäuser für die Etablierung eines Expertenbeirates zum Abbau von Bürokratie beim Bundesministerium für Gesundheit aus.

6. **Vergütungssysteme, die die stationäre und ambulante Krankenhausversorgung umfassen**
   Das DRG-System hat sich als Instrument zur Vergütung stationärer Krankenhausleistungen grundsätzlich bewährt, muss aber um Elemente zur Finanzierung der Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Versorgungsangeboten ergänzt werden. Für die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die ambulant behandelt werden können, aber auf die besonderen Mittel eines Krankenhauses angewiesen sind, ist ein neues Vergütungselement für die „ambulant klinische Versorgung" im Krankenhaus zu schaffen.

Darüber hinaus appellieren die Krankenhäuser an die Länder, ihrer Investitionsverantwortung vollumfänglich nachzukommen. Können die Länder ihrer Verantwortung nicht nachkommen, muss der Bund unterstützend eingreifen.

Die DKG und ihre Mitgliedsverbände haben zu diesen und weiteren Punkten konkrete Umsetzungsvorschläge erarbeitet. Unter dem Titel „Fair – diskutieren, entscheiden, handeln" stehen die Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags auf **www.dkgev.de** zum Download bereit.

Link zum Positionspapier der DKG

Die Krankenhäuser brauchen:

- weniger Bürokratie und mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten
- bessere Rahmenbedingungen für attraktive Arbeitsplätze
- Qualitätssicherungsmaßnahmen, die den Patientinnen und Patienten dienen
- verlässliche Rahmenbedingungen für die Erbringung ambulanter Leistungen
- Vergütungssysteme, die die stationäre und ambulante Krankenhausversorgung umfassen
- eine gesicherte Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen
- eine nachhaltige Investitionsfinanzierung
- eine beschleunigte Digitalisierung

Ordnungspolitische Weichenstellungen für eine moderne medizinische Versorgung:

- föderale Verantwortung stärken, Zentralismus entgegenwirken
- Krankenhausplanung aktiv gestalten
- Versorgungsplanung sektorenübergreifend ausrichten
- regionale Versorgungsnetzwerke fördern und ausbauen

Gemeinsam ein neues Kapitel aufschlagen

Prof. Dr. Christoph Benz
Präsident
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Über ein Jahr Corona-Pandemie liegt hinter uns und überall spürt man den Wunsch, durchzustarten und ein neues Kapitel aufzuschlagen. Die Corona-Fallzahlen gehen zurück, die Zahl der Geimpften steigt stetig und mittlerweile scheint die Impftstrategie in Deutschland trotz einiger „Rüttler" zu greifen – kurz: wir alle können auf einen guten Sommer hoffen, der dieses Mal hoffentlich nicht in einen trüben Lockdown-Herbst mündet.

Nicht nur ein neues Kapitel von bundes- und europapolitischer Bedeutung wird am 26. September aufgeschlagen, wenn ein neuer Bundestag gewählt und uns dabei allen gewiss sein sollte: Es wird nach 16 Jahren einen Wechsel im Kanzleramt geben.

Denn: Last but not least und in aller Bescheidenheit – auch bei der Bundeszahnärztekammer wird ein neues Kapitel aufgeschlagen, gleich in mehrfacher Hinsicht: Jünger und weiblicher zu werden ist der Anspruch - und den ersten Schritt hat die Bundeszahnärztekammer auf ihrer Bundesversammlung unternommen: Mit Dr. Romy Ermler wurde erstmals eine Frau als Vizepräsidentin in den Geschäftsführenden Vorstand gewählt. Mit dem Votum der Delegierten wurde der Geschäftsführende Vorstand zugleich verjüngt und es wurde Kontinuität gewählt.

Doch zurück zur aktuellen politischen Situation. Wir dürfen nicht vergessen, warum wir so positiv in die Zukunft blicken können und wollen: Es ist dem medizinischen Fortschritt zu verdanken, der Initiative von Unternehmen sowie der Kompetenz und Kreativität von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, dass in Rekordzeit sichere Impfstoffe zur Pandemiebekämpfung bereitstehen. Nicht auszudenken, wie sich die Situation ohne diese beispiellose Leistung darstellen würde.

Deshalb sollte bei einer Lehre aus der Krise Einigkeit bestehen: Eine moderne Gesundheitspolitik braucht Innovationen, und Innovationen brauchen die richtigen Rahmenbedingungen. Das gilt für die medizinische Forschung ebenso wie für das Gesundheitssystem, das sich bei allen Problemen in der Krise bewährt hat. Und das sollten wir auch den Parteien mit auf den Weg geben, die sich im Herbst zur Wahl stellen, um in Deutschland ein neues Kapitel aufzuschlagen. Und dabei müssen die Politk und der Gesundheitssektor eng zusammenarbeiten.

Sinkende Einnahmen, steigende Ausgaben

Leicht war dieses Jahr für niemanden, das gilt auch für die Zahnärzteschaft. Einnahmeeinbrüche durch wegbleibende Patientinnen und Patienten, gleichzeitig Beschaffungsprobleme und zusätzliche Ausgaben durch den erhöhten Hygieneaufwand – in den Zahnarztpraxen sehnt man ein Ende der Pandemie herbei.

Bei allen Schwierigkeiten vor allem im zweiten Quartal 2020 können die Zahnärztinnen und Zahnärzte stolz auf die hervorragende Arbeit sein, die sie unter diesen schwierigen Bedingungen geleistet haben und immer noch leisten. Die Patientinnen und Patienten wurden auf dem gewohnt hohen Niveau versorgt, das sie verdienen. Die schon vor der Pandemie hohen Hygienestandards in den Praxen haben sichergestellt, dass das Infektionsgeschehen im Umfeld von Zahnarztpraxen unglaublich niedrig geblieben ist. Darauf hat auch Staatssekretär Dr. Gebhart (CDU) im Rahmen seines Grußwortes an die Delegierten der Bundesversammlung ausdrücklich hingewiesen. Das bekommen auch die Patientinnen und Patienten mit. Die Bundeszahnärztekammer hat in einer repräsentativen Umfrage nachgefragt. Ergebnis: 88 Prozent der Befragten gehen von besonderen Hygiene-Vorkehrungen in Zahnarztpraxen aus. Zum Vergleich: Besondere Hygiene-Vorkehrungen in Krankenhäusern vermuten 65 Prozent der Befragten. Das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die Hygienekompetenz der zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen ist einmalig und Grund für die Termintreue der Patientinnen und Patienten. Und darin liegt auch Teil des wieder anziehenden wirtschaftlichen Erfolges der Praxen.

Lehren aus der Pandemie

Es ist noch zu früh, eine finale Pandemie-Bilanz zu ziehen. Auch wenn wir im europäischen Vergleich mittlerweile sehr gut dastehen: Man muss auch Defizite feststellen, an denen dringend gearbeitet werden muss. Ein Beispiel: Die Abhängigkeit Deutschlands und Europas von globalen Lieferketten ist offensichtlich geworden. Lieferengpässe bei Arzneimitteln, Beschaffungsprobleme bei Schutzausrüstungen – wer hätte vor Pandemieausbruch gedacht, dass medizinische Schutzmasken einmal zur Mangelware werden. Die schnelle und ausreichende Verfügbarkeit von Arzneimitteln sowie medizinischer Schutzausrüstung ist in einer Pandemie von strategischer Bedeutung. Deshalb ist es richtig, in Deutschland und Europa Notreserven aufzubauen und eigene Produktionskapazitäten für Arzneimittel, Medizinprodukte und Impfstoffe zu schaffen. Dabei geht es nicht um Abschottung, unsere Wirtschaft bleibt selbstverständlich auf offene Märkte angewiesen. Hier setzt sinnvolle Europapolitik an. Es geht darum, die richtigen Schlüsse aus der Pandemie zu ziehen und dazu gehört, die Abhängigkeit von internationalen Lieferketten im strategisch relevanten Gesundheitsbereich zu mindern.

Eine historische Wahl steht an

Das Ergebnis der Bundestagswahl am 26. September ist so offen wie nie, nur das Ende von Angela Merkels Amtszeit steht fest. Wie immer man ihre Politik bewertet – für ihren unermüdlichen Einsatz für unser Land und für Europa gebührt ihr unser aller Dank und Respekt.

Es ist unmöglich, im Rahmen dieses Beitrags alle Anregungen und Forderungen der Zahnärzteschaft an die neue Bundesregierung darzustellen. Dafür haben wir unsere Gesundheitspolitischen Positionen zur Bundestagswahl 2021 formuliert. Ein paar wichtige Anmerkungen aus der Sicht der Zahnärzteschaft seien jedoch erlaubt.

Ja zum dualen System

Es ist kein Zufall, dass sich unser Gesundheitssystem in der Krise bewährt hat. Es ist unter anderem unser duales Krankenversicherungssystem aus GKV und PKV, das Innovationen ebenso ermöglicht, wie es ein hohes Versorgungsniveau für alle sicherstellt. Die Mischung aus soli-

darischer Versicherung und Eigenvorsorge trägt dazu bei, dass Deutschland in der zahnmedizinischen Versorgung im internationalen Vergleich sehr gut abschneidet. Dies hat sich bereits in der Wirtschafts- und Finanzkrise 2008/2009 gezeigt. Und auch jetzt in der Corona-Pandemie hat sich unser System bewährt.

Ist dies der richtige Zeitpunkt für systemische Experimente mit offenem Ausgang? Die Einführung einer Einheitskasse würde die Wahl- und Therapiefreiheit der Bürgerinnen und Bürger einschränken und die PKV als Treiberin von Fortschritt und Forschung in der (Zahn-)Medizin über kurz oder lang eliminieren. Wäre damit etwas gewonnen?

Das duale System ist nicht perfekt und es gibt natürlich Reformbedarf. Dies betrifft auch die Zahnmedizin. Dazu gehört zum Beispiel, die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) fachlich und betriebswirtschaftlich zu modernisieren und nach über 30 Jahren den GOZ-Punktwert an die ökonomischen Realitäten anzupassen. Gute Honorare für eine gute Qualität. Für sinnvolle Reformen steht die Zahnärzteschaft immer bereit, aber zu einer Abschaffung des dualen Systems können wir nicht die Hand reichen.

Selbstverwaltung und Therapiefreiheit schützen

Die berufliche Selbstverwaltung hat sich in Deutschland auch in der Krise bewährt. Unser Kammersystem entlastet den Staat und sichert die Qualität der Versorgung. Es wäre aus unserer Sicht fatal, an dieses funktionierende System die Axt oder auch nur ein Skalpell anzulegen.

Die Therapiefreiheit von Arzt und Ärztin sowie Patient und Patientin ist für das Vertrauensverhältnis zentral. Derzeit wird sie aber gefährdet durch Praxisstrukturen, die zunehmend von Fremdinvestoren gesteuert werden. Sie breiten sich u.a. als Dentalketten, Aligner-Anbieter oder unter dem Deckel Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) aus und bieten in Zusammenarbeit z.B. mit Versicherungen kostenoptimierte Behandlungen an, bei denen den Patientinnen und Patienten kaum eine Wahl bleibt. Das heißt: diese können weitgehend nicht mehr selbst mitbestimmen, welche Behandlung für sie in Frage kommt, da kommerzielle Aspekte bei den Therapieoptionen im Vordergrund stehen.

Dies entspricht nicht dem Selbstverständnis der Zahnärzteschaft als Freier Heilberuf. Und es entspricht auch nicht den berechtigten Erwartungen an das Gesundheitssystem, die Heilung der Patientinnen und Patienten zum Ausgangspunkt aller Überlegungen zu machen und nicht die Kosten der Behandlung. Hier müssen berufsrechtliche Regelungen geschaffen und angewendet werden, die den Patientenschutz sicherstellen.

Der Patientenschutz steht bei uns auch an erster Stelle, gerade wenn es um die sogenannte Aligner-Therapie geht, einer kieferorthopädischen Behandlungsmethode von Zahnfehlstellungen mit individuell gefertigten Kunststoffschienen. Es treten verstärkt gewerbliche Anbieter auf, bei denen die Aligner-Behandlung übers Web verkauft wird, teilweise ausschließlich im Do-it-yourself-Modus, wo Patienten keinen oder viel zu wenig Kontakt zu einem kontrollierenden Zahnarzt haben. Das unterschreitet zahnmedizinische Standards. Hier muss mit klaren Regeln eingegriffen werden, um die Patientinnen und Patienten vor einer medizinischen Selbstbehandlung mit starkem Schädigungspotential zu schützen.

Fachkräfte sichern

Die Arbeit in einer Zahnarztpraxis ist immer noch attraktiv für junge Menschen. Vor allem bei jungen Frauen zählt die Ausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten seit vielen Jahren zu den Top 10 der beliebtesten Ausbildungsberufe in Deutschland. Trotzdem gibt es laut Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) erste Anzeichen für einen Fachkräftemangel in deutschen Zahnarztpraxen. Für das Ausbildungsjahr 2020/21 gab es erstmals seit 13

Jahren einen Rückgang bei den neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen von 13.800 im Vorjahr auf 12.700 in 2021. Kein Grund zur Panik, aber ein klares Signal, dass Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen attraktiv bleiben müssen, um junge Menschen für die Arbeit in einem Praxisteam zu gewinnen und zu begeistern. Auch hier bietet die Selbstverwaltung Lösungen, auf die sich der Staat verlassen kann.

Ja zu Europa – Achtung des Subsidiaritätsprinzips

Die Europäische Union ist eine Erfolgsgeschichte, zu der sich die Bundeszahnärztekammer immer bekannt hat. Das bedeutet aber nicht, dass jeder Regulierungsvorschlag aus Brüssel sinnvoll ist. Es ist nicht im Sinne der europäischen Bürgerinnen und Bürger, durch EU-Harmonisierungsvorgaben nationale Gesundheitssysteme in Frage zu stellen. Fragen der beruflichen Selbstverwaltung und zum Status der Freien Heilberufe sowie die hohen Qualitätsanforderungen an das medizinische Personal müssen auch zukünftig primär auf nationaler Ebene geregelt werden.

Harmonisieren, wo es sinnvoll ist, europäisch handeln, wo man national nicht vorankommt – das ist die Form von europäischer Integration, die dem bewährten Subsidiaritätsprinzip entspricht. Ob verstärkte Zusammenarbeit bei der Digitalisierung oder der Aufbau von Reserve- und Produktionenkapazitäten für strategisch relevante Arzneimittel und medizinische Schutzkleidung, um nur zwei Beispiele zu nennen – hier bedeutet mehr Europa auch mehr Qualität. Wenn sich die Diskussion rund um die sogenannte EU-Gesundheitsunion in eine solche praktische Richtung entwickelt, dann ist die Bundeszahnärztekammer selbstverständlich dabei, auch hier ein neues Kapitel aufzuschlagen. Diesen wichtigen Impuls wollen wir in die aktuelle Diskussion rund um die Konferenz zur Zukunft Europas hineintragen. Und wir fordern die neue Bundesregierung dazu auf, mit uns und im Sinne der europäischen Patientinnen und Patienten am gleichen Strang zu ziehen.

Versorgungs-sicherung ist ein strategisches Muss

Dr. Kai Joachimsen
Hauptgeschäftsführer
BPI - Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie

Die Gesundheitspolitik war und ist von der Coronapandemie geprägt und noch sind die Folgen der epochalen Krise auf die Gesundheitsversorgung in Deutschland nicht vollständig absehbar. Es ziehen dunkle Wolken auf.

Aus gutem Grund wurde pandemiebedingt ad hoc sehr viel Geld für teils aktionistische Maßnahmen in die Hand genommen, aber schon vor der Pandemie hat Gesundheitsminister Jens Spahn sehr kostenintensive und nicht immer zielführende Projekte umgesetzt, z. B. das Pflegestärkungsgesetz oder das Terminservicegesetz. Nun klafft im GKV-System eine Finanzierungslücke von 19 Milliarden Euro. Kosteneinsparungen im Gesundheitssektor, insbesondere bei Arzneimitteln, waren schon in der Vergangenheit ein simpel umzusetzendes Mittel. Es ist zu befürchten, dass die Politik trotz der Erfahrungen aus den vergangenen Monaten, nun zu Beginn der neuen Legislaturperiode wieder auf diese Idee kommen wird. Und wahrscheinlich ist, dass die Politik wieder einmal nur kurzfristig sparen will. Kurzfristiges und konzeptfreies Sparen aber wären genau die falschen Lehren aus der Corona-Pandemie. Was wir brauchen, ist nicht nur ein wesentlich funktionaleres Gesundheitssystem, sondern auch stabile und innovationsfreundliche Rahmenbedingungen für Arzneimittelforschung und eine sichere Arzneimittelversorgung heute und in Zukunft.

Die Erfahrung zeigt, dass in Zeiten knapper Kassen gerne die Versicherten zusätzlich belastet werden. Aber auch Kürzungen bei der Pharmaindustrie gelten dann oft als probates Mittel. Bestes Beispiel ist das Preismoratorium, das ohne echten Inflationsausgleich seit 2009 fortbesteht. Doch gerade jetzt darf die pharmazeutische Industrie nicht wie schon so oft zum Hauptträger der Lasten gemacht werden. Vor allem in der Pandemie zeigt sich, wie wichtig es ist, einen innovativen und leistungsstarken Pharmastandort Deutschland und Europa zu erhalten und in eine sichere Arzneimittelversorgung zu investieren. Die Pharmaindustrie ist Kernbereich der industriellen Gesundheitswirtschaft. Wir sind ein Motor für die wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland und Europa. Und unsere Innovationen schaffen einen messbaren Mehrwert, dafür muss man sich nur die steigende Corona-Impfrate und die sinkenden Inzidenzzahlen anschauen. Und deshalb dürfen weder die Innovationen noch die Arzneimittel, die die Grundversorgung sichern, zur Zielscheibe von Einspa-

rungen werden. Ich erinnere daran, dass die kostspieligen Gesetze der aktuellen Legislatur in keinster Weise der Pharmaindustrie zugutegekommen sind. Im Gegenteil, die Regulierungsmaßnahmen wurden in den letzten Jahren immer zahlreicher und widersprüchlicher. Rabattverträge, Festbeträge, Preismoratorien, Zwangsrabatte und Importförderung sind hier nur einige Beispiele. Dass die Industrie bereits seit Jahren in beträchtlichem Umfang ihren Beitrag zur Stabilisierung des Gesundheitssystems leistet, fällt offenbar nicht ins Gewicht. So ist der GKV-Ausgabenanteil für Arzneimittel seit vielen Jahren konstant bei rund elf Prozent geblieben und das, obwohl zunächst kostenintensive Innovationen in den Markt und die Erstattung gekommen sind.

Die Coronakrise hat brutal gezeigt, wie wichtig eine starke europäische pharmazeutische Industrie zur Versorgung der Bevölkerung mit lebenswichtigen Arzneimitteln und Impfstoffen ist. Deutsche und europäische Hersteller sind das Rückgrat einer guten und sicheren Arzneimittelversorgung. Es darf nicht bei Lippenbekenntnissen der Politik bleiben, sondern diese Erkenntnisse müssen nun endlich zu besseren Rahmenbedingungen, statt immer weiteren zusätzlichen Belastungen für die Hersteller führen.

Versorgungssicherheit muss Priorität haben. Sie ist ein strategisches Muss, denn die nächste Krise kommt bestimmt. Nie hat sich deutlicher gezeigt, wie essenziell die Behandlung, Therapie, Versorgung und Entwicklung von Impfstoffen wie auch Arzneimitteln für das Funktionieren unseres Landes ist. Gerade jetzt auch nur auf die Idee zu kommen, an dieser Stelle zu sparen, ist entsprechend abwegig.

Höchste Priorität: Eine sichere Arzneimittelversorgung für Europa

Die SARS-CoV-2-Pandemie hat gezeigt, wie fragil Warenströme sind und wie schnell politische Akteure durch „My country first“-Strategien globale Netzwerke aushebeln. Gestörte Lieferketten und Exportverbote bedrohen die Versorgung und haben die strategische Abhängigkeit Europas bei unverzichtbaren Gesundheitsgütern, insbesondere Arzneimitteln und Medizinprodukten, offengelegt. Durch die Pandemie ist das Problem der Sicherstellung der Versorgung aber nicht entstanden, sondern nur besonders deutlich geworden. Neben stabileren, globalen Lieferketten braucht es zur Gewährleistung einer zuverlässigen Versorgung auch Produktion in Europa. Zum Glück sind derzeit in Europa noch(!) Kapazitäten vorhanden, um den Herausforderungen einer Pandemie gerecht zu werden. Die Frage ist jedoch, wie lange wir diese Situation noch aufrechterhalten können.

Einer der Gründe liegt in der Ausgestaltung der Gesundheitspolitik: Im pharmazeutischen Bestandsmarkt wurde ein so hoher Preisdruck bei gleichzeitiger Überregulierung auf die Hersteller erzeugt, dass es zu einer Abwanderung von Herstellungskapazitäten für Arzneimittel und Wirkstoffe in Drittstaaten gekommen ist. Dadurch entstand eine riskante Marktkonzentration nicht nur bei den Wirkstoffherstellern. Das gefährdet die Liefer- und Versorgungssicherheit, weil es dadurch nicht nur zu einer Deindustrialisierung im Bereich der Arzneimittelproduktion kommt, sondern dies in direkter Folge auch Auswirkungen auf die europäische Zulieferindustrie hat. Diverse Gutachten belegen dies und waren bereits Gegenstand der politischen Debatte. Der richtigerweise vom BMG beim BfArM eingerichtete Beirat für Lieferengpässe bestätigt die Zunahme von Lieferengpässen und die damit einhergehende Problematik.

Innovationen wertschätzen

Nicht erst seit der Coronapandemie wissen wir, dass innovative Arzneimittel sowohl medizinisch als auch gesellschaftlich dringend notwendig sind. Und staatliche Anreize können von Fall zu Fall auch sinnvoll sein. Die Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln sind extrem kostenintensiv, risikoreich und zeitlich aufwendig. Von 10.000 möglichen Wirkstoffkandidaten schafft es oft nur ein einziger als Arzneimittel in die Versorgung. Da reicht es beispielsweise nicht, wenn die Bundesregierung mit dem Programm Nationale Dekade gegen den Krebs das

Ziel setzt, das Leiden zu bekämpfen, und sie dann im Bundeshaushalt nur 60 Mio. Euro für die nächsten 10 Jahre zur Verfügung stellt. Zwar sind damit und auch dank der Auswahl von vier Nationalen Centren für Tumorerkrankungen (NCT) erste Voraussetzungen für neue Therapien erfüllt worden. Dass eine mögliche Therapie Marktreife erlangt, ist damit aber noch lange nicht sichergestellt, denn die Kosten für die Entwicklung eines neuen Wirkstoffs liegen oft bei einer Milliarde Euro und mehr. Hier kommt es jedoch nicht nur auf finanzielle Anreize oder Fördergelder an, sondern vor allem auf ein gutes Investitionsklima, das Investoren in ihrem Mut zum Risiko bestärkt. Denn Innovationen sind nicht nur für die Versorgung der Patienten von überragender Bedeutung. Sie sind auch unverzichtbare Voraussetzung dafür, dass Deutschland in der Welt wirtschaftlich weiterhin ganz oben mitspielt und seinen Wohlstand auch in Zukunft erhält. Verlässliche politische und formale Rahmenbedingungen sind die wichtigste Voraussetzung, damit sich Investitionen in Forschung und Entwicklung auszahlen.

Lehren der Pandemie: Kaputtsparen beenden

Die Politik muss endlich erkennen, dass das Kaputtsparen des Bestandsmarktes, der mehr als 75 % der verschreibungspflichtigen Arzneimittel beinhaltet, ein Ende haben muss. Es muss möglich sein, hierzulande eine solide Preisbasis und die richtigen Rahmenbedingungen für eine sichere Arzneimittelversorgung zu schaffen. Dafür ist es notwendig, dass wir in die Ressourcensicherung investieren und die Abwanderung von Pharmaunternehmen stoppen. Die deutschen und europäischen Pharmaunternehmen sind bereit, ihren Beitrag zu leisten. Sie brauchen dafür aber verlässliche Rahmenbedingungen, faire und vor allem auskömmliche Preise und Planungssicherheit. Tagestherapiekosten von durchschnittlich 6 Cent im Bestandsmarkt bei Ausschreibungen sind kein nachhaltiges Konzept zur Sicherung unserer Gesundheitsversorgung. Das hat mittlerweile auch die Bundesregierung erkannt, allerdings wird die Lösung des Problems nicht konsequent angegangen. Eine Fokussierung auf die sogenannten „versorgungskritischen Arzneimittel“ oder „besonders wichtigen“ und die damit verbundene Wirkstoffproduktion ist nicht ausreichend und wird bei Beibehaltung der Rahmenbedingungen (Rabattverträge) als Fehlinvestition verpuffen.

Wir als BPI haben entsprechende Konzepte erarbeitet, um insbesondere bei Ausschreibungen den europäischen Produktionsanteil und damit unsere Versorgung zu sichern. Die Politik ist nun gefragt, diese Konzepte auch umzusetzen. Doch sie liefert nicht. Allgemein scheint es dem BMG an Bereitschaft zur Lösung dieser Probleme zu fehlen. Wir erinnern uns an den Pharmadialog, der immerhin einen regelmäßigen und institutionell hochkarätigen Charakter hatte und den regelmäßigen Austausch der Bundesregierung mit Vertretern der Gesundheitsversorgung, der Wissenschaft sowie den Verbänden der pharmazeutischen Industrie ermöglicht hat. Minister Spahn hat schon sehr früh zu Beginn der Legislaturperiode durchblicken lassen, dass er von dieser „Veranstaltung“ nicht allzu viel hält. Eine Erneuerung war nicht geplant. Diese fehlende Weitsicht und der fehlende Dialog wurden zu Beginn des Jahres 2021 bei der Beschaffung und Produktion von Impfstoffen und Corona-Therapien überdeutlich, bis schließlich das Bundeskanzleramt das Thema zur Chefsache erklärte und zum Dialog einlud. Dies trug maßgeblich dazu bei, dass die Impfkampagne auf die Erfolgsspur kam und wir nun Hoffnung schöpfen können, dass das Virus bald eingedämmt ist. Impfstoffe sind der Ausweg aus der Krise. Doch die anderen Krankheiten sind deshalb nicht verschwunden und müssen weiter zuverlässig therapiert werden können. Insofern führt kein Weg daran vorbei, den Innovations- und Produktionsstandort Deutschland und Europa nachhaltig zu stärken. Pharmazeutische Erzeugnisse müssen gesamtgesellschaftlich wieder als das gelten, was sie sind: Investitionen in die Gesundheit der Menschen und krisenerprobter Garant zur Sicherung und Stärkung des Standortes Deutschland in Europa.

Europa, Pandemie und Digitalisierung

Gabriele Regina Overwiening
Präsidentin
ABDA – Bundesvereinigung
Deutscher Apothekerverbände e.V.

Die ablaufende Legislaturperiode war für die Apothekerschaft eine besonders bewegte: Nach der Bundestagswahl 2017 stand für sie die Absicherung einheitlicher Preise für verschreibungspflichtige Arzneimittel im Mittelpunkt allen Handelns, bis sich als erster Versuch einer Teillösung des Problems langsam das Vor-Ort-Apothekenstärkungsgesetz (VOASG) abzeichnete.

Ab Anfang 2020 bestimmte die Corona-Pandemie die (Gesundheits-)Politik und die Versorgungsrealität in den Apotheken vor Ort. So dynamisch sich die Normgebung in der Krise entwickelte, so flexibel erfüllten die Apotheken viele neue Versorgungsaufträge in der Pandemiebekämpfung vor Ort. Mit dem Abflauen der Pandemie stellen sich aus Sicht der Apothekerschaft aber für die kommende Legislaturperiode bereits neue Herausforderungen.

Ordnungspolitik im Fokus

Aus Sicht der Apothekerschaft lässt sich die zu Ende gehende Legislaturperiode im Grunde in zwei Phasen einteilen. Von der Bundestagswahl im Herbst 2017 bis zum Beginn der Corona-Pandemie im Frühling 2020 lag der Fokus der Apotheker und Apothekerinnen auf einer ordnungspolitischen Grundsatzfrage. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hatte im Oktober 2016 erlaubt, dass ausländische Versandapotheken deutsches Recht ignorieren durften, indem sie rezeptpflichtige Arzneimittel nicht zum bundeseinheitlichen Apothekenverkaufspreis abgeben und abrechnen mussten, sondern den Versicherten Rabatte und Boni gewähren durften. Die Begründung: Sie sollten einen vermeintlichen Wettbewerbsnachteil durch die räumliche Entfernung zum Patienten damit ausgleichen dürfen. Das Urteil irritierte Experten, da es das Subsidiaritätsprinzip in Frage stellte, das bei der Ausgestaltung der nationalen Gesundheitssysteme in Europa gilt. Es schockierte aber vor allem die Apotheken vor Ort, da es einen ungleichen Wettbewerb auslöste und die flächendeckende Versorgung auszuhöhlen drohte. Nach endlosen Debatten kristallisierte sich 2019 das Vor-Ort-Apothekenstärkungsgesetz (VOASG) mit einem Bündel an gesetzgeberischen Maßnahmen heraus, die einheitliche Abgabepreise für verschreibungspflichtige Arzneimittel zumindest in der GKV-Versorgung garantieren, die Einführung des E-Rezeptes ordnungsrechtlich flankieren und mit der Einführung pharmazeutischer Dienstleistungen zu Lasten der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) die Chance auf eine verbesserte Versorgung der Patienten eröffnen sollen.

Konzentration auf Pandemiebekämpfung

Mit dem absehbaren Ende des VOASG-Gesetzgebungsverfahrens und dem Beginn der Corona-Pandemie verschob sich der Fokus von der Ordnungspolitik auf die akuten Erfordernisse der Pandemiebekämpfung. Die Apotheken und ihre Berufsorganisationen waren gefragt als schnelle, flexible und leistungsstarke Problemlöser. Ihre zusätzlichen Aufgaben waren und sind mannigfaltig: Berichte über Produktions- und Exportstopps in Fernost ließen die Nachfrage für bestimmte Arzneimittel ansteigen, so dass Apotheken die Abgabe kontingentieren mussten. Als industriell hergestellte Desinfektionsmittel nicht mehr erhältlich waren, besorgten sich tausende Apotheken die Grundstoffe auf eigene Faust, um in ihren Laboren Desinfektionsmittel für Pflegeheime und Patienten herzustellen. Der Kampf gegen „fake news“ kostete Apotheken im Patientengespräch viel Zeit und Überzeugungskraft. Zugleich erweiterten die Betriebe ihre Botendienste um bis zu 50 Prozent, um unnötige Kontakte zu vermeiden und vulnerable Patientengruppen zu versorgen. Ab Dezember 2020 musste von einem Tag auf den anderen die Versorgung von 34 Millionen Anspruchsberechtigten mit FFP2-Schutzmasken organisiert werden. Apotheken nahmen in der Teststrategie die notwendige Aufgabe an, Antigen-Schnelltests durchzuführen. Über eine anspruchsvolle Logistik schaffen die Apotheken die Versorgung von zigtausend Arztpraxen mit Covid-19-Impfstoffen verlässlich vor Ort. Die Digitalisierung von Impfnachweisen schnellstmöglich zu implementieren, war und ist die nächste ‚Sonderaufgabe‘, die die Apotheken vor der Brust haben.

Ein neuer Gesetzgebungsstil

Schon vor Ausbruch der Pandemie war eine Entwicklung besonders augenfällig: Bereits im Frühjahr 2018 begann ein legislativer Dauersprint in der Gesundheitspolitik, dessen Tempo sich durch die Pandemie noch verschärfte. Schon nach dem ersten Amtsjahr hatte Bundesminister Spahn durchschnittlich einen Gesetzentwurf pro Monat auf die Schiene gesetzt. TSVG, GSAV, DVG, VOASG, FKG, PDSG – hinter diesen Kürzeln verbergen sich Gesetze mit teils weitreichenden Folgen für das Gesundheitswesen. Und die hohe Schlagzahl bei den Normgebungsprozessen stand auch für einen neuen Politikstil: Gesetzgebung erfolgte weniger über den ‚großen Wurf‘ als vielmehr in kleinen, schnellen Schritten, im Grunde in agilen Prozessen, wie man sie aus der Softwareentwicklung kennt. Dieses „learning by doing“ bedingt einen intensiven Austausch zwischen allen Beteiligten sowie eine offensive öffentliche Kommunikation. Die Pandemie hat die Taktung weiter erhöht. Innerhalb weniger Tage wurden Gesetze und Verordnungen angekündigt, ausgearbeitet, angepasst, veröffentlicht und in Kraft gesetzt. Stellungnahmefristen für Verbände schrumpften bisweilen auf wenige Stunden.

Dieses Tempo ging nicht nur auf Kosten der Beteiligten, sondern letztlich auch auf Kosten der Rolle des Parlamentes. So manche Regelung, die unter anderen Umständen mit langen Ausschuss- und Plenardebatten im Bundestag einhergegangen wäre, wurde unter dem Druck der Krise durch die Exekutive auf dem Verordnungsweg in Windeseile durchgesetzt. Der juristischen Qualität der Regelungen war das beileibe nicht immer zuträglich. Unzureichende Definitionen und ungeklärte Sachverhalte machten die Implementierung von Maßnahmen in der Praxis zusätzlich schwer. Für die Apotheken vor Ort bedeutete das über Monate ein Arbeiten am Limit, hatte aber zugleich einen positiven Effekt. Gesellschaft und Politik haben den besonderen Wert und die enorme Resilienz unseres dezentralen Arzneimittelversorgungssystems mehr denn je zu schätzen gelernt. Und diese Einsicht ist ein gutes Fundament für die politische Arbeit nach der Pandemie und nach der Bundestagswahl.

Positionen für die Zukunft

Die ABDA hat für ihre Arbeit in den kommenden vier Jahren drei Kernpositionen formuliert: Erstens müssen die bestehende Versorgungsstrukturen angesichts weiter rückläufiger Apothekenzahlen über verlässliche Rahmenbedingungen stabilisiert werden. Die Arzneimittelversor-

gung und der apothekerliche Heilberuf sind zukunftsorientiert weiterzuentwickeln. Dazu gehört auch die Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Apotheken. An den bestehenden Regelungen zum Fremd- und Mehrbesitzverbot sowie der freien Apothekenwahl ist zwingend festzuhalten. Zweitens geht es um die Sensibilisierung für den besonderen Wert von Arzneimitteln. Arzneimittel sind starke Helfer, bergen aber auch Risiken und sind besonders beratungsbedürftige Güter, die eine Begleitung durch den pharmazeutischen Experten benötigen. Der Trivialisierung von Arzneimitteln, dem der Versandhandel, die Plattformökonomien und OTC-Preisdumping Vorschub leisten, ist entschieden entgegenzuwirken. Der anbieterunabhängigen Ausgestaltung, Implementierung und Handhabung des elektronischen Rezeptes kommt dabei eine entscheidende Rolle zu. Drittens soll die Apotheke vor Ort so weiterentwickelt werden, dass sie mit ihren Leistungen den maximalen gesellschaftlichen Nutzen entfalten kann. Der bislang ungenutzte Mehrwert, z.B. bei der Prävention, muss im Zentrum zukünftiger politischer Entscheidungen stehen.

Rahmenbedingungen der nächsten Legislaturperiode

Die Ziele der Apothekerschaft gilt es einzubetten in die absehbaren Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl. Die Schwächung der klassischen Volksparteien, das Erstarken der Grünen, die zunehmend volatilen Wählerentscheidungen machen unterschiedlichste Regierungskonstellationen denkbar. Jede neue Regierung wird aber nach Ende des „Corona-Ausnahmezustandes“ zunächst auf das gleiche Problem treffen: Es wird weniger Geld im Staatshaushalt und in den Sozialkassen verfügbar sein. Die Gesetzlichen Krankenkassen dürften trotz staatlicher Unterstützung in der Krise mit einer erheblichen Mittelknappheit kämpfen, die politischerseits schnell mit dem Ruf nach Einsparungen zulasten der Leistungserbringer beantwortet werden könnte. Trotz knapper Kassen wird die Digitalisierung im Gesundheitswesen, deren Defizite in der Pandemie besonders augenfällig wurden, vorangetrieben werden müssen. Allerdings dürfte die Debatte über neue Gesetze sich bis dahin zumindest im Sinne einer „Reparlamentarisierung“ der Demokratie wieder stärker in Bundestag und Bundestag zurückverlagern. Das bietet hoffentlich Zeit für einen ausführlicheren Diskurs. Unabhängig davon, welche Parteien sich zu einer Regierungskoalition zusammenfinden und auf welche Politikziele sie sich für das Gesundheitswesen verständigen können, sind damit wichtige Parameter für die kommenden vier Jahre vorgegeben.

Für die Apothekenlandschaft liegen zwei konkrete Herausforderungen ohnehin schon auf dem Tisch: Mit der verbindlichen Einführung des E-Rezeptes ab 2022 muss die Apotheke vor Ort ihren Vollversorgeranspruch auch auf die digitale Sphäre ausweiten. Zum 1. Januar 2022 werden sich Arbeitsabläufe in den Apotheken erheblich ändern. Die Kommunikations- und Versorgungsoptionen für die Patienten werden vielfältiger und deren Versorgung kann dadurch noch besser werden. Hinzu kommt die Implementierung von ersten neuen pharmazeutischen Dienstleistungen, wie z.B. dem Medikationsmanagement. Deren Details müssen in den nächsten Wochen und Monaten zwischen dem Deutschen Apothekerverband und dem GKV-Spitzenverband ausgehandelt oder vor einem Schiedsamt entschieden werden. Hier liegt insbesondere eine große Chance, die Arzneimittelversorgung der Patienten zu verbessern. Und von der Umsetzung der weiter oben skizzierten drei strategischen Ziele ist dabei noch gar nicht gesprochen. Das Pflichtenbuch der Apothekerinnen und Apotheker ist also gut gefüllt, und auch ohne Pandemie wird in der Gesundheitspolitik der nächsten vier Jahren ganz sicher keine Langeweile aufkommen.

Mehr Patienten-orientierung wagen

Oda Hagemeier
Geschäftsführerin
eurocom e.V.

Gesundheitspolitische Handlungsmaxime der auslaufenden Legislaturperiode war und ist erklärtermaßen die Orientierung am Patienten. So sollte es ja auch sein. Für Millionen von akut oder chronisch erkrankten Bürgerinnen und Bürgern, die auf medizinische Hilfsmittel angewiesen sind, geht damit zwangsläufig diese Frage einher: Welche politischen Weichen wurden gestellt für eine Hilfsmittelversorgung, die für sie individuell erforderlich ist und sich auf dem neuesten Stand der Medizintechnik befindet – als Grundvoraussetzung für mehr Lebensqualität und Teilhabe? Ein vorausschauender Rückblick mit Handlungsimpulsen.

Medizinische Hilfsmittel sichern den Erfolg einer Krankenbehandlung, beugen einer drohenden Behinderung vor oder gleichen sie aus. Ihre Relevanz zeigt sich allein schon in der Zahl und Akzeptanz derer, denen sie helfen. 33 Millionen Menschen in Deutschland leiden zurzeit unter Beschwerden des Bewegungsapparates, 22 Millionen an Venenerkrankungen, 7 Millionen an Diabetes Mellitus, in dessen Folge jährlich 40.000 Amputationen durchgeführt werden. Es handelt sich um die häufigsten – oft chronischen – Volkskrankheiten hierzulande, deren Beschwerdebilder sich massiv auf die Lebensqualität der Betroffenen auswirken. Die konservative oder postoperative Behandlung mit ihrem Hilfsmittel hilft Patienten dabei, wieder auf die Beine, schneller zurück in den Alltag und in die Arbeitswelt zu kommen – oder in ein insgesamt schmerzfreies und mobiles Leben. Rund 12 Millionen Menschen in Deutschland tragen orthopädische Einlagen, 8 Millionen Bandagen und Orthesen, 5 Millionen medizinische Kompressionsstrümpfe. Sie benötigen deshalb weniger Medikamente, können operative Eingriffe oft ver-

Das leisten wir

KOMPRESSIONSTHERAPIE
~ 5 Mio. Patienten in Deutschland
gilt als Basisbehandlung bei Erkrankungen des Venen- und Lymphgefäßsystems und lindert Beschwerden bei Lipödemen.

BANDAGEN/ORTHESEN
~ 7,8 Mio. Patienten in Deutschland
kommen bei Erkrankungen und Funktionsstörungen des Bewegungsapparates sowohl als Bestandteil der konservativen Therapie als auch postoperativ zum Einsatz.

ORTHOPÄDISCHE SCHUHEINLAGEN
~ 12 Mio. Patienten in Deutschland
sind wesentlicher Bestandteil der Behandlung von Fußbeschwerden sowie von Fuß- und Gelenkfehlstellungen.

PROTHESEN
~ 150.000 Prothesenträger in Deutschland
werden nach Amputationen angewendet und sind eine wesentliche Voraussetzung für Teilhabe.

BRUSTVERSORGUNG
~ 75.000 Neuerkrankungen an Brustkrebs jährlich in Deutschland
Brustprothesen und Brustteilprothesen werden nach einer Brustkrebsoperation eingesetzt.

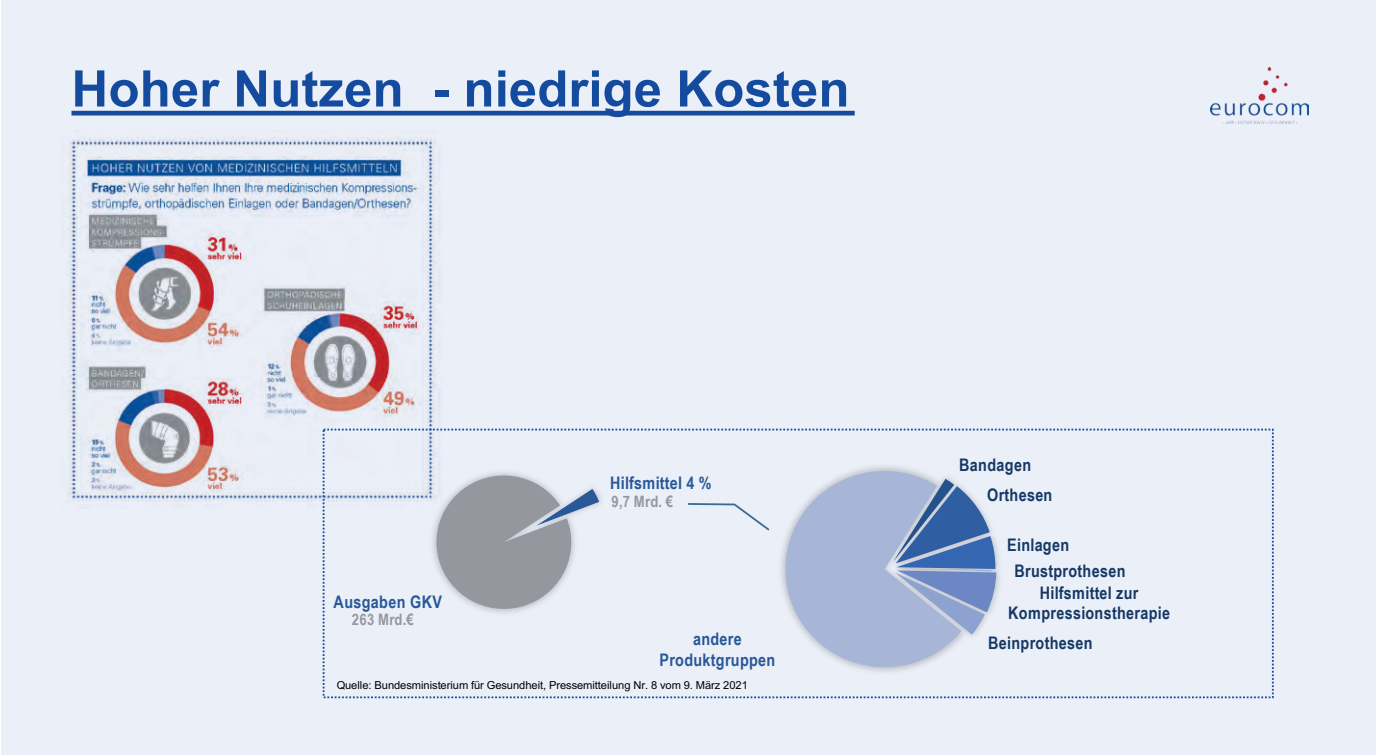
meiden, sind mobiler und gewinnen dadurch an Lebensqualität. Diesen Nachweis führte das Institut für Demoskopie Allensbach (IfD) mit einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung während der aktuellen Legislaturperiode.

Der hohe Nutzen spricht für sich. Dass er gleichzeitig mit geringen Kosten einhergeht, überzeugt auch wirtschaftlich. 29 Millionen Versorgungsfälle mit Hilfsmitteln weist der GKV-Spitzenverband für das Jahr 2019 aus. Das Bundesministerium für Gesundheit hat für 2020 einen Anteil von nur 4 Prozent (9,7 Milliarden Euro) an den Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (263 Milliarden Euro) für Hilfsmittel ausgewiesen. Im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen sind die Ausgaben für Hilfsmittel demnach verschwindend gering. Vor allem, wenn man bedenkt, dass die Kosten über das Produkt hinaus sämtliche Leistungen der versorgenden Leistungserbringer, wie zum Beispiel Orthopädietechniker, Orthopädie-Schuhtechniker und des Sanitätsfachhandels, umfassen.

Medizinische und ökonomische Argumente senden also eine klare Botschaft: Wir brauchen eine gesundheitspolitische Gestaltung, die sicherstellt, dass Patienten und Versicherte auch zukünftig mit innovativen und qualitätsgesicherten Hilfsmitteln versorgt werden können.

Qualität sichern und Innovationen schneller zum Patienten bringen

Ganz oben auf der gesundheitspolitischen Agenda der Ära Spahn stand die Hilfsmittelversorgung nicht. Gleichwohl setzte das Bundesgesundheitsministerium deutliche Zeichen für Qualitätssicherung und Innovationsfreundlichkeit, indem es die Intention des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung, kurz: HHVG, aus dem Jahr 2017 weiterverfolgte und konkretisierte. Ein echter Fortschritt für die Hilfsmittelversorgung ist das explizite Verbot von Ausschreibungen und Open-House-Verträgen mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz in 2019. Hilfsmittelversorgungen sollten nunmehr ausschließlich auf Basis von Vertragsverhandlungen durchgeführt werden.



Dieser explizite Bruch mit einer Philosophie des niedrigsten Preises bedeutet für den Patienten, sich nach wie vor auf eine Versorgung und Beratung verlassen zu können, die flächendeckend und wohnortnah ist und seine Wahlfreiheit berücksichtigt.

Ein wichtiger Schritt in Richtung Innovationsfreundlichkeit und Transparenz ist mit der Verabschiedung des Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetzes (MPEUAnpG) im März 2020 gelungen. Dieses verankert das Recht der Hilfsmittelhersteller auf ein Beratungsgespräch beim GKV-Spitzenverband im Sozialgesetzbuch. Damit besteht ein Rechtsanspruch auf Beratung immer dann, wenn Unklarheiten bei der Beantragung zur Aufnahme neuartiger Hilfsmittel ins Hilfsmittelverzeichnis und der damit zusammenhängenden Nachweispflichten bestehen. Auch diese Maßnahme folgt der Intention des HHVG, die Qualität der Hilfsmittelversorgung für Patienten und Versicherte zu verbessern, indem transparente Verfahren die zeitgemäße Weiterentwicklung des Hilfsmittelverzeichnisses beschleunigen und nicht Jahre vergehen müssen, bis neuartige Produkte dort Eingang finden – und Patienten von Innovationen profitieren können. Denn auch wenn das Hilfsmittelverzeichnis keine Positivliste ist, so dient es doch Ärzten und Kostenträgern als orientierendes Instrument – und hat damit großen versorgungsrelevanten Einfluss.

Wichtige Aufgabe in der nächsten Legislaturperiode wird es sein, diesen Faden aufzunehmen und dafür Sorge zu tragen, dass das vom Gesetzgeber vorgesehene Beratungsgespräch nach eindeutigen, verbindlichen und prüfbaren Zielkriterien abläuft. Dies kann entscheidend dazu beitragen, dass zukünftig medizintechnologische Innovationen schneller beim Patienten ankommen. Eine interprofessionell besetzte Expertenkommission unter Beteiligung der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, der verordnenden Ärzteschaft und der Patientenvertretung analog zu den Entscheidungsstrukturen beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) könnte eine Lösung sein, um der Innovationskraft neuer Hilfsmittel und den zunehmend komplexeren Krankheitsbildern im Hilfsmittelverzeichnis Rechnung zu tragen. Maßgeblich wird dabei sein, dass die Organe der Selbstverwaltung verpflichtet werden, den Beteiligten nicht nur ein bloßes Anhörungsrecht zu gewähren, sondern die vorgebrachten Argumente bei Nichtzustimmung inhaltlich begründet zu widerlegen und damit mehr Akzeptanz für Entscheidungen zu schaffen.

Digitalisierungsstrategie muss ärztliche Therapiefreiheit wahren

Eine Reihe von Gesetzen verlieh der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen die längst überfällige Schubkraft. Das im November 2019 in Kraft getretene Digitale-Versorgungs-Gesetz (DVG) legte den Grundstein für die digitale Gesundheitsreform, dem eine Vielzahl weiterer Gesetze zu diesem Thema folgten. Die gesetzliche Verankerung der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen wie auch das eRezept und der dafür notwendige Ausbau der Telematikinfrastruktur ebnen den Weg auch für eine moderne Hilfsmittelversorgung – unter bestimmten Voraussetzungen. Eine der wichtigsten ist die Unberührtheit der ärztlichen Therapiefreiheit, auch bei der Verordnung von Hilfsmitteln. Eine Selbstverständlichkeit eigentlich, die jedoch die „richtige Form“ bzw. eine konsequente digitale Transformation der Rezeptierung erfordert. In der Vergangenheit haben sich die formalen Vorgaben zur Verordnung von Hilfsmitteln stark an denjenigen zur Verordnung von Arzneimitteln orientiert – Stichwort: „rosa Rezept“. Dieses papierbasierte Hilfskonstrukt darf beim eRezept, der dazugehörigen Telematikinfrastruktur und der elektronischen Patientenakte nicht einfach nachgebaut werden. Es muss eine digitale Lösung geschaffen werden, die die für die Verordnung von Hilfsmitteln spezifischen Erfordernisse berücksichtigt. Dazu gehört insbesondere ein Freitextfeld auf dem eRezept, damit der Arzt die Möglichkeit hat, bestimmte Einzelprodukte zu verordnen und diese Therapieentscheidung zu begründen. Andernfalls wären Patienten von der Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln abgeschnitten. Damit die Einzelproduktverordnung im Rahmen der ärztlichen

Therapiefreiheit gemäß § 7 Abs. 3 Hilfsmittelrichtlinie praktisch überhaupt machbar ist, empfiehlt eurocom ein eigens für Hilfsmittel konzipiertes digitales Verordnungsblatt, das auch bisherige Bruchstellen behebt. Die einfache Handhabung der ärztlichen eVerordnung ist wesentliche Voraussetzung dafür, den medizinisch notwendigen individuellen Patientenanforderungen gerecht zu werden, ohne zusätzliche Verwaltungshürden zu erzeugen.

Marktüberwachung ausbauen für Patientensicherheit und fairen Wettbewerb

Nach wie vor eine der größten Herausforderungen für Hersteller medizinischer Hilfsmittel ist die Umsetzung der europäischen Medical Device Regulation (MDR). Als Antwort auf den berechtigten Ruf nach mehr Patientensicherheit im Zuge des Skandals um fehlerhafte PIP-Brustimplantate, Medizinprodukte der höchsten Risikoklasse III also, verschärft die seit Mai 2017 geltende und ab 26. Mai 2021 in allen EU-Staaten anzuwendende MDR die Zulassungsvorschriften für Medizinprodukte. Dabei schießt sie gewissermaßen mit Kanonen auf Spatzen, indem ihre Regeln sowohl für Hochrisikoklassen als auch für die niedrigste Risikoklasse gelten. Insgesamt stellt sich die Einhaltung der MDR als Kraftakt gegen Kapazitätsengpässe auf allen Ebenen dar. Nicht zuletzt ist immernoch das Fehlen des europäischen Datenbanksystems Eudamed als zentrales Instrument der Nachverfolgbarkeit von Medizinprodukten zu beklagen – funktionstüchtig nicht vor 2022. Für die einzelnen mittelständischen Betriebe, die Hilfsmittel der niedrigsten Risikoklasse I herstellen, ist die Implementierung der MDR, ihrer Nachweis- und Dokumentationspflichten ein immenser Aufwand – ohne Mehrwert für die Qualität der Patientenversorgung mit Hilfsmitteln.

Dass gleichzeitig außerhalb von Europa ansässige Unternehmen auf unterschiedlichen Online-Plattformen Produkte mit medizinischer Zweckbestimmung zu Niedrigstpreisen anbieten, ohne jedoch die beim Inverkehrbringen in den europäischen Markt hohen regulatorischen Anforderungen der MDR zum Zwecke höherer Patientensicherheit zu erfüllen, erscheint befremdlich. Der Online-Markt für nicht CE-zertifizierte Billigprodukte dieser Art muss dringend geschlossen werden. Überwachungsbehörden müssen mit Zuständigkeiten für den Online-Handel belegt, klare Meldestrukturen etabliert werden. Zu prüfen wäre zudem, ob Internetplattformen verpflichtet werden können, die Händler auf die Einhaltung der gesetzlichen Marktzugangsregelungen explizit hinzuweisen und mögliche Sanktionen stärker zu verdeutlichen. Denn nur eine konsequente EU-Marktüberwachung kann die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger mit qualitätsgesicherten Medizinprodukten und einen fairen Wettbewerb unter den Herstellern garantieren, indem sie Billigheimern den Riegel vorschiebt.

Konservative Therapie stärken – auch eine Botschaft der Pandemie

Zurück zum Anfang bzw. zur Relevanz von Hilfsmitteln für den therapeutischen Erfolg: Sie zeigt sich einmal mehr unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie. Denn die rechtzeitige und konsequente Behandlung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie und orthopädischen Hilfsmitteln trägt wesentlich dazu bei, Krankenhauseinweisungen zu verhindern, ein schnelles Entlassmanagement aus Krankenhäusern zu gewährleisten und Patienten im Selbstmanagement ihrer Erkrankung zu unterstützen.

Der gesundheitspolitische Leitgedanke „ambulant vor stationär“ erhält im aktuellen Kontext eine ungeahnte Dringlichkeit. Indem sie Schmerzen lindern und Patienten mobilisieren, ermöglichen Hilfsmittel die ambulante Versorgung, gerade bei chronischen Krankheiten, und entlasten damit den stationären Bereich. Dank medizinischer Hilfsmittel bleiben Beschwerden therapierbar, statt sich zu unbeherrschbaren Leiden zu steigern, die Menschen zu Pflegebedürftigen machen oder sogar ihre Lebenserwartung verkürzen. Um konkrete Beispiele zu nennen: Hilfsmittel zur Kompressionstherapie können lebensgefährliche Komplikationen einer Thrombose oder Lungenembolie und das ungebremste Fortschreiten etwa eines Lymphödems verhindern. Bei Nichtbehandlung, Unterbrechung

oder durch eine verzögerte Behandlung hingegen können sich Schmerzen chronifizieren und schwere Folgeschäden entstehen – für den Patienten und für das gesamte Gesundheitssystem.

Um die bestmögliche konservative und postoperative Behandlung mit Hilfsmitteln zu gewährleisten, ist es erforderlich, die technische Orthopädie zu stärken, ihren Rückzug aus der ärztlichen Aus- und Weiterbildung aufzuhalten und sie als Motor einer sektorübergreifenden Versorgung zu verstehen. Immerhin erklärte es der Gesetzgeber mit der Gesundheitsreform im Jahr 2000 zum ausdrücklichen Ziel, die Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Gesundheitssektor zu stärken. Diesem Ansatz neuen Schwung zu verleihen, wäre folgerichtig – etwa Modellprojekte anzustoßen, die eine Anpassung konservativer an chirurgische Verdienst- und Vergütungsstrukturen vornehmen und das bislang starre System der Hilfsmittelerstattung sektorübergreifend zu organisieren. Ein Anstoß, der im Sinne der Patientinnen und Patienten läge, denn immer mehr Menschen ziehen die konservative Behandlung einem chirurgischen Eingriff vor.

Über eurocom

eurocom ist die Herstellervereinigung für Kompressionstherapie, orthopädische Hilfsmittel und digitale Gesundheitsanwendungen. 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.

QR Code zur Website www.eurocom-info.de

In der 19. Legislaturperiode ist viel passiert – dennoch bleibt noch viel zu tun

Dr. Jens Baas
Vorsitzender des Vorstands
Techniker Krankenkasse

Wenn diese Legislaturperiode in Sachen Gesundheitspolitik eines nicht war, dann: langweilig. Dafür sorgte längst nicht nur die Pandemie. Auch wenn sie das Gesundheitssystem in den Fokus rückte und ehemalige „Spezial-Themen“ wie die Intensivbettendichte oder Impfstoffpreise inzwischen nicht mehr nur auf Fachkongressen diskutiert werden, sondern in Talkshows und auf Social Media.

Zwar erhöhte sich mit Pandemiebeginn die Schlagzahl noch einmal erheblich, mit der im BMG Gesetze und Verordnungen entstanden. Doch auch bis zum März vergangenen Jahres war viel los. „20 Gesetze in 20 Monaten: Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) ist auf dem besten Weg, sämtliche Reformrekorde zu brechen.“, schrieb etwa im Dezember 2019 die Ärzte Zeitung. Auf die Frage, wie viele Gesetze und Verordnungen in der 19. Legislaturperiode zumindest angeschoben wurden, gibt es vermutlich – je nach Zählweise – unterschiedliche Antworten. Insgesamt dürften es wohl um die 90 werden, also deutlich mehr als eines pro Monat.

„Problem erkannt, Lösung formuliert, Gesetz beschlossen, nächstes Thema“, schien das Motto in Berlin. Ob als Ticket im „Omnibus“ gebucht oder in einem eigenen Gesetzentwurf, Hauptsache der Gesetzgebungsprozess war schlank und kurz. Die Themen reichten von ambulanten Praxissprechstunden über Organspende und Psychotherapeutenausbildung bis zur Zytostatikaversorgung – kaum ein Winkel des Gesundheitswesens blieb unberücksichtigt. Die hohe Schlagzahl und Themenvielfalt brachte dem BMG auch Kritik ein: von Populismus bis hin zu „Quantität statt Qualität“.

Ein klares Gegenbeispiel ist das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG): Ein sinnvolles und notwendiges Reformgesetz, das von tiefer Kenntnis komplexer Mechanismen zeugt. Noch dazu bei einem Thema, das nicht für breiten Applaus taugt. Seine Elemente von Manipulationsbremse und Regionalkomponente bis hin zum Risikopool sorgen für mehr Fairness im Wettbewerb zwischen den Kassen. Dennoch bleibt noch Arbeit für einen künftigen Gesundheitsminister oder eine künftige Gesundheitsministerin übrig: Denn die überfällige Einführung einer einheitlichen Aufsicht überstand den Gesetzgebungsprozess nicht.

Digitalisierung: Tempo und Richtung stimmen

Auch beim Thema digitale Transformation ging die Quantität nicht auf Kosten der Qualität. Das war wichtig, denn bis 2017 waren Digitalisierung und die damit verbundenen Chancen für die Versorgung im deutschen Gesundheitswesen vor allem eines: „Zukunftsmusik". Allerdings mit dem Haken, dass diese Zukunft in vielen anderen Ländern schon stattfand oder zumindest deutlich greifbarer war. Das änderte sich in dieser Legislaturperiode schlagartig: Schon der Koalitionsvertrag zeigte klare digitale Ambitionen wie den Start der elektronischen Patientenakte (ePA), „neue Zulassungswege für digitale Anwendungen", oder die digitale Weiterentwicklung der Pflege. Die Digitalbilanz zum Ende der 19. Legislaturperiode enttäuscht nicht: Die ePA ist bundesweit gestartet, es gibt Apps auf Rezept, elektronische AU und E-Rezept laufen an und auch für digitale Pflegeanwendungen (DiPA) ist der Weg geebnet.

Natürlich ist auch hier nicht alles „abgehakt" – trotz der rasch gestarteten Serie von Digitalgesetzen, deren Auftakt das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) machte. Diese darf nun keinesfalls abreißen, denn auf den Nachfolger oder die Nachfolgerin von Jens Spahn warten zentrale Fragen. Dazu gehört, die Chancen der ePA für Patientinnen und Patienten als patientengesteuertes Herzstück der digitalen Infrastruktur voll nutzbar zu machen – denn wir haben zwar inzwischen eine ePA, die steckt aber noch in den Kinderschuhen. Außerdem gilt es, Lösungen zu finden, wie künftig die Allgemeinheit von Gesundheitsdaten profitieren kann. Und es gilt, nicht nur die verschiedenen digitalen Angebote sinnvoll und wirtschaftlich in das bestehende System zu integrieren, sondern das System so umzugestalten, dass neue und effizientere Wege möglich werden. Das betrifft natürlich auch Honorar- und Preisfragen – etwa bei den DiGA – ebenso wie die Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz.

Mehr Mitbestimmung – für den Staat

„Weniger ist mehr" sollte künftig hingegen in einem anderen Bereich gelten: bei der Tendenz der Politik, auf allen Ebenen des Gesundheitswesens mitzubestimmen. Das Grundgesetz regelt die Verwaltung der Sozialversicherung durch eigenständige Körperschaften: Die Politik gibt den gesetzlichen Rahmen vor, wesentliche Pfeiler sind jedoch selbstverwaltet. Das funktioniert im Großen und Ganzen sehr gut und soll dem Gesundheitswesen zudem die nötige Unabhängigkeit bewahren – etwa im Gegensatz zum staatlichen NHS in Großbritannien, der ja nun wahrlich kein Erfolgsmodell ist. In der 19. Legislaturperiode erstarkte hingegen die staatliche Einflussnahme: Das MDK-Reformgesetz oder auch das TSVG beschnitten direkt den Handlungsspielraum der Selbstverwaltung. Mitgeredet wurde aber bis auf die Detailebene – quasi „staatliches Mikromanagement". Beispielhaft sei hier das „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung" (TSVG) genannt. Es macht Praxen konkrete Sprechstundenvorgaben, regelt die mehrheitliche Übernahme der Gematik durch das BMG, schreibt die Präexpositionsprophylaxe ins Pflichtenheft der Kassen und verbietet Ausschreibungen für Hilfsmittel, um nur ein paar Beispiele zu nennen.

Mehr Staat gab es auch beim Thema GKV-Finanzen, Stichwort „Griff in die Rücklagen der Kassen", mit denen ein Teil der Finanzlücke für 2021 geschlossen wurde. Hinzu kommt: Gesundheit wurde erneut deutlich teurer. So stiegen GKV-weit die Leistungsausgaben zwischen 2018 und 2020 um 9,2 Prozent je Versicherten. Mit Blick auf das kommende Jahr ist klar, dass es auch 2022 eine GKV-Finanzierungslücke geben wird. Der jüngst auf den Weg gebrachte Sondersteuerzuschuss ist also absolut notwendig.

Weil solche steuerfinanzierten Lückenfüller keine dauerhafte Lösung sind, müssen hier nach der Wahl rasch strukturelle Lösungen her.

Echte Reformen braucht es etwa bei der Krankenhausstruktur und -finanzierung ebenso wie beim Thema Arzneimittelpreise. Und wir müssen systematisch prüfen, wo unser Gesundheitswesen effizienter werden kann, auch hier wird die Digitalisierung helfen. Beim Thema GKV-Finanzierung bleibt also für die 20. Legislaturperiode noch genug zu tun. Dabei dürfen wir nicht vergessen, dass ein Defizit kein Ergebnis schlechten Wirtschaftens der GKV ist, sondern eines stetigen Anstiegs der Leistungsausgaben. Dazu hat die teure Gesetzgebung der letzten Legislaturperioden erheblich beigetragen. Hier seien exemplarisch das TSVG sowie das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PPSG) genannt – beide werden mit Milliardenkosten zu Buche schlagen, nicht einmal, sondern jährlich.

In der Rückschau lässt sich festhalten: Seit 2018 ist unser Gesundheitssystem gegen viele Widerstände deutlich digitaler und ein ganzes Stück fairer geworden. Das ist gut so und verdient große Anerkennung. Gleichzeitig darf sich die Politik weder beim Thema fairer Kassenwettbewerb noch beim Thema Digitalisierung auf dem bisher Erreichtem ausruhen – ganz im Gegenteil. Der Kostenanstieg muss gebremst und die staatliche Einflussnahme auf die Selbstverwaltung zurückgedrängt werden. Wir brauchen langfristige politische Entscheidungen, denn in der kommenden Legislaturperiode stehen wichtige Weichenstellungen an, um das Gesundheitssystem für die Zukunft aufzustellen – aber das mit Weitsicht statt Detailverliebtheit.

Potentiale heben und Chancen nutzen

Prof. Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender
BARMER

Die vergangenen Monate haben Stärken und Schwächen des deutschen Gesundheitssystems für alle sichtbar offen gelegt.

Die Corona-Pandemie setzt das deutsche Gesundheitswesen seit nunmehr einem Jahr einem enormen Stresstest aus. Doch auch unter schwierigsten Bedingungen meistert es diese Aufgabe bis heute in vielen Bereichen mit Bravour. Gleichzeitig hat die Krise strukturelle Defizite deutlicher denn je aufgedeckt. Ein Großteil dieser Probleme ist nicht neu und besteht seit Jahrzehnten. Auf keinen Fall darf es ein „weiter so“ geben! Umso mehr ist es an der Zeit, die Probleme endlich zu beheben. Diese Aufgabe wird der neuen Bundesregierung zukommen. Denn schließlich befinden wir uns im Wahljahr. Sobald sich die neue Koalition nach der Bundestagswahl am 26. September gefunden hat, sollte sie die Schwachstellen im Gesundheitswesen entschieden angehen. Wer auch immer dann Gesundheitsministerin oder Gesundheitsminister sein wird, eins steht bereits jetzt fest, dieser Person wird eine Mammutaufgabe zukommen.

Eine der Dauerbaustellen ist das Thema Krankenhaus. Hier besteht dringender Reformbedarf. So ist der Krankenhaussektor heute in vielen Regionen durch deutliche Überkapazitäten und zu wenig Spezialisierung und Konzentration geprägt. Die Angebote in der Versorgung folgen nicht dem medizinischen Fortschritt, die Leistungen der Kliniken orientieren sich nicht am tatsächlichen Bedarf in einer Region. Steigende finanzielle und personelle Engpässe verschärfen den Handlungsdruck.

Um dieses Defizit zu beheben, müssen die strukturellen Rahmenbedingungen einem einheitlichen gestuften Konzept folgen. Dabei werden den Versorgungsstufen auf der Bundesebene konkrete Leistungen zugeordnet und somit der Versorgungsauftrag der jeweiligen Krankenhäuser eindeutig definiert. Die Bundesländer hingegen analysieren den tatsächlichen Bedarf in der einzelnen Region und legen anhand der definierten Versorgungsstufen die Standorte mit dem jeweiligen Leistungsumfang fest. Definierte

Vorgaben sollen dabei die Qualität sichern. So müssen die Krankenhäuser bundesweite Mindestanforderungen an Strukturen und Prozesse für bestimmte Leistungen nachweisen und erfüllen. Die Folge ist eine Konzentration der Leistungen und eine stärkere Spezialisierung einzelner Krankenhäuser, vor allem bei komplexen Behandlungen.

Damit wird erreicht, die stationären Leistungen an den Standorten zu konzentrieren, die die personellen und apparativen Anforderungen erfüllen und ausreichend Erfahrung haben, eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Derzeit konkurrieren zu viele Kliniken um geringe personelle und begrenzte finanzielle Ressourcen. Die Krankenhausdichte vor allem in den Ballungsgebieten begünstigt außerdem eine medizinisch nicht gewollte Mengenausweitung. Wo und in welchem Umfang stationäre Leistungen erbracht werden, darüber muss zukünftig eine vergleichende Analyse des Bedarfs und der Qualität entscheiden. Ebenso müssen die Krankenhäuser regelmäßig und verbindlich nachweisen, dass sie die Qualitätsvorgaben einhalten.

Weiterhin werden alle Krankenhausstandorte gebraucht, jedoch häufig in anderer Funktion. An diesen Standorten muss eine hochwertige, interdisziplinäre, vorrangig ambulante Versorgung aufgebaut werden, beispielsweise als integrierte Gesundheitszentren, die die wohnortnahe Grund- und Notfallversorgung gewährleisten. In der Pandemie zeigt sich, dass vor allem größere und spezialisierte Krankenhäuser schwer erkrankte und beatmungspflichtige COVID-19-Patientinnen und -Patienten behandelt haben. Genau diese Erkenntnis ist wichtig, um die richtigen Entscheidungen für die anstehende Strukturreform zu treffen. Krankenhäuser mit mehr als 800 Betten haben dabei im vergangenen Jahr 21 Prozent der mit COVID-19-erkrankten Patientinnen und Patienten und 27 Prozent der Fälle mit intensivmedizinischer Versorgung betreut. Im Vergleich dazu sind in den 538 Krankenhäusern mit bis zu 149 Betten nur sieben Prozent der am Coronavirus Erkrankten aufgenommen worden, und nur fünf Prozent der Fälle wurden dort intensivmedizinisch versorgt. Dies geht aus Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise durch Prof. Dr. Boris Augurzky und Prof. Dr. Reinhard Busse für das Jahr 2020 hervor. Damit waren vor allem die größeren Krankenhäuser mit mehr als 300 bis 400 Betten die Träger der Versorgung in der Pandemie. Häufig fungierten sie für eine ganze Region als erste Anlaufstelle und trugen als Kompetenzzentren dazu bei, dass in den Hochzeiten der Pandemie auch in den anderen Krankenhäusern der Region eine adäquate Behandlung sichergestellt werden konnte.

Eine weitere wichtige Forderung ist, dass die Krankenhausplanung schnell zu einer sektorenübergreifenden und qualitätsorientierten Versorgungsplanung weiterentwickelt wird. Schließlich ist die Grundlage einer funktionierenden medizinischen Versorgung ein gut strukturiertes und vernetztes Gesundheitssystem. Die Basis dafür bilden flächendeckende ambulante Strukturen. Genau dies ist eine besondere Stärke des deutschen Gesundheitssystems. Anders als in anderen Ländern konnten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte während der Pandemie einen großen Teil der COVID-19-Patientinnen und -Patienten in ihren Praxen versorgen. Vor allem die Hausärztinnen und Hausärzte leisteten einen Großteil der Versorgung und vermieden damit auch eine Überlastung des Gesundheitssystems. Auf diese Weise standen die Kapazitäten in den Krankenhäusern tatsächlich den schwerkranken Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Die ambulante Versorgung durch Hausärztinnen und -ärzte, aber auch Fachärztinnen und -ärzte muss gestärkt werden.

Heute können im ambulanten Bereich dank des technischen Fortschritts immer öfter bislang dem stationären Sektor vorbehaltene medizinische Eingriffe ohne Quali-

tätsverlust erbracht werden. Diese am 27. Januar 2021 von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum ambulanten Operieren bestätigte Entwicklung ist richtungsweisend und sollte möglichst noch konsequenter umgesetzt werden. Die Niedergelassenen sollten beim Ausbau sektorenübergreifender Versorgungsansätze stärker in die Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Eine Voraussetzung ist die Öffnung des ambulanten Sektors für interdisziplinäre und sektorenübergreifende Kooperationsformen. In Gemeinschaftspraxen, Arztnetzen und regionalen Versorgungsverbünden können unterschiedliche ärztliche und nichtärztliche Professionen unter einem Dach arbeiten. Zusammen mit Kliniken der Grundversorgung können daraus intersektorale Gesundheitszentren entstehen. Damit wäre eine belastbare Basisstruktur geschaffen, die zahlreiche Vorteile bietet. So könnten zum Beispiel viel mehr medizinische Eingriffe ambulant vorgenommen werden, wenn die Zentren Betreuungs- oder Überwachungsbetten im Sinne einer erweiterten ambulanten Versorgung vorhalten. In weiteren Stufen sollten die Zentren um ambulante und stationäre Pflegedienste erweitert werden. Dies wäre eine Versorgung aus einem Guss. Angefangen von den Hausärztinnen und -ärzten, die eine Lotsenfunktion einnehmen, über die Behandlung bei Fachärztinnen und -ärzten bis hin zu Standardeingriffen in den zu Intersektoralen Gesundheitszentren weiterentwickelten Krankenhäusern. Dies alles ist im Sinne der Qualität der Versorgung unabdingbar. Am Ende profitieren nicht nur die Patientinnen und Patienten von mehr Sicherheit, sondern auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte durch eine engere Kooperation.

In den Medien wird derweil diskutiert, die Corona-Krise habe den „Digitalisierungsturbo“ gezündet. Das ist vielleicht etwas zu viel gesagt, sie hat aber durchaus viele Prozesse beschleunigt. Das Interesse an digitalen Anwendungen hat noch einmal deutlich zugenommen. Insbesondere die Telemedizin erlebt einen großen Aufschwung, die Vorteile der Digitalisierung in der Medizin werden jetzt besonders deutlich. So findet die Fernbehandlung per Videosprechstunde zunehmend Akzeptanz, selbst im Bereich der Psychotherapie. Daher ist es sinnvoll, dass Ärztinnen und Ärzte das Potenzial der Telemedizin umfangreicher nutzen. Telemedizinische Anwendungen ergänzen die ärztliche und pflegerische Versorgung vor allem im ländlichen Raum. Mit ihrer Hilfe kann die medizinische Versorgung insgesamt verbessert werden. Die „FONTANE-Studie“ oder das Projekt „ERIC“, realisiert in Zusammenarbeit zwischen der BARMER und der Charité, haben gezeigt, wie die Behandlung von Herzpatientinnen und -patienten telemedizinisch unterstützt werden kann. Patientinnen und Patienten können durch die Televisite über e-Health-Plattformen nach Erkrankungen bestmöglich versorgt werden. Heute reden wir hier noch von Leuchtturmprojekten. Ihnen muss die Zukunft gehören, damit möglichst viele Patientinnen und Patienten zeitnah davon profitieren können.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist aber kein Selbstzweck, sondern soll vor allem die Kommunikation und Behandlungsprozesse weiter verbessern. Eine zentrale Rolle spielt dabei die elektronische Patientenakte (ePA), die bei der BARMER eCare heißt. Sie ist das wichtigste Instrument, mit dem die medizinische Behandlung und die Pflege für viele Patientinnen und Patienten verbessert werden. Für die Versicherten bietet die elektronische Patientenakte eine digitale Plattform, mit der Gesundheitsdaten sicher gespeichert und mit Ärztinnen und Ärzten geteilt werden können. Besonders Menschen mit mehreren Erkrankungen werden von der elektronischen Patientenakte profitieren, da sie alle wichtigen Befunde, Medikationen und Notfalldaten übersichtlich dokumentiert. Das kann Doppeluntersuchungen und Fehlmedikationen vermeiden und die Kompetenz der Patientinnen und Patienten stärken. Darüber hinaus können die Versicherten über die elektronische Patientenakte eigene

Daten für die medizinische Forschung bereitstellen. Da die Akzeptanz einer ePA von ihrem tatsächlichen Nutzen abhängt, hat die BARMER eCare mit dem Mediplaner von Beginn an mehr geboten, als die gesetzlich vorgegebene digitale Ablage zu sein. Der digitale Assistent trägt dazu bei, die Gefahren bei der Einnahme zahlreicher Medikamente zu reduzieren, indem er vor unerwünschten Wechselwirkungen warnt. Zudem hilft ein Erinnerungsservice an die Einnahme von Arzneien. Damit leistet die eCare einen wichtigen Beitrag zu mehr Arzneimitteltherapiesicherheit. Aber dies ist erst der Anfang. Die eCare wird sukzessive um neue Funktionen erweitert, um auf diesem Wege ihr ganzes Potenzial entfalten zu können.

Potenziale heben, genau darum wird es in der nächsten Legislaturperiode gehen. Selten waren die Chancen so gut wie jetzt, tiefgreifende Reformen in die Wege zu leiten. Denn der Corona-Stresstest hat schonungslos offengelegt, wo die Stärken und die Schwächen in unserem Gesundheitssystem liegen. In besonders schweren Zeiten sind die Bereitschaft und der Mut zu Veränderungen oftmals am größten. Das ist eine große Chance, die die kommende Bundesregierung entschieden ergreifen sollte.

Weckruf für eine große Gesundheits- und Pflegereform

Andreas Storm
Vorsitzender des Vorstands
DAK-Gesundheit

Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit. Der Chef der drittgrößten gesetzlichen Krankenkasse bilanziert die Legislaturperiode und gibt einen Ausblick auf die wichtigsten Arbeitsfelder der Zukunft. Die Corona-Pandemie wirkt nach seiner Ansicht wie eine Lupe, die Schwachstellen im ansonsten leistungsfähigen und krisenfesten Gesundheitswesen aufzeigt. Das Resümee des Kassenchefs ist ein Weckruf für eine große Gesundheits- und Sozialreform

Die Corona-Pandemie hat einerseits gezeigt, wie leistungs- und stressfähig unser Gesundheitswesen in Deutschland auch in schwersten Krisen ist. Andererseits gab es gravierende Mängel beim Pandemiemanagement durch Bund und Länder. Trotz größter Beanspruchung vieler im Gesundheitssystem Arbeitenden ist unser Gesundheitswesen nicht kollabiert, wie in anderen Ländern. Die Pandemie war quasi eine Bewährungsprobe, sie hat aber auch wie eine Lupe die strukturellen und qualitativen Mängel unseres Gesundheitssystems aufgezeigt. Die Pandemie eröffnet somit die Chance auf eine grundlegende Reform für ein zukunftssicheres Gesundheitswesen.

Eine Herausforderung besteht in dem föderalen Charakter Deutschlands. Es entsteht zunehmend der Eindruck, dass wir eigentlich 16 unterschiedliche Gesundheitssysteme haben. Die einzelnen Bundesländer erstellen Krankenhaus- und Pandemiepläne, die Versorgung findet regional statt. Die Regionalisierung unseres Gesundheitswesens hat Stärken, aber auch Schwächen. Bei der bundesweiten Bekämpfung einer Seuche scheitern wir deshalb bisweilen an dysfunktionalen Aufteilungen. Es ist deshalb an der Zeit, die gesundheitspolitische Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern grundlegend neu zu ordnen.

Reformbedarf bei der Ausstattung, Finanzierung und Struktur der Kliniken

Die Bundesländer kommen seit Jahrzehnten nicht ihrer staatlichen Verpflichtung zur Bereitstellung der investiven Finanzbedarfe im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung nach. In den Kliniken herrscht ein dramatischer Reform- und Innovationsstau. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) fordert seit langem eine Reform der Krankenhauslandschaft zur Erhöhung der Versorgungsqualität: Ausstattung, Finanzierung und Struktur bundesdeutscher Kliniken gehören dringend auf den Prüfstand.

Im stationären Sektor ist auf eine Konzentration und Spezialisierung der Leistungen zu achten. Über-, Fehl- und Unterversorgung müssen systematisch angegangen und behoben werden. Die Unterfinanzierung der Kliniken führt zum Personalmangel, vor allem in der Pflege und zur ökonomisch indizierten Mengenausweitung, auch weil die Länder ihren Investitionsverpflichtungen nicht nachkommen. Bund, Länder und Selbstverwaltung sollten in einem Pakt die Zuständigkeiten für Planung und Finanzierung der Kliniken festlegen und Mechanismen entwickeln, die langfristig eine qualitativ hochwertige Versorgung einer reformierten Kliniklandschaft sicherstellen. Dabei ist ein breiter gesundheitspolitischer Konsens nötig, denn die hierfür erforderliche Verfassungsänderung setzt Zweidrittel-Mehrheiten im Bundestag und Bundesrat voraus.
Die wohnortnahe ambulante medizinische Versorgung ist ein zentraler Anker des deutschen Gesundheitswesens. Es gilt der Leitsatz: ambulant vor stationär. Trotz zahlreicher politischer Initiativen ist eine Überwindung der Sektorengrenzen noch nicht gelungen. Dabei ist die sektorenübergreifende Behandlung der Schlüssel für eine qualitativ hochwertige und patientenorientierte Versorgung. Die bessere Verzahnung der Bereiche muss in der kommenden Legislaturperiode oben auf der Agenda stehen. Im ambulanten Bereich sollten gestufte und vernetzte Behandlungsstrukturen gestärkt werden. Die Überwindung der Sektorengrenzen ist vor allem im Interesse der Patientinnen und Patienten und sie hilft, Fehlanreize im System zu beseitigen.

Mit drei großen Digitalisierungsgesetzen hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in den vergangenen Jahren wichtige gesetzliche Voraussetzungen für ein digitales Gesundheitswesen geschaffen. Das Tempo der Gesetzgebung war atemberaubend: elektronische Patientenakte (ePA), digitale Gesundheits- und Pflegeanwendungen, eRezept. Verantwortungsvoll und klug eingesetzt ermöglicht die Digitalisierung grundlegende Verbesserungen der medizinischen sowie pflegerischen Versorgung.

Voraussetzung ist aber, dass die digitalen Lösungen auch bei den Versicherten ankommen. Erst wenn ein echter Mehrwert für die Nutzerinnen und Nutzer von digitalen Anwendungen entsteht, steigt die Akzeptanz der Digitalisierung in der breiten Öffentlichkeit. Zu häufig ist dies aktuell noch nicht der Fall oder dauert entschieden zu lange. In der Pandemie hätten elektronische Patientenakten von Vorteil sein können, um Leben zu schützen. Doch bei der Einführung der ePA und bei der Implementierung des eRezepts kommt es immer wieder zu Verzögerungen. Das E-Rezept sollte eigentlich am 1. Juli 2021 bundesweit starten und ab dem 1. Januar 2022 verpflichtend sein. Doch auch das verschiebt sich. Die gematik hatte nun angekündigt, dass es erst eine Test-Region Berlin-Brandenburg für die elektronischen Verordnungen geben wird.

Digitalisierung mit Herz und Verstand

Bei der elektronische Patientenakte sollte vor allem inhaltlich nachgebessert werden. Um die medizinische Versorgung durch die Digitalisierung voranzubringen, schlägt der Sachverständigenrat vor, dass die elektronische Patientenakte künftig für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtend eingeführt werden sollte. Dieser Vorschlag, den ich für diskussionswürdig halte, hat den Vorteil einer einfacheren Realisierung. Das bisherige Verfahren, bei dem GKV-Versicherte in einem mehrstufigen Prozedere der Nutzung ihrer elektronischen Akte zustimmen müssen, baut Hürden auf, ist realitätsfern und nicht erfolgversprechend. Dagegen sollte für jeden GKV-Versicherten eine ePA angelegt werden, es sei denn die Person widerspricht aktiv. Ein solches vereinfachtes, niederschwelliges Widerspruchs-Verfahren bzw. eine solche Opt-out-Regelung wäre im Sinne einer besseren Versorgung, für die Forschung und für einen patientenzentrierten Ansatz der Datenverarbeitung. Wir können die Chancen der ePA nur nutzen, wenn möglichst viele Menschen daran teilnehmen. Wir brauchen eine Digitalisierung mit Herz und Verstand.

Trotz Tempo bei den Digitalgesetzen sind noch längst nicht alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte an die Datenautobahn, die Telematik-Infrastruktur, angeschlossen. Bei Digitalisierung und e-Health ist Deutschland immer noch Entwicklungsland anstatt Weltmeister. Die Corona-Pandemie hat auch die Reformnotwendigkeiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) deutlich zu Tage treten lassen. Der ÖGD war unterbesetzt und unterfinanziert und konnte daher den kurzfristigen Handlungserfordernissen nicht nachkommen. Digitale Meldewege waren noch nicht etabliert, was eine verlangsamte Reaktionsfähigkeit beim Management des Ausbruchsgeschehens und bei der Nachverfolgung der Infektionsketten zur Folge hatte. Die Länder und Kommunen müssen ihrer Finanzierungs- und Investitionsverpflichtung nachkommen, um eine Modernisierung des ÖGD zu ermöglichen sowie die allgemeine Gesundheitsvorsorge sicherzustellen.

Soziale Selbstverwaltung in ihrer Verantwortung stärken

Ein Garant in der Pandemie ist und bleibt die soziale und die gemeinsame Selbstverwaltung. Diese klugen Systeme aus Akteuren der Ärzteschaft, gesetzlicher Krankenversicherung, Ministerien, Gesetzgeber, Patientenvertretung etc. müssen wieder gestärkt werden. Eine weitere Verlagerung der Verantwortlichkeiten weg von der Selbstverwaltung – wie bei der gematik geschehen – sehe ich mit Sorge. Das Beispiel Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung aus Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen, Krankenhäuser, Ärzteschaft und Therapeuten, zeigt, wie tragfähig die Selbstverwaltung ist.

Die DAK-Gesundheit hat ihre politischen Forderungen für die anstehende Bundestagswahl in einem „Gesundheitspolitischen Kompass“ festgehalten. Wir fordern ein umfassendes und nachhaltiges Reformkonzept für die nächste Legislaturperiode. Der Verwaltungsrat der drittgrößten gesetzlichen Krankenkasse plädiert unter anderem für eine Stärkung der Selbstverwaltung, eine finanzielle Neuausrichtung der Pflegeversicherung sowie eine systematische Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung. Außerdem setzen wir uns für stärkere Patientenrechte ein und fordern, die Patientenbeauftragte künftig vom Bundestag wählen zu lassen sowie die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) künftig als feste Institution an dieses Amt strukturell anzubinden.

Das deutsche Gesundheitswesen ist zwar einigermaßen stabil, um auch schwerste Krisen zu meistern, in der Pandemie treten aber auch die bestehenden strukturellen und qualitativen Mängel der Versorgung zutage. Die von der Krise und ihrer Bewältigung ausgehenden Impulse können wir jetzt für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und der Pflege nutzen.

Unsere drei Leitgedanken:

- Qualität als Leitbild der Gesundheits- und Pflegepolitik
- Stärkung des Solidarsystems der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) als gesellschaftlichen Stabilitätsanker
- Solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sicherstellen

Solidarische Neuausrichtung der Pflegeversicherung

Ich fordere zudem eine umfassende Pflegereform. Die explodierenden Eigenanteile in der stationären Pflege führen für immer mehr Menschen auf direktem Wege in die Fürsorgefalle. Hier brauchen wir eine verlässliche und dauerhafte Begrenzung der Eigenanteile. Die zum Ende der Wahlperiode von der Regierungskoalition durchgepeitschte „kleine Pflegereform“ schafft hier keine nachhaltige Entlastung, führt durch den Verzicht auf die angekündigte Anhebung des Pflegegeldes zu neuen gravierenden Ungerechtigkeiten und reißt weitere Löcher in die Kasse der sozialen Pflegeversicherung.

Deshalb gehört eine solidarische Neuausrichtung der Pflegeversicherung zu einer der ersten Aufgaben einer neuen Bundesregierung.

Fest steht, ohne die massiven Zuschüsse der Bundesregierung wäre ein spürbarer Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung für das kommende Jahr nicht zu vermeiden gewesen. Unsere aktuelle Studie, die das IGES Institut für die DAK-Gesundheit erstellt hat, zeigt für 2022 einen zusätzlichen Finanzbedarf von 15,6 Milliarden Euro auf. Dieser Betrag muss noch vor der Bundestagswahl bereitgestellt werden, wenn die Sozialgarantie auch im nächsten Jahr eingehalten werden soll. Ohne eine grundlegende Finanzreform würde sich der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz bis 2025 nach den IGES Berechnungen mehr als verdoppeln. Es wird deshalb eine der großen Herausforderungen der künftigen Bundesregierung sein, nach einem Kassensturz die Frage zu klären, wie unsere Sozialversicherung in Zukunft noch solidarisch und nachhaltig finanziert werden kann. Dabei ist die ordnungspolitisch dringend gebotene Ausweitung der Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in der GKV von zentraler Bedeutung.

Unverändert gefragt: Qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung

Dr. Irmgard Stippler
Vorstandsvorsitzende
AOK Bayern

Das Ende des vierten Kabinetts von Bundeskanzlerin Angela Merkel ist mit der Corona-Pandemie von einem Geschehen überschattet, das gerade auch im Gesundheitswesen neue und bislang nicht gekannte Herausforderungen mit sich gebracht hat.

Bereits vor der Pandemie waren viele Gesetze beschlossen worden, die den finanziellen Druck auf die Krankenkassen deutlich erhöhten und die Ausgaben für gesundheitliche Leistungen überdurchschnittlich ansteigen ließen. Die gute wirtschaftliche Situation mit fast jährlich neuen Rekorden bei Steuereinnahmen, Löhnen und Beiträgen hat die Politik dazu verleitet, einseitig auf Leistungsausweitungen zu setzen. Bei einem auf konjunkturelle Einbrüche reagiblem Umlagesystem müssen jetzt nach der Pandemie neue Wege gegangen werden, zumal ja auch andere Sozialsysteme wie etwa die Renten- oder die Arbeitslosenversicherung tangiert sind.

Rekord an Gesundheitsgesetzen – aber Chance für mehr Qualität verpasst

Hatte man schon unter dem Spahn-Vorgänger Hermann Gröhe (CDU) neue Rekorde in der gesundheitspolitischen Gesetzgebung verzeichnet, hat die Geschwindigkeit unter seinem Nachfolger nochmals deutlich zugenommen. Quasi alle im Koalitionsvertrag aufgelisteten Themen ging Jens Spahn (CDU) in atemberaubendem Tempo an. Nicht selten waren seine Gesetzesentwürfe mit zahlreichen heißen Eisen gespickt, sodass die Strategie für Kenner schnell klar war: die Forderungen hochschrauben, um möglichst viele Vorhaben durchzubringen. Die finanziellen Folgekosten summieren sich von 2019 bis einschließlich 2022 schon ohne spezifische Corona-Gesetzgebung auf über 30 Milliarden Euro. Dafür geradestehen müssen die Beitragszahler als Solidargemeinschaft. Doch wieder einmal wurde die Chance verpasst, den finanziellen Invest gleichzeitig mit einer konsequenten Qualitätsoffensive und Strukturreformen unseres Gesundheitssystems zu verbinden.

Mehr Zentralismus statt Subsidiarität

Auch der Hang der Spahnschen Gesetzgebung zu mehr Zentralismus ist zu nennen. So befasste sich das Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz (FKG) nicht nur mit der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, sondern griff auch massiv in die Selbstverwaltungsrechte ein.

Es bestand sogar die Absicht, ohne Mitwirkung der Selbstverwaltung alle Krankenkassen generell bundesweit zu öffnen und die Kassenaufsicht beim Bundesamt für Soziale Sicherung in Bonn zu zentralisieren. Dies ist am breiten Widerstand vor allem der Selbstverwaltung und der Länder gescheitert. Die Gesundheitsversorgung findet aber vor Ort bei den Menschen statt. Die lokalen Verhältnisse spielen dabei immer eine große Rolle und sind nicht zentral zu steuern. Deswegen sind Subsidiarität, Regionalität und eine starke Selbstverwaltung tragende Säulen für die Gesundheitsförderung und Krankenversorgung.

Gesundheitsversorgung während der Pandemie weitgehend intakt

Covid-19 bringt in jeder neuen Phase weitere Unsicherheiten und offene Fragen mit sich. Aber eines ist deutlich geworden: Unser Gesundheitssystem hat im Corona-Stresstest jeden Tag aufs Neue seine Leistungskraft und Krisenfestigkeit bewiesen. Die Menschen in Deutschland werden gut versorgt. Dafür gebührt an erster Stelle all denen Dank, die sich in der Pflege, medizinischen Versorgung und in den Heilberufen um die Menschen gekümmert haben und noch immer kümmern.

Telemedizinische Angebote und Videosprechstunden wurden ausgeweitet, kreativ neue Versorgungsangebote und auch innovative Angebote für Covidpatienten entwickelt. Und wir sehen, dass die Bereitschaft der Menschen steigt, solche Angebote jetzt auch zu nutzen. Auch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat sich hier mit Blitzgeschwindigkeit umgestellt und Service, Gesundheitsförderung oder Pflegeberatung online angeboten. Denn klar ist: Digitale Versorgungsnetze, digitaler Service, Apps und ähnliche Angebote ersetzen nicht, sondern stärken und entlasten die analoge Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung. Wir sind also insgesamt zusammengerückt mit den Gesundheitspartnern, haben gemeinsam pragmatisch nach guten Lösungen für die Versorgung gesucht und Ideen weiterentwickelt.

Digitalisierung als große Herausforderung

Wenn wir in die nahe Zukunft schauen, zeigt sich die weitere konsequente Integration der Digitalisierung in alle Versorgungsbereiche als drängende Aufgabe. Dafür wurden wichtige Voraussetzungen in dieser Legislaturperiode mit den drei großen Digitalisierungsgesetzen geschaffen. Digitale Lösungen sind jetzt eine große Chance, um die pflegerische und medizinische Versorgung sowie die Gesundheitsförderung zu vernetzen, zu den Menschen zu bringen und innovative Lösungen für die Zukunft zu entwickeln. Die GKV nimmt schon jetzt ihre Steuerungsverantwortung und Gestaltungskompetenz bei vielfältigsten eHealth-Themen wahr. Unsere Stärke ist dabei die Nähe zu den Versicherten und Arbeitgebern in vielen Lebensphasen und beruflichen Situationen. Umso wichtiger ist es, dass wir unsere Erfahrungen bei eHealth-Themen im Zuge der zunehmenden digitalen Vernetzung einbringen können, um gemeinsam mit den Gesundheitspartnern eine nachhaltige, qualitätsorientierte und zugleich bezahlbare Versorgung sicherzustellen.

Digitalisierung betrifft natürlich auch die Arbeit und Prozesse des eigenen Unternehmens. Für die Weiterentwicklung unseres Geschäftsmodells setzen wir auf die persönliche Digitalisierung. Konkret heißt dies: Beratung, Arbeit und Versorgung zu den Menschen bringen. Wir sind lokal und digital als Gesundheitskasse in allen Regionen Bayerns präsent. So kehren wir den bisherigen Weg der gefühlten Entpersönlichung und Zentralisierung durch Digitalisierung um und setzen auf persönliche Nähe durch intelligente regionale Vernetzung von Menschen und Wissen.

Entwicklung braucht stabile und verlässliche Rahmenbedingungen und Mut zur Veränderung

Gleich, in welcher Konstellation nach den Bundestagswahlen politische Verantwortung wahrgenommen wird: Für die Stabilität und den solidarischen Wettbewerb in

der GKV brauchen wir verlässliche Rahmenbedingungen Dazu gehört neben einer soliden Finanzierung auch die Anerkennung der gesetzlich verbrieften Haushaltsautonomie der von den Sozialpartnern getragenen sozialen Selbstverwaltung. Nur mit verlässlichen Rahmenbedingungen können die Strukturen im Gesundheitswesen qualitätsorientiert weiterentwickelt werden. Gerade in der Pflege sowie in der ambulanten und stationären Versorgung gilt es, die bekannten strukturellen Mängel anzugehen. Es braucht den Mut zur Veränderung: Wir sollten die Digitalisierung intelligent nutzen und als Gesundheitspartner vernetzte, sektorenübergreifende Strukturen aufbauen, die den Patienten und den Beitragszahlern gleichermaßen nutzen. Klar ist, dass es für Innovation und Qualitätsoptimierung auch vertragliche Freiräume braucht, gerade für die Gestalter regionaler Gesundheitsstrukturen.

Mut zu Veränderungen

Thomas Bublitz
Geschäftsführer
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)

Bei den notwendigen Reformen sollte die nächste Bundesregierung nicht nur die Symptome kurieren, sondern auch neue Ansätze wagen.

Für die nächste Bundesregierung gibt es zweifellos eine Vielzahl von Baustellen in der Gesundheitspolitik. Den Reformbedarf aus Sicht der Krankenhäuser und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen in privater Trägerschaft hat der BDPK in seinem Positionspapier mit dem Titel „Vertrauen fördert Verantwortung“ zusammengefasst und in die politische Debatte eingebracht. Eine zentrale gesundheitspolitische Aufgabe für die kommende Legislaturperiode besteht aus unserer Sicht darin, die ausgetretenen Pfade zu verlassen und echte Innovationen zu ermöglichen. Zudem sehen wir auch für die verbleibenden Monate vor der Wahl noch dringenden gesundheitspolitischen Handlungsbedarf.

BDPK-Positionen zur Bundestagwahl 2021

Das deutsche Gesundheitssystem ist reformbedürftig, darin sind sich alle Parteien und Interessenvertretungen einig. In den zahlreichen Programmen und Positionspapieren, die zur nächsten Bundestagswahl vorliegen, stehen die Rolle des Staates und der Umfang der Reformen im Mittelpunkt. Die im BDPK vertretenen Krankenhäuser und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen in privater Trägerschaft sind davon überzeugt, dass eine von Vernunft, Vertrauen und Eigenverantwortung gelenkte Gesundheitswirtschaft selbst existenzielle Herausforderungen besser bewältigen kann als ein staatlich dirigiertes System. Deshalb treten wir für ein in Eigenverantwortung organisiertes Gesundheitssystem ein, das von Wettbewerb um beste Versorgung, Trägerpluralität und Fairness getragen wird.

Grundlage dafür ist, dass sich die medizinischen Versorgungsstrukturen der Zukunft mehr als bisher an den Bedürfnissen der Patienten orientieren. Mehr Patientenorientierung motiviert, denn alle Leistungserbringer bemühen sich um die Akzeptanz und das Vertrauen der Patienten, die sich das Leistungsangebot aussuchen, von dem sie sich die beste Heilung versprechen. Entscheidend für die Patienten ist also die Qualität – und die muss erkennbar und vergleichbar sein. Deshalb tritt der BDPK dafür

ein, Versorgungsqualität mehrdimensional zu messen, zu veröffentlichen und dadurch zu verbessern. Größeren Stellenwert als bisher müssen dabei die Parameter der Ergebnisqualität bekommen. Dadurch werden Qualität und Transparenz besser gefördert als durch die Vorgabe von Strukturqualitätsmerkmalen in Form von Personalvorgaben, Personaluntergrenzen oder nicht evidenzbasierten Mindestmengen.

Zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen gehört es weiterhin, ihnen die Personalverantwortung zurückzugeben und unflexible Vorgaben wie Pflegepersonaluntergrenzen und Personalvorhaltevorgaben abzuschaffen. Solche Eingriffe dienen weder der Patientensicherheit noch der Qualitätsverbesserung, sondern führen zu einem enormen bürokratischen Mehraufwand und entsprechen kaum den tatsächlichen Gegebenheiten und Anforderungen. Starre und pauschale Personalvorgaben stehen im Widerspruch zur personellen und wirtschaftlichen Eigenverantwortung der Kliniken und sie behindern die Entwicklung innovativer Ansätze zur Arbeitsplatz und -zeitgestaltung. Zudem berücksichtigen sie nicht die Situation auf dem Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen, der von einem massiven Fachkräftemangel geprägt ist.

Um dem Fachkräftemangel wirksam zu begegnen, ist es dringend erforderlich, mehr Ärzte, Pflegefachkräfte und Therapeuten auszubilden, die Ausbildung besser zu strukturieren und mehr in die qualitativ gute Ausbildung des medizinischen Fachpersonals zu investieren. Dies ist ebenso Aufgabe der Politik wie die Verbesserung der Attraktivität der Gesundheitsberufe. Dazu brauchen die Kliniken taugliche Rahmenbedingungen, wie flexible und klare Regelungen zur besseren Qualifikation und Aufwertung verantwortungsvoller Leistung. Ärztliche und pflegerische Verantwortungsbereiche müssen stärker zusammenwachsen, pflegerische Tätigkeiten müssen aufgewertet werden. Gleichzeitig müssen Pflegekräfte von patientenfernen Tätigkeiten entlastet und die bestehende Diversifizierung und Arbeitsteilung berufsrechtlich nachvollzogen werden.

In engem Zusammenhang mit mehr Transparenz und Qualitätsverbesserung steht auch die Forderung des BDPK, die Digitalisierung voranzubringen. Digitalisierung ermöglicht neue Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten, sie erleichtert die Kommunikation zwischen den einzelnen Akteuren, sie entlastet das Personal und ermöglicht es den Patienten, ihre Gesundheit besser zu steuern. Diese Potenziale der Digitalisierung sind zwar bekannt, sie werden aber nach wie vor noch nicht ausreichend ausgeschöpft. Hauptgrund dafür ist im stationären Sektor die völlig unzureichende Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer. Diese Investitionsbremsen müssen gelöst werden! Der BDPK fordert daher zwei Prozent des Umsatzes als Anschubfinanzierung für Digitalisierungsprojekte in Krankenhäusern und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen.

Kernprobleme in Krankenhausbereich

Neben den grundlegenden Reformvorschlägen für den gesamten stationären Sektor sehen wir speziellen Veränderungsbedarf für den Bereich Krankenhäuser. Hier muss es eine vordringliche Aufgabe der nächsten Bundesregierung sein, unnötige Regulierungen und Bürokratie abzubauen. Derzeit leiden die Krankenhäuser unter aufwendigen Nachweis- und Bürokratiepflichten, die sich vor allem aus der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUGV), den Pflegebudgets und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ergeben. Hinzu kommt eine unüberschaubare abrechnungsrelevante Patientendokumentation. Die Anforderungen stehen nebeneinander, werden mit einem hohen Maß an administrativer Willkür getroffen und haben keinen nachweisbaren Bezug zu einer besseren Behandlungsqualität der Patienten. Zudem stehen sie im Widerspruch dazu, dass die Kliniken die Verantwortung für gute Abläufe, für zufriedene Mitarbeiter und für die Einhaltung der berufsrechtlichen Verantwortlichkeiten tragen. Um diese Probleme auf

fachlich-objektiver Ebene zu lösen, schlägt der BDPK vor, einen Expertenbeirat für Entbürokratisierung und Digitalisierung im BMG zu gründen, der mit konkreten Handlungsempfehlungen lösungsorientierte und nachhaltige Strategien entwickelt.

Ein weiteres Kernproblem im Krankenhausbereich ist das mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz eingeführte Pflegebudget. Die Kosten für „Pflege am Bett“ wurden damit aus dem DRG-System ausgegliedert und sollen über ein zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern zu verhandelndes Pflegebudget finanziert werden. Weil sich die DRGs (nun aDRGs) und das Pflegebudget kaum sinnvoll definieren und abgrenzen lassen, streiten sich die Krankenkassen und die Krankenhäuser auf allen Ebenen über die Frage, was denn nun eigentlich pflegerische Tätigkeiten am Bett sind, wer sie erbringen darf und welche Personalkosten im Pflegebudget abgerechnet werden dürfen. Dazu bestehen diametrale Auffassungsunterschiede, und auch organisatorisch wirft das Pflegebudget Fragen auf, weil es die Berufsgruppe der Pflege aus dem Fachkräftemix und der organisatorischen Einheit Krankenhaus herauslöst. Inzwischen fordern weitere Berufsgruppen, wie die Ärzte, ebenfalls aus den Fallpauschalen ausgenommen zu werden. Es ist kaum zu erwarten, dass die Krankenhäuser und Krankenkassen sich jemals auf die Finanzierung einer bedarfsgerechten Personalausstattung einigen werden. Deshalb wird die neue Bundesregierung prüfen müssen, ob die konfliktbeladene Konstruktion des Pflegebudgets zukunftsfähig ist. Denn die erhoffte Stärkung der Pflege im Krankenhaus ist ausgeblieben.

Reha und Vorsorge stärken

Ähnlich groß wie bei den Krankenhäusern sind auch die gesetzgeberischen Baustellen im Bereich der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen. Leistungen der ambulanten und stationären medizinischen Reha und Vorsorge sind unverzichtbar, um Teilhabe zu fördern und Pflegebedürftigkeit oder Erwerbsminderung zu vermeiden, sie werden aber nach wie vor durch die bürokratische Antragstellung und die Genehmigungsvorbehalte der jeweils zuständigen Reha-Träger verhindert. Daran scheitert viel zu oft auch die zeitnahe Entlassung von Krankenhauspatienten. Der BDPK fordert von der nächsten Bundesregierung deshalb eine gesetzliche Grundlage, die den bedarfsgerechten und frühzeitigen Zugang zu Reha-/Vorsorge-Leistungen nach medizinischen Kriterien sichert. Dazu gehört, den Genehmigungsvorbehalt für Leistungen der Anschlussrehabilitation abzuschaffen, was sich während der Corona-Pandemie bewährt hat.

Mut zu Veränderungen: Regionale Gesundheitsbudgets

In der neuen Legislaturperiode ist es nicht mehr damit getan, nur die Symptome zu kurieren. Das stark regulierte Gesundheitssystem mit seiner Vielzahl von Gesetzen und dem enormen fachlichen und administrativen Tiefgang beschert allen Beteiligten einen hohen bürokratischen Aufwand. Das alles kann sicherlich nicht einfach abgeschafft werden, aber wir sollten dennoch Möglichkeiten diskutieren und testen, das Ganze zu entzerren. Ein konkretes Beispiel dafür ist das vom BDPK gemeinsam mit Prof. Dr. Boris Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, formulierte Modell „Regionale Gesundheitsbudgets“. Im Kern geht es darum, dass Krankenkassen nicht mehr für die zurückliegende Behandlung ihrer Versicherten diagnosebezogene Gebühren und Fallpauschalen an die Leistungserbringer zahlen, sondern eine prospektive Versorgungspauschale je Versicherten – unabhängig davon, ob der Versicherte im Krankenhaus behandelt wurde oder wie aufwendig eine Behandlung war.

Mit solchen Populationsbudgets würden gleichzeitig mehrere Probleme des gegenwärtigen Vergütungssystems gelöst, sie tragen gleichzeitig zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen bei und sie wirken

sogar dem Fachkräftemangel entgegen. Statt einer zentralistischen Regulierung könnten regionale Unterschiede und Besonderheiten besser berücksichtigt und eine bedarfsgerechtere Versorgung erreicht werden. Die häufig kritisierten Fehlanreize durch die derzeitigen Diagnose-Fallpauschalen in der Krankenhaus-Vergütung würden entfallen und der von allen bemängelte bürokratische Abrechnungsaufwand des aktuellen Systems würde minimiert. Stattdessen schafft die neue Abrechnungsmethode Anreize zur Prävention und der Qualitätswettbewerb in der medizinischen Versorgung wird belebt – also Patientenorientierung in Reinform. Wir wünschen uns von der nächsten Bundesregierung den Mut, solche innovativen Ansätze auszuprobieren.

Bis zur Bundestagswahl 2021:

Noch bis zum 15. Juni 2021 bekommen die deutschen Reha- und Vorsorgeeinrichtungen zwar einen Corona-Mindererlös-Ausgleich in Höhe von 50 Prozent aus dem Rettungsschirm der Bundesregierung, das deckt aber bei weitem nicht ihre Kosten und aktuell steckt die Mehrzahl der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen in ernsthaften wirtschaftlichen Schwierigkeiten. Besserung ist nicht in Sicht, denn die Belegungsrückgänge haben in den ersten Monaten dieses Jahres weiter zugenommen und wann eine Rückkehr zur regulären Versorgung der Patienten eintritt, kann derzeit noch niemand vorhersagen. Zudem ist der von den Krankenkassen zu zahlende Corona-Zuschlag für pandemiebedingte Mehrkosten in den Kliniken für Reha und Vorsorge immer noch nicht angekommen – obwohl dieser bereits im November 2020 gesetzlich beschlossen wurde. Die Krankenkassen verweigern die dazu erforderlichen Verhandlungen mit den Kliniken oder deren Verbänden wegen angeblich zu unkonkreter gesetzlicher Grundlagen. Der Gesetzgeber wollte die Existenz der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen sichern, dem widersetzen sich die Krankenkassen. Sie müssen jetzt endlich den Corona-Zuschlag verhandeln und auch zur Auszahlung bringen. Wenn sie es nicht tun, darf der Gesetzgeber das nicht mehr hinnehmen und muss die Bremsen lösen! Denn es geht nicht nur um den Verlust von Kliniken und Arbeitsplätzen, sondern um dramatische Folgen für die Gesundheit von chronisch Kranken und Reha-Bedürftigen, wenn Behandlungsplätze wegfallen. Bei der Reha zu sparen, ist kurzsichtig und deplatziert. Wer heute keine Reha bekommt, wird morgen ein Pflegefall oder erwerbsunfähig.

Link zum Positionspapier des BDPK zur Bundestagswahl 2021 – **„Vertrauen fördert Verantwortung“**

Digital Health für Fortgeschrittene

Sebastian Zilch
Geschäftsführer
Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e.V.

Mit der Bundestagswahl im Herbst wird planmäßig die Amtszeit von Jens Spahn enden, ein zweites Mal will er die Position nach eigenen Angaben nicht noch einmal bekleiden. Auch wenn der Minister gerade bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens mit Tempo und Elan Beeindruckendes erreicht hat, wird es für seine Nachfolgerin oder seinen Nachfolger nicht an Herausforderungen mangeln. Einen kurzen Ausblick, welche Felder dabei gerade bei der Digitalisierung relevant sind und welche Aufgaben die nächste Ministerin oder der nächste Minister bewältigen muss.

2018 veröffentlichte die Bertelsmann Stiftung mit dem „Digital-Health-Index“ eine viel beachtete Studie, die nachträglich als Weckruf für die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens verstanden werden kann: Dabei landete Deutschland im internationalen Vergleich abgeschlagen auf dem vorletzten Platz. Bemängelt wurden dabei unter anderem Defizite beim sektorenübergreifenden Austausch von Gesundheits- und Sozialdaten sowie das Fehlen von elektronischer Gesundheitsakte und übergreifender e-Health-Strategie.

Würde dieselbe Studie 2020 durchgeführt werden, könnte Deutschland sicher ein paar Plätze gut machen: Die elektronische Patientenakte nimmt langsam, aber sicher an Fahrt auf, das eRezept ist in den Startlöchern, die Vernetzung über die Telematikinfrastruktur (TI) schreitet voran, Apps werden per Rezept verschrieben und die Kliniken mithilfe großzügiger Gelder aus dem Krankenhauszukunftsgesetz digital fit gemacht.

So positiv all diese Fortschritte sind, befinden wir uns erst am Anfang der digitalen Reise. All die genannten Neuerungen müssen sich in der Versorgung beweisen und breite Akzeptanz finden, – was sicher noch einige Monate, wenn nicht Jahre in Anspruch nehmen wird. Hinzu kommen weitere digitale Defizite und Baustellen, die durch die Corona-Pandemie ans Tageslicht gebracht wurden: von den Gesundheitsämtern bis hin zu den Krankenhäusern. Zudem fehlt es Deutschland noch immer an einer umfassenden Strategie für die Digitalisierung des Gesundheitswesens, welche die zahlreichen Einzelmaßnahmen integriert und eine klar erkennbare Stoßrichtung vorgibt.

Kurzum: Spahns Nachfolgerin oder Nachfolger hat wenig Gründe, sich zurückzulehnen. Besonders die folgenden drei Themenfelder sind dabei von Bedeutung.

Ein starker Gesundheitsstandort Deutschland

Den Herstellern und Anbietern von IT-Lösungen der Gesundheits-IT-Industrie kommt bei der Digitalisierung eine Schlüsselposition zu, denn mit ihren Angeboten schaffen sie die Mehrwerte, die am Ende Nutzerinnen und Nutzer überzeugen. Wie erfolgreich die Unternehmen diese Aufgabe erfüllen können, ist auch von dem Umfeld abhängig, in dem sie agieren. Wichtiges Stichwort sind dabei Innovationen, die mindestens ermöglicht und idealerweise sogar ganzheitlich gefördert werden müssen.

Gerade hier schneidet Deutschland bisher nicht gut ab: Unklare Perspektiven, geringe Planungssicherheit, uneinheitliche politische Rahmenbedingungen gepaart mit Fachkräftemangel und Bürokratie schaffen ein Klima, in dem eher wirtschaftlichen Vorsicht als aufstrebender Pioniergeist vorherrscht. Zeitgleich wird der Wirkungsraum von Unternehmen von politischer Seite aktiv eingeschränkt: Marktrelevante Schlüsselkompetenzen und Aufgaben werden zunehmend auf Körperschaften des öffentlichen Rechts und (teil-)staatliche Institutionen übertragen. Die fatale Botschaft: Innovation von Unternehmensseite ist nicht erwünscht.

Die neue Ministerin oder der neue Minister sollte sich wieder aktiv zu den Grundprinzipien unserer Marktwirtschaft bekennen. Damit einher sollte auch eine Rückbesinnung auf eine sinnvolle Aufteilung der Kompetenzen der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen gehen: mit den Körperschaften und (teil-)staatlichen Institutionen als Entwickler von Vorgaben, Spezifikationen und Zertifizierungen sowie kontrollierende Kraft. Sowie der Industrie als Entwickler und Umsetzer der darauf aufbauenden Lösungen. Beim Thema Digitalisierung muss weniger Machtpolitik und mehr Sachpolitik herrschen.

Nicht zuletzt muss eine nachhaltige Finanzierung von digitalen Angeboten gesichert werden. Mit dem KHZG wurde hier bereits ein erster Anfang für den klinischen Bereich gemacht.

Allerdings sind auch diese Maßnahmen auf einen endlichen Zeitraum begrenzt. Krankenhäuser brauchen eine langfristige und verlässliche Perspektive über die KHZG-Förderperiode hinaus. Ansonsten besteht die Gefahr, dass viele Häuser aufgrund der Unsicherheit in Bezug auf KHZG-bedingte Folgekosten auf eine Beantragung von Fördermitteln verzichten. Damit wäre die Intention des Gesetzes ad absurdum geführt.

Zudem sind vergleichbare Angebote über den klinischen Sektor hinaus zu schaffen, um die nachhaltige Finanzierung eines digitalen Gesundheitswesens in allen Bereichen zu ermöglichen. Die Finanzierung sollte dabei nicht auf einmalige Investitionen ausgerichtet, sondern nachhaltig und langfristig orientiert sein.

Das Potenzial digitaler Technologien

Auf dem Weg zu einer zukunftsorientierten, modernen und patientenorientierten Versorgung spielen digitale Technologien eine entscheidende Rolle. So können Cloud-Computing-Lösungen dabei helfen, die steigenden Anforderungen an Datenerhebung, -speicherung und -verarbeitung zu bewältigen und die Verarbeitung von Daten in Echtzeit (Real World Data) ermöglichen. Als dezentrale Lösung bietet die Technologie auch das Potenzial, Institutionen, Einrichtungen und Anwender effizient zu vernetzen. KI-basierte Systeme können hingegen dabei helfen, diagnostische Verfahren genauer und schneller zu machen – und damit etwa zu einer frühzeitigen Erkennung schwerwiegender Krankheiten beitragen.

Voraussetzung für den gewinnbringenden Einsatz all dieser Technologien ist jedoch die flächendeckende Verfügbarkeit von digitalen Infrastrukturen und der Zugang zu qualitativ hochwertigen Daten. Gerade bei Letzterem kommt dem nationalen Forschungsdatenzentrum eine zentrale Rolle zu. Dafür muss jedoch der Zugang für alle relevanten Akteure des Gesundheitswesens gesichert sein und ein klarer Rahmen für die rechtssichere und vertrauenswürdige Nutzung von Gesundheitsdaten geschaffen werden.

Dabei sind auch Kooperationen mit anderen Datenbanken und Registern denkbar, beispielsweise Biodatenbanken und dem neuen Krebsregister. Nur so können die nötigen Weichen für die nachhaltige Nutzung von Forschungsdaten diskriminierungsfrei gestellt werden.

Für einen flächendeckenden Einsatz solcher Lösungen müssen auch die regulatorischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen deutschlandweit vereinheitlicht werden. So unterscheiden sich etwa die Normen bezüglich der Nutzung von Cloud Computing Lösungen zwischen den Bundesländern teils fundamental. Die neue Ministerin oder der neue Minister sollte es sich deshalb zur Aufgabe machen, Bund und Ländern an einen Tisch zu bringen, um die unterschiedlichen Regelungen zusammenführen und zu vereinheitlichen.

Wenn wir vom Einsatz digitaler Technologien im Gesundheitswesen reden, darf die Telematikinfrastruktur (TI) nicht unerwähnt bleiben, die als Datenautobahn alle Akteure vernetzt. Aufgrund dieser zentralen Rolle sollte schon zu Anfang der nächsten Legislatur ein Zukunftsdialog mit Beteiligung der Nutzerinnen und Nutzer angestoßen werden, der ein klares Bild zeichnet, wohin sich die TI entwickeln soll und wie der Übergang von TI 1.0 zu TI 2.0 vonstattengehen soll.

Die Einbeziehung der Nutzer ist nicht nur bei der TI, sondern allen digitalen Technologien ganz entscheidend. Nutzen und Anforderungen von Patientinnen und Patienten an die jeweilige Anwendung müssen von Beginn an eine zentrale Rolle im Entwicklungsprozess einnehmen und anhand der jeweiligen Patient Journey ausgerichtet sein. So kann nicht zuletzt auch die zweckentfremdete Nutzung von Gesundheitsdaten verhindert werden.

Selbstbestimmung und Aufklärung

Die Digitalisierung kann nur gelingen, wenn alle Anwendergruppen von deren Mehrwerten überzeugt sind und bestehende Vorbehalte abgebaut werden können. Der erste Schritt auf dem Weg hin zu dieser Akzeptanz ist es, bei allen beteiligten Akteuren des Gesundheitswesens ein Grundverständnis für die Chancen und Grenzen digitaler Lösungen in ihrem Umfeld zu schaffen. Zu diesem Zweck müssten die digitalen Kompetenzen sowohl auf Patienten- als auch auf Anwenderseite aufgebaut und vertieft werden.

Dazu gehört die flächendeckende Information darüber, wie und zu welchem Zweck Gesundheitsdaten verwendet werden und wie deren Sicherheit und Integrität sichergestellt wird. Ferner muss auch eine flächendeckende Aufklärung darüber stattfinden, welche Lösungen schon heute zur Verfügung stehen und welche Mehrwerte diese für die Versorgung bieten. Darunter fallen etwa die Digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen, die elektronische Patientenakte oder die Möglichkeiten zur Online-Terminvergabe. Denkbar wäre auch eine Art Weiterbildungsangebot für jede Bürgerin und Bürger zur Förderung der eigenen digitalen Kompetenzen sowie den Nutzen und Risiken der Technologien.

Insgesamt wird die große Aufgabe der Aufklärung und Vermittlung von Mehrwerten nicht allein von politischen

Entscheidungsträgerinnen und -trägern bewältigt werden können, sondern bedarf der gemeinsamen Anstrengung aller Player des Gesundheitssystems.

Fazit

Wie die aufgeführten Aufgabenfelder zeigen, gibt es trotz der bereits enormen Leistung der vergangenen Jahre noch viel zu tun beim Großprojekt „Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens“. Die kommende Legislaturperiode muss genutzt werden, um das bereits Erreichte und Angestoßene zu festigen und dynamisch weiterzuentwickeln – vor allem mit Blick auf die mittel- und langfristige Zukunft. Dazu gehört eine klare Landkarte an Maßnahmen: Ein übergreifendes e-Health-Zielbild wäre daher das ideale Startprojekt unserer neuen Gesundheitsministerin oder neuen Gesundheitsministers.

Impressum

Herausgeber:
Dr. Albrecht Kloepfer
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin

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

Redaktion:
Dr. Albrecht Kloepfer, Sören Griebel
In Zusammenarbeit mit USE IM UNIONHILFSWERK

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

Satz und Layout:
Mediengestaltung der
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

www.u-s-e.org

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

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 27. Jahrgang 2021, Ausgabe 3 · 2021,
Erscheinungsdatum: 23. Juni 2021

Themenvorschau 2021

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

- **Versorgungspotentiale der Gesundheitsberufe**
- **Finanzierung von Innovationen**
- **Integrierte Versorgung – Potentiale und Herausforderungen**
- **Digitalisierung in der Pflege**

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

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

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

Besuchen Sie unsere Website:

www.ix-media.de

www.ix-media.de