## ersatzkasse magazın.



#### "Krankenhausplanung vom Kopf auf die Füße stellen"

Gesundheitsökonom Prof. Dr. Thomas Mansky im Interview

#### Digitale-Versorgung-Gesetz

Gesundheits-Apps kommen in die Regelversorgung

### Intensivpflege



### Steuerung der Krankenhausversorgung

Die strukturellen Herausforderungen im Krankenhausbereich sind groß: Demografischer Wandel, Fachkräftemangel, medizinischer Fortschritt, Verbesserung der Qualität. Wie gelingt eine zukunftsfähige stationäre Versorgung?



### Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Hauptsitz des Verbandes mit mehr als 270 Mitarbeitern ist die Bundeshauptstadt Berlin. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen in den Landeshauptstädten mit insgesamt rund 350 sowie mehr als 30 Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

#### vdek-Zentrale

Askanischer Platz 1 10963 Berlin Tel.: 0 30/2 69 31-0 Fax: 0 30/2 69 31-29 00 info@vdek.com www.vdek.com ₩ @vdek\_Presse

#### Baden-Württemberg

Christophstraße 7 70178 Stuttgart Tel.: 07 11/2 39 54-0 Fax: 07 11/2 39 54-16 lv-baden-wuerttemberg@ vdek.com

#### Bayern

Arnulfstraße 201 a 80634 München Tel.: 0 89/55 25 51-0 Fax: 0 89/55 25 51-14 lv-bayern@vdek.com

#### Berlin/Brandenburg

Friedrichstraße 50–55 10117 Berlin Tel.: 0 30/25 37 74-0 Fax: 0 30/25 37 74-26 lv-berlin.brandenburg@ vdek.com

#### Bremen

Martinistraße 34 28195 Bremen Tel.: 04 21/1 65 65-6 Fax: 04 21/1 65 65-99 lv-bremen@vdek.com

#### Hamburg

Sachsenstraße 6 20097 Hamburg Tel.: 0 40/41 32 98-0 Fax: 0 40/41 32 98-22 lv-hamburg@vdek.com

#### Hessen

Walter-Kolb-Straße 9-11 60594 Frankfurt a. M. Tel.: 0 69/96 21 68-0 Fax: 0 69/96 21 68-90 lv-hessen@vdek.com

#### Mecklenburg-Vorpommern

Werderstraße 74 a 19055 Schwerin Tel.: 03 85/52 16-0 Fax: 03 85/52 16-1 11 lv-mecklenburgvorpommern@vdek.com

#### Niedersachsen

Schillerstraße 32 30159 Hannover Tel.: 05 11/3 03 97-0 Fax: 05 11/3 03 97-99 lv-niedersachsen@vdek.com

#### Nordrhein-Westfalen

Ludwig-Erhard-Allee 9 40227 Düsseldorf Tel.: 0211/38410-0 Fax: 0211/38410-20 lv-nordrhein-westfalen@ vdek.com

Geschäftsstelle Westfalen-Lippe Kampstraße 42 44137 Dortmund Tel.: 02 31/9 17 71-0 Fax: 02 31/9 17 71-30 gs-westfalen-lippe@ vdek.com

#### Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 22 55130 Mainz Tel.: 0 61 31/9 82 55-0 Fax: 0 61 31/83 20 15 lv-rheinland-pfalz@ vdek.com

#### Saarland

Heinrich-Böcking-Straße 6–8 66121 Saarbrücken Tel.: 06 81/9 26 71-0 Fax: 06 81/9 26 71-19 lv-saarland@vdek.com

#### Sachsen

Glacisstraße 4 01099 Dresden Tel.: 03 51/8 76 55-0 Fax: 03 51/8 76 55-43 lv-sachsen@ vdek.com

#### Sachsen-Anhalt

Schleinufer 12 39104 Magdeburg Tel.: 03 91/5 65 16-0 Fax: 03 91/5 65 16-30 lv-sachsen-anhalt@ vdek.com

#### Schleswig-Holstein

Wall 55 (Sell-Speicher) 24103 Kiel Tel.: 0431/97441-0 Fax: 0431/97441-23 lv-schleswig-holstein@ vdek.com

#### Thüringen

Lucas-Cranach-Platz 2 99099 Erfurt Tel.: 03 61/4 42 52-0 Fax: 03 61/4 42 52-28 lv-thueringen@ vdek.com



#### **EDITORIAL**

# Liebe Leserinnen und Leser,

wurf für das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz ist vom Bundeskabinett beschlossen worden. Die vorgesehenen Regelungen zur künftigen Finanzstruktur (Morbi-RSA) sind insgesamt betrachtet gut. Aber zum Beispiel das wichtige Thema "Einheitliche Aufsicht für bundesweite und landesunmittelbare Krankenkassen" wurde deutlich abgeschwächt. Ob es damit gelingt, den Wettbewerb zwischen den Kranken-

kassen fairer zu gestalten?

un wissen wir mehr. Der Ent-

Ansonsten spart der Gesundheitsminister keinen Versorgungsbereich aus; vom Intensivpflegegesetz über das Masernschutzgesetz bis hin zu verschiedenen Reformen im Krankenhausbereich: Hier stehen gerade die Notfallversorgung und die Krankenhausabrechnungsprüfung auf der Agenda. Experten zweifeln jedoch, ob mit den Reformen im Krankenhausbereich die (Struktur-)Probleme - demografischer Wandel, Fachkräftemangel, medizinischer Fortschritt, Qualitätsmängel – gelöst werden können. So auch Gesundheitsökonom Prof. Dr. Thomas Mansky. Im Interview mit ersatzkasse magazin. plädiert er für radikale Veränderungen bei der Krankenhausplanung: "Wir suchen Personal, das wir nicht haben, für Krankenhäuser, die wir zum Teil nicht brauchen." Beispiel Dänemark: Hier wurden Krankenhäuser zentralisiert und auch Standorte geschlossen, eine neue Krankenhauslandschaft ist entstanden. Ein Vorbild für Deutschland?

Gute Krankenhäuser zeichnet noch etwas anderes aus: der Umgang mit Fehlern. Seit 2017 gibt es Zuschläge für Krankenhäuser, die an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen teilnehmen. Doch nicht einmal die Hälfte der Kliniken beteiligt sich. Transparent und korrekt sollte es bei der

Krankenhausabrechnung mit den Krankenkassen zugehen. Aufgrund der massiv steigenden Zahl der Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nimmt sich das Bundesgesundheitsministerium (BMG) dem Thema an. Ein Gutachten der Institute for Health Care Business GmbH zeigt Alternativen auf.

Stichwort digitale Innovationen: Im Rahmen des vdek-Zukunftsforums am 11. September 2019 diskutierten Vertreter der Krankenkassen mit der Politik und Psychotherapeuten über die Nutzung von medizinischen Apps in der psychotherapeutischen Versorgung. Apps können eine sinnvolle Ergänzung für die Versorgung sein, den Psychotherapeuten ersetzen aber nicht. Dr. Gottfried Ludewig, Abteilungsleiter Digitalisierung beim Bundesgesundheitsministerium, machte deutlich: "Es wird Zeit, digitale Anwendungen nicht nur theoretisch zu diskutieren, sondern aktiv anzugehen, wenn Deutschland es ernst mit einer modernen Gesundheitsversorgung meint."

Wenn dem so ist, sollte sich die Bundesregierung dem Modernisierungsprozess auch in anderen Feldern nicht verschließen. So fordern die Ersatzkassen, dass die Sozialwahlen 2023 auch online durchgeführt werden können. Auch die Mehrheit der Versicherten sieht das so, zeigt eine aktuelle Forsa-Umfrage. Deshalb der Appell an die Bundesregierung: Online-Wahlen ermöglichen – den Worten Taten folgen lassen!



Hidocla for Rival



Michaela Gottfried Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek



### Inhalt 5/2019

POLITIK	
Krankenhausabrechnungsprüfung verb	pessern8
GKV-FKG: Reform des Morbi-RSA sch	nell umsetzen9
Übersicht Gesetzesvorhaben	10
Außerklinische Intensivpflege: Fehlann	eize beseitigen12
Eingriffe in Selbstverwaltung auch in	Österreich16
Neues Zulassungsverfahren für Heilmit	telerbringer18
Einwurf: Nachbesserungen für eine g	gute Reform19
AUS DEN KASSEN	
BARMER-Krankenhausreport: Bluttransfusionen20	
IM FOKUS DIGITALE INNOVATIONEN	
vdek-Zukunftsforum: Digitalisierte Psy	chotherapie24
Digitale-Versorgung-Gesetz: Apps balo	l auf Rezept27
vdek fordert Online-Sozialwahlen	28

#### 

#### **TITELTHEMA**

#### Steuerung der Krankenhausversorgung

Die strukturellen Herausforderungen im Krankenhausbereich sind groß: demografischer Wandel, Fachkräftemangel, medizinischer Fortschritt, Verbesserung der Versorgungsqualität. Dementsprechend gab es in den letzten Jahren viele Reformen. Und auch aktuell stehen mit der Notfallversorgung und der Abrechnungsprüfung zwei wichtige Themen auf der politischen Agenda. Dennoch ist fraglich, ob mit den aktuellen Reformen die notwendigen strukturellen Veränderungen in der Krankenhauslandschaft erreicht werden können.



# 34

#### INTERVIEW

#### "Krankenhausplanung vom Kopf auf die Füße stellen"

In Deutschland gibt es derzeit rund 1.500 Akutkrankenhäuser und 500 Spezialkliniken, um die stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die Verantwortung für die Krankenhausplanung liegt bei den Bundesländern. Ist die derzeitige Krankenhausplanung noch zeitgemäß? Der Gesundheitsökonom und gelernte Facharzt für Innere Medizin, Prof. Dr. Thomas Mansky, bis Ende 2018 an der Technischen Universität (TU) Berlin, gilt als anerkannter Kritiker der Krankenhauslandschaft. Im Interview mit ersatzkasse magazin. stellt er die Krankenhausstrukturen auf den Prüfstand.

#### **IM FOKUS**

#### Digitale Innovationen

Medizinische Apps und onlinebasierte Therapieangebote gehören für viele Patienten schon längst zum Alltag. Nun wird mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz der Weg für solche digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in die Regelversorgung geebnet. Dass sie die Versorgung von Patientinnen und Patienten sinnvoll und mit nachweislichem Nutzen ergänzen können, zeigt sich besonders gut im Bereich der Psychotherapie. Kritisch ist allerdings, dass nicht der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Zulassung der DiGA übernehmen soll, sondern das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.





#### HONORARVERHANDLUNGEN

#### **Einigung zeigt** Funktionsfähigkeit

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben ihre Honorarverhandlungen für 2020 abgeschlossen. Der sogenannte Orientierungswert, auf dessen Grundlage die Preise für alle vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Leistungen berechnet werden, steigt zum 1. Januar 2020 um 1,52 Prozent. Das entspricht einem Volumen von 565 Millionen Euro.

Im Bereich Humangenetik werden "ärztliche Beurteilungs- und Beratungsleistungen" ab dem kommenden Jahr extrabudgetär vergütet. Bislang waren diese Leistungen mit der sogenannten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, welche die Kassen mit befreiender Wirkung zahlen, abgedeckt. Die Regelung gilt für drei Jahre. GKV-Spitzenverband und KBV verständigten sich außerdem darauf, die bereits bestehende extrabudgetäre Vergütung von Leistungen der Tumorgenetik um drei Jahre zu verlängern. Darüber hinaus vereinbarten sie. Videosprechstunden finanziell zu fördern. Ab 1. Oktober 2019 zahlen die gesetzlichen Krankenkassen Ärztinnen und Ärzten, die Videosprechstunden durchführen, eine Anschubfinanzierung. Diese kann bis zu 500 Euro pro Arztpraxis und Quartal betragen. Die Fördermöglichkeit gilt für zwei Jahre.

"Es ist gut, dass wir eine Einigung mit unserem Vertragspartner erzielen konnten, zumal die Forderungen anfangs weit auseinanderlagen. Die gemeinsame Selbstverwaltung hat ihre Funktionsfähigkeit unter Beweis gestellt", sagte KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen. Dem pflichtete Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes, bei: "Die Selbstverwaltung zwischen Krankenkassen und Ärzten ist der Ort, an dem solche Entscheidungen partnerschaftlich getroffen werden." / pm

#### Die aktuelle Zahl

**25.100** 

So viele Menschen sind in Deutschland während der Grippesaison 2017/2018 nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts (RKI) durch die Influenza gestorben. Dieser Schätzwert ist der höchste in den letzten 30 Jahren.

#### Fehlentwicklungen bei Leiharbeit stoppen

In einem Positionspapier weisen das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) und der Deutsche Pflegerat e.V. (DPR) auf Fehlentwicklungen bei der Leiharbeit in der Pflege hin. Die Zahl der Leiharbeiter in der Krankenpflege habe sich in den vergangenen fünf Jahren fast verdoppelt, so die Initiatoren des Positionspapiers. Dies gehe auf Kosten der Pflegequalität und der Patientensicherheit.

Auch die von der Bundesregierung ins Leben gerufene konzertierte Aktion Pflege 2019 hat sich mit dem Thema Leiharbeit in der Pflege beschäftigt. Als einen Grund für die Zunahme dieser Beschäftigungsform wurden die aktuellen Arbeitsbedingungen in der Pflege herausgestellt.

Insgesamt führe die vermehrte Leiharbeit in der Pflege zu einer Mehrbelastung der Festangestellten, und diesem Trend müsse entgegen gewirkt werden, betonen APS und DPR. Sie fordern den Gesetzgeber auf, die Zeitarbeitsagenturen zu verpflichten, die Qualifikationen der Leiharbeiter transparent zu machen. Außerdem sollte durch eine vom Gesetzgeber vorgegebene Quotenregelung die Anzahl der Leiharbeiter im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen begrenzt werden. Zusätzlich sollten die Einrichtungen verpflichtet werden, den Pflegeleiharbeitsanteil öffentlich zu machen. / pm www.deutscher-pflegerat.de

#### **Qualitätsreport** zur Versorgung

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat seinen Qualitätsreport 2019 veröffentlicht. Der jährliche Qualitätsreport wird im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erstellt und enthält für das Erfassungsiahr 2018 die Qualitätsergebnisse von 221 Indikatoren. Insgesamt wurden für den Qualitätsreport 2019 etwa 3,3 Millionen Datensätze zur Versorgungsqualität ausgewertet.

Die Daten wurden im Rahmen von 23 Qualitätssicherungsverfahren der gesetzlichen Qualitätssicherung nach §§136ff. SGBV erhoben. 21 Verfahren mit 205 Qualitätsindikatoren wurden nach der "Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)" durchgeführt. Zwei Verfahren mit 16 Indikatoren richteten sich nach der 2018 gültigen "Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)". Der Qualitätsreport beinhaltet damit Ergebnisse sowohl aus dem ambulanten und als auch stationären Bereich. Im stationären Sektor wurden die Daten durch 1.496 Krankenhäuser mit 1.811 Standorten erhoben. Die Auswertungen für die sektorenübergreifenden QS-Verfahren liegen bisher noch nicht vollständig vor.

Wie in den Jahren zuvor sind die Ergebnisse zu den meisten Qualitätsindikatoren stabil oder haben sich verbessert. 44 der 221 Indikatoren (20 Prozent) weisen eine signifikante Verbesserung in den Ergebnissen auf (Erfassungsjahr 2017: 17 Prozent). Sieben Indikatoren (drei Prozent) zeigten eine signifikante Verschlechterung der Ergebnisse (Erfassungsjahr 2017: fünf Prozent). 159 Indikatorergebnisse (72 Prozent) sind gegenüber dem Vorjahr unverändert (Erfassungsjahr 2017: 67 Prozent). Bei elf Qualitätsindikatoren (fünf Prozent) kann keine Aussage über eine Veränderung der Ergebnisse gemacht werden (Erfassungsjahr 2017: elf Prozent). Dies ist zum Beispiel bei neu eingeführten oder veränderten Indikatoren der Fall. / pm

www.iqtiq.org unter QS-Berichte/Qualitätsreport

PERSONALIEN

#### Ludwig ist neue Drogenbeauftragte



Daniela Ludwig (CSU) ist seit Mitte September 2019 Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Die 44-jährige Juristin ist seit 2002 Mitglied im

Deutschen Bundestag und verkehrspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Zu ihren künftigen Arbeitsschwerpunkten gehören die Förderung und Unterstützung von Initiativen und Aktivitäten der Sucht- und Drogenprävention sowie neue Wege und Schwerpunkte in der Sucht- und Drogenpolitik zu entwickeln, um gesundheitliche, soziale und psychische Probleme zu vermeiden oder abzumildern.

#### Kyriakides EU-Gesundheitskommissarin



Die konservative Politikerin Stella Kyriakides aus Zypern soll neue EU-Gesundheitskommissarin werden. Die zypriotische Parlaments-

abgeordnete war zwischen 2017 und 2018 Präsidentin der Parlamentarischen Versammlung des Europarates. Die 63-jährige Kinderpsychologin wurde von EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen nominiert. Das EU-Parlament muss der Ernennung noch zustimmen.

#### Hecker übernimmt APS-Vorsitz



Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) hat am 27. September 2019 Dr. Ruth Hecker zur neuen Vorsitzenden gewählt.

Sie löst die langjährige Vorsitzende Hedwig François-Kettner ab und war bereits als stellvertretende Vorsitzende im alten Vorstand vertreten. Als Leiterin des Bereichs klinisches Risiko- und Qualitätsmanagement der Uniklinik Essen arbeitet sie jeden Tag an der praktischen Umsetzung von Patientensicherheit. Ihre Arbeitsschwerpunkte im APS sind Patientensicherheit in der Ausbildung und die Erarbeitung von Wissensgrundlagen.

### Staffelübergabe in Bremen



Tosten Barenborg ist seit Oktober 2019 Leiter der Landesvertretung Bremen des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek). Er löste Kathrin

Herbst ab, die sich nach viereinhalb Jahren wieder ganz ihren Aufgaben als Leiterin der Hamburger vdek-Landesvertretung widmet. Barenborg war zuvor als stellvertretender Leiter der Bremer vdek-Landesvertretung tätig und bringt unter anderem langjährige Erfahrungen aus dem Leistungs- und Vertragsrecht mit. Die vdek-Landesvertretung gestaltet für rund 250.000 Bremer Ersatzkassenversicherte die gesundheitliche Versorgung vor Ort mit. // pm

#### **Einsicht des Monats**

"Ich freue mich über jede Pflegekraft, die kommt. Wir können so viele Arbeitskräfte gebrauchen, dass ich mich über jede Hundert, jede Tausend freue, die sich aus anderen Ländern entscheiden, nach Deutschland zu kommen."

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) gegenüber dem Handelsblatt im Zuge seiner Reise nach Mexiko Mitte September 2019, wo er um Pflegefachkräfte für das deutsche Gesundheitssystem warb.

PRESSESCHAU

### Das schreiben die anderen

#### Digitalisierung

"Es muss darum gehen, die Zukunft mitzugestalten, und d.h. attraktive Plattformen schaffen. Die elektronischen Patientenakten werden eine solche sein. Es braucht aber auch Plattformen auf Versorgerseite. [...] Leider ist es mit der digitalen Einigkeit der Niedergelassenen nicht weit her. Der eine prozessiert gegen Konnektoren, der nächste träumt von einer eigenen Hausärzte-Digitalisierung. So wird das nichts mit ambulanten Ärzten als eigenem Akteur in der Plattformökonomie."

ÄRZTE ZEITUNG, 7.10.2019

#### **Rauchverbot**

"Die Debatte über ein Rauchverbot in Autos, wenn Kinder und Schwangere mitfahren, ist insofern überraschend, weil man sich unwillkürlich fragt: So etwas ist noch nötig, wo doch alle wissen, dass Rauchen gesundheitsschädlich ist und tödlich sein kann? Und dann fällt einem wieder ein, dass der Mensch ein vernunftbegabtes Mängelwesen ist und nicht immer freiwillig so handelt, dass niemand anderes geschädigt wird. Also ist die Initiative für ein Rauchverbot richtig, die einige Bundesländer im Bundesrat auf den Weg gebracht haben. "

FRANKFURTER RUNDSCHAU, 21.9.2019

#### **Trisomie-Bluttests**

"Soll es die Gesellschaft erlauben, sich über Genveränderung des Fötus Gewissheit zu verschaffen? Es ist ein gewichtiges Argument, dass kein systematisches Screening stattfinden dürfe, weil dann Menschen mit Behinderungen "aussortiert" würden. [...] Am Ende können nur die werdenden Eltern wissen, ob sie es sich zutrauen, ein Kind mit einem erhöhten Betreuungsaufwand zu bekommen. Eine bessere Beratung kann helfen, zu einer realistischen Einschätzung zu kommen."

Frankfurter Allgemeine Zeitung, 20.9.2019



#### **IGEL-MONITOR**

#### Verunsicherung in Augenarztpraxen

Fast jeder zweite Versicherte bekommt beim Praxisbesuch Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) angeboten. Besonders häufig sind Patientinnen und Patienten damit in Augenarztpraxen konfrontiert. Entsprechend hoch ist die Verunsicherung: Von den insgesamt 51 Bewertungen im IGeL-Monitor werden die beiden bisherigen Bewertungen zur Glaukom-Früherkennung am meisten abgerufen – sie machen rund 15 Prozent der Seitenabrufe aus. Bei den Zuschriften von Versicherten an den IGeL-Monitor thematisieren knapp 40 Prozent augenärztliche IGeL.

Die Erfahrungen, die dabei geschildert würden, belegten zum Teil aggressives Praxismarketing, erklärt der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) als Betreiber des IGeL-Monitors. So berichteten Versicherte vielfach, dass sie bereits von den Praxiskräften zum Kauf von IGeL aufgefordert würden oder dass davon der Arzttermin abhängig gemacht würde. "Augenarztpraxen halten sich häufig nicht an die anerkannten Regeln für den Verkauf von IGeL. Stattdessen wird ausgesprochen unseriöses Marketing betrieben und selbst vulnerable Patientengruppen wie ältere Menschen, Patienten mit wenig Geld und Versicherte in ländlichen Regionen mit wenig Praxisangebot fühlen sich unter Druck gesetzt", sagt MDS-Geschäftsführer Dr. Peter Pick. "Daher appellieren wir an die Ärzteschaft, sich an die anerkannten Regeln zu halten und zu einem seriösen Umgang mit IGeL zurückzukehren."

Der IGeL-Monitor hat in seiner neuen Bewertung eine weitere Individuelle Gesundheitsleistung zum Thema Augen untersucht. Es ging um die Frage, ob die Optische Kohärenztomographie (OCT) als Früherkennungsuntersuchung verhindern kann, dass Menschen wegen eines Glaukoms erblinden. Bei der Abwägung des Schaden- und Nutzenpotenzials wurde diese Früherkennungsuntersuchung mit "tendenziell negativ" bewertet.

www.igel-monitor.de

*p* pm

MDK-REFORMGESETZ

#### Nachbesserungen an der Krankenhausabrechnungsprüfung



Stellten Ergebnisse und Forderungen am 8. Oktober 2019 in Berlin vor (v. r. n. l.): Ulrike Elsner (vdek-Vorstandsvorsitzende), Thomas Ballast (stellvertretender Vorstandsvorsitzender der TK), Thomas Bodmer (Vorstandsmitglied der DAK-Gesundheit) und Prof. Dr. Boris Augurzky (Leiter Gesundheit am RWI und Geschäftsführer der hcb).

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) hat die Politik im Rahmen eines Pressegesprächs am 8. Oktober 2019 aufgefordert, bei den im Zuge des MDK-Reformgesetzes geplanten Reformen der Krankenhausabrechnungsprüfung nachzubessern. Im Vorfeld gab er bei der Institute for Health Care Business GmbH (hcb)/RWI ein Gutachten in Auftrag, das den Reformbedarf deutlich aufzeigt. Die Ersatzkassen formulierten entsprechend konkrete Forderungen für eine effiziente und effektive Reform der Krankenhausabrechnungsprüfung:

- Keine gesetzliche Höchstgrenze für Rechnungsprüfungen
- Sanktionszahlungen: Ausnahmeregelungen und Deckelung streichen
- · Kein Aufrechnungsverbot für Kassen

"Wenn der Gesetzgeber an diesen drei Punkten nachbessert, kann eine sinnvolle Reform gelingen", betonte vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. Es sei gut, dass die Politik die Krankenhausabrechnungsprüfung reformieren wolle und ein langjähriges Konfliktthema zwischen Kliniken und Krankenkassen angehe. Aber zentrale Regelungen seien ineffektiv. Thomas Ballast, stellvertretender Vorsitzender des Vorstands Techniker Krankenkasse (TK), verwies in diesem Zusammenhang auf Mehrausgaben in Höhe von 1,2 Milliarden Euro, die der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch die Reform entstehen. "Die vorliegenden Pläne könnten die angespannte Finanzlage der Kassen noch weiter verschärfen. Damit drohen Beitragserhöhungen, die letzten Endes die Versicherten und die Arbeitgeber belasten."

Thomas Bodmer, Mitglied des Vorstands der DAK-Gesundheit, nahm Bezug auf die Prüfergebnisse 2018: So wurden bundesweit 2,6 Millionen Krankenhausfälle über den MDK geprüft – bei etwa der Hälfte bestätigte der MDK die Beanstandung der Krankenkassen, was zu Rückerstattungen in Höhe von drei Milliarden Euro führte. "Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, für eine wirtschaftliche Verwendung der Beitragsgelder der Versicherten zu sorgen. Mit der Krankenhausrechnungsprüfung stellen wir sicher, dass nur berechtigte Forderungen der Krankenhäuser von den Kassen bezahlt werden."

**≠** pm

> Seiten 19 und 40

FAIRER-KASSENWETTBEWERB-GESETZ (GKV-FKG)

### Alle Reformelemente zum Morbi-RSA schnell umsetzen

Das Bundeskabinett hat am 9. Oktober 2019 den Entwurf des Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) beschlossen. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), der BKK Dachverband e. V. und der IKK e. V. begrüßen als Bündnispartner die Vorlage des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes. Sie bekräftigen ihre Auffassung, dass das parlamentarische Verfahren nun zügig angegangen werden muss, um eine schnellstmögliche Umsetzung der Regelungen sicherzustellen. Die Krankenkassen brauchen rasch Kalkulationssicherheit bei der Aufstellung ihrer Haushaltspläne.

Im weiteren parlamentarischen Verfahren dürfen keine Abstriche bei den Regelungen zu der zukünftigen Finanzstruktur, dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), vorgenommen werden, betonen die Bündnispartner. Die RSA-Reformelemente bilden ein stimmiges Gesamtpaket, das zu fairen Wettbewerbsbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) führt, Manipulationsanreize minimiert und die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessert.

Die Bündnispartner bedauern, dass das Vorhaben, ein einheitliches Aufsichtshandeln sicherzustellen, im Gesetzentwurf aus ihrer Sicht nicht konsequent verfolgt wird. Bestehende Wettbewerbsverzerrungen durch einheitliches Aufsichtshandeln zu beheben, bleibt aber dringend erforderlich. Gleiche Sachverhalte, etwa die Genehmigung von Hausarztverträgen oder Verträgen zur integrierten Versorgung, müssen von den Aufsichten in Bund und Land gleich bewertet werden. Nur wenn alle Regeln für alle gleich gelten, ist ein fairer Wettbewerb sichergestellt. Einheitliches Aufsichtshandeln muss gewährleistet und der Kabinettsentwurf entsprechend nachgebessert werden!

Die Bündnispartner begrüßen, dass es im Wesentlichen bei der bisherigen Regelung zur Besetzung des Verwaltungsrates im GKV-Spitzenverband bleibt. Damit werden die demokratisch legitimierten Vertreterinnen und Vertreter dahingehend gestärkt, weiterhin die Versicherten- und Arbeitgeberinteressen nach einer hochwertigen gesundheitlichen Versorgung effizient zu vertreten. Doch die Ausgestaltung und Aufgabenzuweisung an den neu einzurichtenden Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) sind noch nicht stimmig und sollten im parlamentarischen Verfahren so weiterentwickelt werden, dass es nicht zu einer Beschneidung der Kompetenzen des Verwaltungsrates kommt.

Mit dem Gesetz will Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen in Zukunft gerechter und zielgenauer als bisher ausgestalten: "Nicht die Kasse mit den besten Finanztricks soll gewinnen, sondern die mit dem besten Service, der besten Versorgung und dem modernsten digitalen Angebot." Das Gesetz soll voraussichtlich im Frühjahr 2020 in Kraft treten. Es bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates.  $\nearrow pm$ 

#### Weiterentwicklung des RSA

Der Finanzausgleich wird im Entwurf für das Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) systematisch weiterentwickelt. Er soll durch folgende Elemente zielgenauer ausgestaltet werden: Regionalkomponente, Krankheits-Vollmodell, Risikopool, Präventionsausgaben und versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten.

#### **GKV-SPITZENVERBAND**

#### Beschneidung der sozialen Selbstverwaltung

Als reines Lippenbekenntnis zur Selbstverwaltung ohne inhaltliche Überzeugungskraft bezeichnen die Verwaltungsratsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes die aktuellen Änderungen im Gesetzentwurf für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG).

Zwar sei es ein Erfolg der Aktivitäten der Sozialpartner in den letzten Wochen und Monaten, dass der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes als Gremium aus Vertretern von Arbeitgebern und Arbeitnehmern erhalten bleibt – anders als noch in den Vorfassungen des Gesetzentwurfes vorgesehen. Der jetzt neu hinzugekommene Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) aus hauptamtlichen Vorständen der Krankenkassen schwäche jedoch die Sozialpartner quasi durch die Hintertür und schränke die Handlungsfähigkeit im operativen Geschäft des GKV-Spitzenverbandes ein.

Nach den Plänen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) soll der LKA bei allen versorgungsrelevanten Entscheidungen des Vorstandes sowie Richtlinien, Rahmenvorgaben oder vergleichbaren Entscheidungen zustimmen müssen und kann zu Beschlüssen des Verwaltungsrates Stellungnahmen abgeben.

Im aktuellen Gesetzentwurf findet sich zudem ein Bekenntnis zur ausgeglichenen Repräsentanz von Frauen und Männern in den Gremien des GKV-Spitzenverbandes. "Dieser Punkt ist zeitgemäß und nachvollziehbar. Die Erfahrung von Frauen und Männern wird so künftig gleichberechtigt in die Arbeit der obersten Entscheidungsebenen der gesetzlichen Krankenversicherung einfließen", so Uwe Klemens, alternierender Verwaltungsratsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes und Vorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek). "Allerdings soll der Verwaltungsrat nach den aktuellen Plänen des Gesetzentwurfes auf maximal 40 Mitglieder verkleinert werden. Eine solche Verkleinerung des Verwaltungsrates ist weder notwendig noch sinnvoll." / pm



#### ÜBERSICHT

#### Aktuelle Gesetzesvorhaben

#### Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG)

- Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation soll erleichtert werden.
   Im Bereich der geriatrischen Rehabilitation soll der Zugang nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse erfolgen.
- Die bisherige Höchstdauer von 20 Tagen für Leistungen der ambulanten geriatrischen Rehabilitation und drei Wochen bei stationärer Behandlung wird als Regeldauer festgelegt.
- Die Anbindung an die Grundlohnsumme für Vergütungsverträge zwischen Krankenkassen und

Rehabilitationseinrichtungen wird ausgesetzt.

- Das Wahlrecht der Versicherten bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung wird gestärkt. Mögliche Mehrkosten müssen sie zukünftig nur noch zur Hälfte übernehmen.
- Die Qualitätsanforderungen an die außerklinische Intensivpflege werden durch einheitliche Vorgaben deutlich erhöht.
- Die außerklinische Intensivpflege mit Beatmung in den eigenen vier Wänden soll für Erwachsene nur noch die absolute Ausnahme sein. Bis zum 18. Lebensjahr soll sie die Regel bleiben.
- Krankenhäuser, die Beatmungspatienten verlegen oder entlassen, ohne den

- Beatmungsstatus festzustellen oder eine erforderliche Anschlussversorgung zu organisieren, müssen mit Vergütungsabschlägen rechnen.
- In den Fällen, in denen die Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erbracht wird, wird die Zuzahlung auf 280 Euro begrenzt.
- Krankenkassen können die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von intensivpflegebedürftigen Bewohnern von Pflegeeinrichtungen ganz oder teilweise als Satzungsleistung übernehmen.

Referentenentwurf vom 14. August 2019 Inkrafttreten: nach Verkündung

> Seite 12

#### Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken (Vor-Ort-Apothekengesetz)

- Bei der Versorgung von gesetzlich Versicherten mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln gilt der gleiche Preis – unabhängig davon, ob die Medikamente über eine Vor-Ort-Apotheke oder über eine EU-Versandapotheke bezogen werden. Damit ist ausgeschlossen, dass Versandapotheken gesetzlich Versicherten Rabatte auf diese Medikamente gewähren.
- Es werden neue pharmazeutische Leistungen – wie beispielsweise eine intensive pharmazeutische Betreuung bei einer Krebstherapie – eingeführt, für die Apotheker extra vergütet werden. 150 Millionen Euro stehen für diese Dienstleistungen zur Verfügung.

Kabinettsfassung vom 17. Juli 2019 Inkrafttreten: nach Verkündung

#### **MDK-Reformgesetz**

- Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) sind zukünftig
  nicht mehr Arbeitsgemeinschaften der
  Krankenkassen, sondern werden zu
  eigenständigen Körperschaften des
  öffentlichen Rechts und einheitlich als
  Medizinischer Dienst (MD) bezeichnet.
- Auch der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) wird vom GKV-SV organisatorisch getrennt und zum 1. Juli 2021 zum MD Bund als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts.
- Die Besetzung der Verwaltungsräte der neuen MD wird neu geregelt. Zukünftig sollen auch Vertreter der Patienten, der Pflegebedürftigen, der Verbraucher sowie der Ärzteschaft und der Pflegeberufe in diesem Gremium sein.
- Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates beziehungsweise. der

Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder eines Kassenverbandes sind oder dies bis zu zwölf Monate im Voraus waren, können nicht benannt werden. Gleiches gilt für hauptamtlich Beschäftigte.

- Für Versicherte wird die Möglichkeit geschaffen, in bestimmten, strittigen Leistungsfällen auf die Einschaltung des MD zu bestehen.
- Die Prüfungen von Krankenhausabrechnungen durch Krankenkassen werden ab 2020 begrenzt. Die maximale Prüfquote hängt ab von der Abrechnungsqualität eines Krankenhauses.
- Krankenkassen wird zudem die Aufrechnung von Rückforderungen der Krankenkassen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser untersagt.

Kabinettsfassung vom 17. Juli 2019 Inkrafttreten: 1. Januar 2020

> Seite 19

#### Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG)

- Verschlankung des Verwaltungsrats beim GKV-SV auf 40 Selbstverwalter der Kassen
- Implementierung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses mit Vorstandsmitgliedern der Mitgliedskassen
- · Präzisere Wettbewerbs-Verhaltensregeln
- Regelung zur Stärkung einer angemessenen Repräsentanz von Frauen in allen Steuerungsgremien des GKV-SV

- Neugestaltung des Haftungssystems der Krankenkassen
- Einführung einer Regionalkomponente in den Risikostrukturausgleich
- · Einführung eines Risikopools
- · Einführung eines Krankheitsvollmodells
- Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz des RSA

Kabinettsentwurf vom 9. Oktober 2019 Geplantes Inkrafttreten: Frühjahr 2020 > Seite 9

#### Masernschutzgesetz

- Um Schul- und Kindergartenkinder wirksam gegen Masern zu schützen, soll eine Impfpflicht speziell für Masern eingeführt werden.
- Kinder und Jugendliche, die in einer Gemeinschaftseinrichtung (hierzu zählen u.a. Kindergärten und -krippen, Schulen, Ferienheime) betreut werden, müssen einen ausreichenden Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern nachweisen. Ebenso Betreuer und Lehrer, die engen Kontakt zu Betreuten haben, und für Personal in bestimmten medizinischen Einrichtungen.
- Ein Verstoß gegen die neue Impfpflicht kann mit einem Bußgeld von bis zu 2.500 Euro belegt werden.
- Die Krankenkassen werden aufgefordert, ihre Versicherten über fällige Schutzimpfungen im Rahmen ihrer Leistungspflicht zu informieren.
- Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) wird gestärkt: Die Krankenkassen werden verpflichtet, die Gesundheitsämter an ihren Präventionsaktivitäten in den Lebenswelten zu beteiligen.

Kabinettsfassung vom 17. Juli 2019 Geplantes Inkrafttreten: 1. März 2020

#### Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG)

- Zentraler Inhalt des Entwurfs ist ein Verfahren zur Aufnahme digitaler Gesundheitsanwendungen (insbesondere Apps) in die Regelversorgung.
- Apotheken müssen sich bis zum 31. September 2020 an die Telematikinfrastruktur (TI) anschließen, Krankenhäuser bis zum 1. März 2021.
- Digitale Lösungen wie beispielsweise der elektronische Arztbrief oder das Telekonsil werden finanziell gefördert.
- Für digitale Versorgungsinnovationen dürfen die Krankenkassen ihre pseudonymisierten Daten verwenden.
- Krankenkassen können die Entwicklung von digitalen Innovationen fördern.
- Der Innovationsfonds wird um weitere fünf Jahre bis 2024 verlängert.
- Die Nutzung von Sozialdaten der Krankenkassen zu Forschungszwecken werden erweitert und die Datenaufbereitungsstelle zu einem Forschungsdatenzentrum weiterentwickelt.

Kabinettsfassung vom 10. Juli 2019 Inkrafttreten: nach Verkündung bzw. in Teilen zum 1. Januar 2020

> Seite 24

#### Implantateregister-Errichtungsgesetz (EIDR)

- Es wird ein verpflichtendes Implantateregister eingeführt. Die verantwortlichen Gesundheitseinrichtungen werden verpflichtet, Daten über Implantationen und Explantationen aller betroffenen Patienten dorthin zu melden.
- Die Hersteller werden verpflichtet, ihre Produkte in der Produktdatenbank des Registers zu registrieren.
- Den gesetzlichen Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungsunternehmen kommt ergänzend die Pflicht zu, in regelmäßigen Abständen den Vitalstatus, das Sterbedatum und einen Krankenkassen- bzw. Versicherungswechsel der betroffenen Patienten zu melden.
- Patienten können auf Antrag beim Implantateregister Auskunft über die über ihre Person gespeicherten Daten erhalten.
- Fachfremd sind Änderungen im G-BA-Verfahren zur Nutzenbewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) in der vertragsärztlichen Versorgung und in der Krankenhausversorgung vorgesehen: Das BMG kann zukünftig wesentliche Vorgaben für das Verfahren des G-BA in einer Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates regeln.
- Methodenbewertungsverfahren für den vertragsärztlichen Bereich durch den G-BA sollen zukünftig innerhalb von zwei anstelle von drei Jahren abgeschlossen werden.

Kabinettsfassung vom 3. April 2019 Inkrafttreten: am Tag nach Verkündung. Der Wirkbetrieb des Registers soll spätestens am 1. Juni 2021 aufgenommen werden.



AUSSERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE

### Fehlanreize beseitigen, Versorgung verbessern

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn geht ein sensibles und zugleich wichtiges Versorgungsthema an. Mit dem Reha- und Intensivpflegestärkungsgesetz (RISG) will er die Versorgung von Schwerstkranken, die unter anderem künstlich beatmet werden, verbessern. Dazu werden ein neuer Leistungsanspruch "Außerklinische Intensivpflege" im SGBV definiert, die finanziellen Fehlanreize zwischen ambulanter und stationärer Versorgung abgebaut und bundesweite Qualitätsstandards vereinbart. Die Regelungen gehen überwiegend in die richtige Richtung, doch im Detail muss nachgebessert werden.

/Text / Matthias Niendorf



edingt durch den medizinischen Fortschritt, den demografischen Wandel und das hohe Versorgungsniveau hat die außerklinische Intensivpflege in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung zugenommen. Die Anzahl von

Versicherten, die weiterhin auch nach einem Krankenhausaufenthalt einen intensivpflegerischen Versorgungsbedarf haben, steigt daher stetig. Zugleich werden immer wieder strukturelle Defizite bei der Entwöhnung von Beatmungspatienten beklagt.

#### Aktuelle Versorgungslandschaft

Die Versorgungslandschaft im Bereich der außerklinischen Intensivpflege ist aktuell durch sehr intransparente Strukturen und Angebote geprägt. Hinzu kommen systembedingte ökonomische Fehlanreize, die Auswirkungen auf die Eigenbeteiligungen der zu versorgenden Versicherten haben. Die Gesamtkosten bei dieser Versorgungsform in der Häuslichkeit liegen im Durchschnitt monatlich bei etwa 25.000 Euro und werden von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) getragen. Im stationären Pflegeheim belaufen sich die Kosten hingegen insgesamt nur auf etwa 6.500 Euro: allerdings haben hier die Betroffenen monatlich rund 2.000 bis 3.000 Euro selbst zu tragen. Dies führt in der Praxis dazu, dass bei der Entscheidung der betroffenen Versicherten und deren Angehörigen über eine adäquate Versorgung die finanziellen Aspekte in den Mittelpunkt gerückt sind. Viele konnten sich die stationäre Versorgung schlichtweg nicht leisten. Das führte zur sogenannten Ambulantisierung, bei der vollstationäre Pflegeeinrichtungen in ambulante Wohngruppen umgewandelt wurden. Trotz der rasant steigenden Anzahl dieser Wohngruppen gibt es weder die notwendige Transparenz über die sogenannten ambulanten Intensiv-Wohngruppen noch ausreichende Qualitätsanforderungen für diese Versorgungsform.

#### Was ändert sich?

Um der finanziellen Ungleichbehandlung von Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege entgegenzuwirken, sollen nach dem RISG zukünftig die Eigenanteile dieser Versicherten auf 280 Euro begrenzt werden. Die übrigen Kosten der außerklinischen Intensivpflege würden unter Anrechnung des Leistungsbetrages des jeweiligen Pflegegrades von der Krankenkasse übernommen werden. Es ist davon auszugehen, dass mit dieser Regelung nicht mehr die finanzielle Belastung der Versicherten und deren Angehörigen im Fokus

bei der Entscheidung über die geeignete Versorgungsform steht und sich deshalb mehr Versicherte für die Versorgung in spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtungen entscheiden werden.

eben der Aufhebung der

Ungleichbehandlung soll die Versorgung im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege mit dem RISG verbessert werden. Dazu zählt unter anderem. Versicherte zukünftig vor einer unnötigen Beatmung zu bewahren bzw. diesen Zeitraum so kurz wie möglich zu gestalten. Um dies zu erreichen, sollen bereits in der stationären Krankenhausversorgung Potenziale zur Entwöhnung von der Beatmung festgestellt und eingeleitet werden. Das Krankenhaus soll zukünftig den Beatmungsstatus des Versicherten erstellen und eine Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung ausstellen. Damit ist gewährleistet, dass nicht, wie bisher, die außerklinische Intensivpflege eine Einbahnstraße darstellt und dies bedeutet, einmal beatmet, immer beatmet. Vielmehr soll zukünftig durch die Möglichkeiten zur Entwöhnung von der Beatmung die selbstständige Lebensführung der Betroffenen gestärkt und somit die Lebensqualität verbessert werden.

Des Weiteren sollen zur Verbesserung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Wohngruppen und in der Häuslichkeit auf Bundesebene einheitliche Qualitätsanforderungen, unterschieden nach dem Versorgungsort, erarbeitet und zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen vereinbart werden.

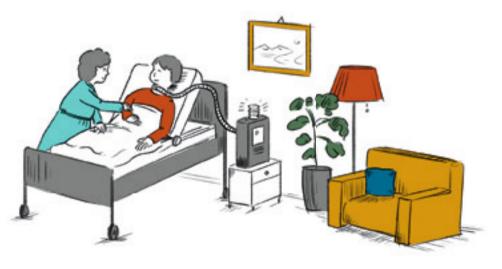
Die vorgesehene Neustrukturierung der Finanzierung der außerklinischen Intensivpflege sollte aus Sicht des vdek aber auch Änderungen an den gesetzlichen Vorgaben im Vertragsrecht nach sich ziehen. Da sich dieser spezielle Versorgungsbereich nicht als Wettbewerbsfeld eignet, sollten Verträge mit vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Versorgung von Versicherten mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege von den Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbart werden. Das findet sich im aktuell vorliegenden Referentenentwurf leider so nicht wieder.

Daher sollte dieser Aspekt im weiteren Gesetzgebungsverfahren noch nachgebessert werden.

as RISG sieht als weitere Finanzierungsmöglichkeit vor, dass die Krankenkassen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung ganz oder teilweise als Satzungsleistung übernehmen können. Dies würde jedoch zu einer Ungleichbehandlung zwischen Versicherten mit einem hohen Grad an Pflegebedürftigkeit und Versicherten mit einem Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in ein und derselben vollstationären Pflegeeinrichtung führen. Hinzu kommt, dass diese Regelung auch vor dem Hintergrund, dass Bewohner aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Krankenkasse monetär mehr belastet werden als andere und damit wieder eine Ungleichbehandlung geschaffen würde, abzulehnen ist.

Des Weiteren sollten im RISG ergänzende Regelungen unter anderem zur Schaffung einer Transparenz über Intensiv-Wohngruppen aufgenommen werden. Dazu wäre es denkbar, dass zukünftig Pflegedienste in den vertraglichen Vereinbarungen die Wohngruppen, in denen sie außerklinische Intensivpflege erbringen, angeben müssen.

Die selbstständige Lebensführung der Betroffenen soll gestärkt und somit die Lebensqualität verbessert werden.





PATIENTENSICHERHEIT

### Konsequente Umsetzung über Grenzen hinweg

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sterben weltweit jede Minute fünf Menschen wegen einer fehlerhaften medizinischen Behandlung. 40 Prozent der Patientinnen und Patienten erleiden Schäden bei ambulanten Behandlungen, im Krankenhaus sind es zehn Prozent. Der erstmals am 17. September 2019 begangene Welttag der Patientensicherheit soll das Bewusstsein schärfen für eine bessere Sicherheits- und Fehlerkultur und für das Vermeiden fehlerhafter Behandlungen.

/Text / Annette Kessen



ie Bandbreite der Fehler in der medizinischen Versorgung sei groß, erklärt die WHO. Dazu zählten falsche Diagnosen, falsche Medikamente, falsche Bestrahlungen, Amputationen

falscher Gliedmaßen und Infektionen während der Behandlung. Studien, die sich auf die Versorgung in Krankenhäusern in Deutschland beziehen, untermauern die Einschätzung der WHO: So komme es zu bis zu zwei Millionen unerwünschten Ereignissen pro Jahr, zu 800.000 fehlerbedingten Komplikationen, zu 200.000 Behandlungsfehlern wegen mangelnder Sorgfalt und zu 20.000 vermeidbaren Todesfällen.

Deutschland gilt im internationalen Vergleich als vorbildliches Land, wenn es um das

Bestreben nach mehr Patientensicherheit und die Vermeidung von Behandlungsfehlern geht. Viel ist bereits auf den Weg gebracht worden: Operations-Checklisten, Fehlermeldesysteme, Medikationspläne, ein verpflichtendes Oualitätsmanagement und die Aktion Saubere Hände sind Beispiele für ein wachsendes Bewusstsein und Engagement. Das ist vor allem dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) geschuldet, das seit Jahren für Verbesserungen bei der Patientensicherheit wirbt und das Wissen für erfolgreiche Handlungsansätze bündelt und verbreitet. Die Aktivitäten des APS sind vielfältig. Arbeitsgruppen beschäftigen sich beispielsweise mit der Arzneimitteltherapiesicherheit, mit Medizinprodukten, mit der außerklinischen Intensivversorgung und mit der Digitalisierung. Das APS veröffentlicht Patienteninformationen. Leitfäden. Positionspapiere und Stellungnahmen. Es gibt wertvolle Impulse.

Das APS war es auch, das den Tag der Patientensicherheit vorschlug und diesen bereits seit 2015 mit Aktionen auf nationaler Ebene begeht. Dass dieser Tag fortan auch weltweit gefeiert wird, hat das APS Mitte September mit einem Festakt gewürdigt; auch deswegen, um weiterhin das Bewusstsein für Patientensicherheit zu wecken und aufrechtzuerhalten. Oder wie die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Prof. Dr. Claudia Schmidtke, sagt: "Das APS macht die Perspektive der Patientinnen und Patienten immer wieder sichtbar." Der Einsatz und die Erfolge des APS seien beeindruckend und eine große Errungenschaft, gerade auch mit Blick darauf, dass Patientensicherheit an sich erst einmal einfach klinge. "Aber sie ist doch jeden Tag eine neue Herausforderung für alle Beteiligten."

ine Anerkennung, die das APS in seiner Arbeit bestätigt. "Wir haben viel erreicht", sagt die ehemalige langjährige APS-Vorsitzende Hedwig François-Kettner. Und doch:

"Es gibt immer noch jede Menge Defizite. Wir müssen weiterhin Dinge verbessern, für noch mehr Patientensicherheit." Dazu gehöre auch, die politisch Verantwortlichen, die im Gesundheitswesen Beschäftigten sowie die Patienten selbst und ihre Angehörigen stärker zu sensibilisieren. "Sie alle müssen als aktive Partner



**Annette Kessen** Abteilung Kommunikation beim vdek

in die Verbesserung der Patientensicherheit einbezogen werden", fordert François-Kettner. Wichtig sei vor allem, Strategien zur Patientensicherheit auf globaler, regionaler, nationaler und lokaler Ebene auch umzusetzen. "Denn", so betont sie, "wir haben kein Erkenntnisproblem, sondern ein Umsetzungsproblem." Konsequentes Handeln sei hier notwendig.

In dem Zuge sollte auch die Zusammenarbeit aller Beteiligten intensiviert werden, ergänzt der ehemalige langjährige APS-Generalsekretär Hardy Müller: "Patientensicherheit ist nicht allein Aufgabe und Verpflichtung einzelner Berufsgruppen. Sie erfordert das konstruktive Engagement und Zusammenwirken aller Verantwortlichen im Gesundheitssystem." Er spricht sich insbesondere für eine intensivere Kooperation mit der Politik aus, mit dem Ziel, nicht nur Probleme zu wälzen, sondern auch Lösungen anzubieten.

ie Ersatzkassen engagieren sich seit Jahren intensiv und kontinuierlich für ein Mehr an Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung. "Wir nehmen unsere Verantwortung ernst", betont Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek). Der vdek unterstützt das APS seit 2009. Er startete zum Beispiel im letzten Jahr eine Patientensicherheitsoffensive und gab zusammen mit dem APS das erste APS-Weißbuch Patientensicherheit

sowie einen Informationsflyer zur Handhygiene heraus. Zudem unterstützen die Ersatzkassen beispielsweise das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) mit Daten und Expertise, um die Sicherheit der Patientinnen und Patienten bei der Versorgung mit Knie- und Hüftimplantaten zu verbessern.

Für Veränderungen sei ein Bündel an spezifisch ausgerichteter Maßnahmen erforderlich, sagt Dr. Ruth Hecker, Vorsitzende des APS. In der medizinischen Behandlung müsse Sicherheitskultur auf allen Ebenen verankert und als Bereitschaft verstanden werden. Patientensicherheit in alle Handlungen und Entscheidungen proaktiv miteinzubeziehen. Dahinter steckt auch das Ergebnis von Untersuchungen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), dass 15 Prozent aller Aktivitäten im Krankenhaus in die Behebung von Schäden aufgrund unzureichender Patientensicherheit fließen. "Daher muss es um die Umlenkung in eine Schadensvermeidung gehen."

Schadensvermeidung wiederum erfordere eine entsprechend gute Fehlerkultur, ergänzt François-Kettner. "Wir wollen und müssen an dieser Stelle Lösungen anbieten." Es gehe hier nicht darum, Schuldige zu suchen. Fehler seien menschlich. "Aber wir sollten die Fehler klar benennen und aus ihnen lernen. Im Sinne und zum Wohl der Patientinnen und Patienten."

Patientensicherheit
erfordert das
Zusammenwirken aller
Verantwortlichen im
Gesundheitssystem.

#### Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS)

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) hat sich im April 2005 als gemeinnütziger Verein gegründet. Es versteht sich als ein unabhängiges Netzwerk, das sich für eine sichere Gesundheitsversorgung in Deutschland einsetzt. In Arbeitsgruppen, Gremiumssitzungen, Jahrestagungen und auf Fachkongressen fördert das APS den gegenseitigen Austausch und entwickelt Lösungsvorschläge zu konkreten Projekten. Entsprechende Ergebnisse werden in Form von Handlungsempfehlungen, Patienteninformationen und

anderen Publikationen veröffentlicht, die allen Akteuren im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen. Ziel ist es, die Patientensicherheit im medizinischen und pflegerischen Versorgungsalltag weiter zu steigern. Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) unterstützt das APS seit 2009. Er ist unter anderem Förderer der "Aktion Saubere Hände" und hat im letzten Jahr gemeinsam mit dem APS das APS-Weißbuch Patientensicherheit veröffentlicht.

www.aps-ev.de



ÖSTERREICH

### Sozialversicherungsreformen zulasten der Versicherten

Die Sozialversicherungen in Deutschland und Österreich weisen bei allen Unterschieden eine Reihe von Parallelen auf. Hier wie dort gilt das Prinzip, dass Renten-, Kranken- und Unfallversicherung nicht vom Staat, sondern von den Beitragszahlern beziehungsweise den Sozialpartnern in eigener Verantwortung geführt werden. Hier wie dort mehren sich in jüngster Zeit die Versuche der Regierungen, dieses Prinzip der Sozialen Selbstverwaltung auszuhebeln. Und hier wie dort gehen diese staatlichen Eingriffe zulasten der Versicherten.

/Text / Hinnerk Berlekamp

n Österreich haben die früheren Regierungsparteien ÖVP und FPÖ ein Gesetz durchs Parlament gebracht, demzufolge die Sozialversicherung zum Jahreswechsel 2019/2020 in großem Stil umgebaut werden soll. Krankenkassen sollen zusammengelegt und die Lenkungsgremien komplett neu strukturiert werden, die Bundesregierung erhält mehr Mitsprache. Ob es so weit kommt, ist allerdings noch offen. Denn zunächst muss in diesem Herbst das Verfassungsgericht entscheiden, ob die Reform überhaupt mit dem Verfassungsgesetz vereinbar ist.

Ist sie nicht, sagen die Vertreterinnen und Vertreter von Arbeitnehmern und Arbeitgebern in der ehrenamtlichen Selbstverwaltung der österreichischen Sozialversicherung. Denn das Gesetz missachte das in der Verfassung verankerte Recht der Sozialpartner, über ihre Belange selbst zu entscheiden, erklären unisono Mag. Ingrid Reischl, stellvertretende Verwaltungsratsvorsitzende der Unfallversicherung AUVA, und Dr. Alexander Biach, Vorsitzender des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.

eformbedarf sehen die beiden Selbstverwalter durchaus. ..Auch wir wollen weniger Bürokratie. Auch wir wollen bessere Leistungen für die Versicherten", erklärt Biach, der in der Selbstverwaltung die Seite der "Dienstgeber" vertritt, wie die Arbeitgeber auf Österreichisch heißen. "Ob das aber gelingt, da bin ich mir nicht so sicher. Die alte Regierung hat von einer Milliarde Euro gesprochen, die für die Versicherten durch die neue Struktur zusätzlich frei werde. Wir haben dagegen ausgerechnet, dass nicht zuletzt durch die Kosten der Verwaltungsreform in den nächsten Jahren nicht etwa mehr Geld zur Verfügung stehen wird, sondern 700 Millionen Euro weniger."

Ebenfalls nicht gelöst werde das Problem, dass die Versicherten für ihre Beiträge unterschiedlich gute Leistungen erhalten. "Entscheidend ist, zu welcher Krankenkasse man gehört. Anders als in Deutschland kann man sich die Kasse aber nicht aussuchen. Man wird ihr zugeteilt", erläutert Reischl, die in der Selbstverwaltung die Arbeitnehmerseite vertritt. "Wir als Selbstverwalter wollten eine Angleichung der Leistungen nach oben, an das beste Niveau. Das passiert jetzt wieder nicht."

#### Türöffner für private Anbieter

Stattdessen öffne das Gesetz die Tür noch weiter für private Anbieter, so Reischl weiter. Sie hätten seit Langem darauf gedrängt, potenziell gewinnträchtige öffentliche Kliniken – wie etwa die Rehabilitationseinrichtungen der Unfallversicherung – in GmbH zu verwandeln, um sie dann in ihren Besitz zu bringen. "Die Privaten versuchen, aus dem öffentlichen Gesundheitswesen Filetstücke für sich herauszuschneiden. Ich habe es immer wieder selbst miterlebt", sagt Reischl,



Hinnerk Berlekamp Redakteur Soziale Selbstverwaltung, A&B One Kommunikationsagentur GmbH



die bis vor wenigen Monaten noch in Wien der größten Gebietskrankenkasse des Landes vorstand.

Reischl wie Biach betrachten die wachsende Einmischung der Politik in die Belange der Sozialversicherung, wie sie sich ganz ähnlich auch in Deutschland abzeichnet, mit großer Sorge. "Wir Selbstverwalter sind lange genug im Geschäft. Wir wissen, was wir tun", sagt Reischl. Die Regierung habe sich nun aber per Gesetz das Recht gesichert, in allen wichtigen Gremien mit dabei zu sein, die Tagesordnung zu bestimmen und sogar Themen von der Tagesordnung wieder abzusetzen, also Entscheidungen der Selbstverwaltung zu verhindern. Obendrein wolle sie in Streitfällen die Entscheidung selbst fällen. Das sei nicht hinnehmbar.

isher, berichtet Biach, seien Entscheidungen in der österreichischen Sozialversicherung ganz ähnlich wie in Deutschland fast immer im Einvernehmen zwischen den Sozialpartnern gefällt worden. "Es ging nicht nach Parteilinien, und das war nicht von Schaden", hebt er hervor. Jetzt aber mische sich die Politik vermehrt ein, sowohl in Sachfragen als auch in die Personalentscheidungen. "Das ist ein Unterschied zu früher."

Reischl ist besonders empört darüber, wie die Regierung auf die Zusammensetzung der neuen Leitungsgremien der

Sozialversicherung Einfluss genommen hat. Zehn Personen sollen in der künftigen Selbstverwaltungs-Konferenz des Dachverbandes, dem Verwaltungsrat also, sitzen: Für die Kranken-, die Pensions- und die Unfallversicherung der Arbeiter und Angestellten sowie für die zusammengeführte Branchenversicherung der Beamten und der Eisenbahner (BVAEB) werden es jeweils ein Arbeitgeberund ein Arbeitnehmervertreter sein, hinzu kommen zwei Vertreter der ebenfalls neu formierten Sozialversicherung der Selbstständigen (SVS), die auch Österreichs Bauern einschließen wird. "In der Summe bedeutet das, dass dort sechs Dienstgebervertreter, aber nur vier Dienstnehmervertreter sitzen. Und dieses Gremium entscheidet dann – zum Beispiel, wie viel Selbstbehalt die Versicherten beim Arzt dazuzahlen müssen oder welche Einrichtungen privatisiert werden!"

Auch Biach hält das im Gesetz festgelegte Verfahren für grundverkehrt. "Jeder Träger sollte in seinem Bereich selbst bestimmen können", sagt er. Es sei nicht gut, wenn sich die Regierung zum Schiedsrichter für alles und jedes aufschwinge, und diese Erkenntnis gelte nicht nur für Österreich. "In der Zusammenarbeit der Sozialpartner zeigt sich der Reifegrad einer Gesellschaft. Die Selbstverwaltung ist ein Beleg für die Mündigkeit einer Gesellschaft. Deshalb lohnt es sich, für sie zu kämpfen."



Mag. Ingrid Reischl



Dr. Alexander Biach



HEILMITTELERBRINGER

### Neues Verfahren vereinfacht Zulassung

Durch die Vorgaben des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) wird für alle Heilmittelleistungserbringer das Zulassungsverfahren deutlich vereinfacht. Jetzt können sich Physiotherapeuten, Sprachtherapeuten, Ergotherapeuten oder Podologen an eine regionale Zulassungsstelle der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wenden.

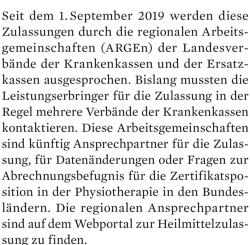
/Text / René Klinke



er zulasten der GKV für die Versicherten Heilmittelleistungen erbringen möchte, benötigt eine Zulassung zur Abgabe der

Leistungen nach § 124 SGB V. Eine Zulassung bekommen alle Therapeuten, welche die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung besitzen, über eine geeignete Praxisausstattung verfügen und die für die Versorgung mit Heilmitteln geltenden Verträge anerkennen. Die normierten Zulassungsvoraussetzungen werden in den Zulassungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes konkretisiert. Neben den Zulassungsempfeh-

lungen für die Bereiche Physiotherapie/Massagen und medizinische Bäder, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie und Podologie gibt es eine weitere eigenständige Zulassungsempfehlung Ernährungstherapie. Beide Richtlinien können auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes eingesehen werden.



Neben den Ansprechpartnern der zuständigen Arbeitsgemeinschaften sind dort für den jeweiligen Heilmittelbereich auch die notwendigen Berichtsbögen und die Anerkenntniserklärungen zu finden. Diese Berichtsbögen mit den dazugehörigen Nachweisen und die Anerkenntniserklärungen dienen zur Entscheidungsfindung in dem jeweiligen Zulassungsverfahren. Für alle Fragen zum Zulassungsverfahren können sich alle Leistungserbringer direkt an die Arbeitsgemeinschaften wenden.

www.zulassung-heilmittel.de

www.gkv-spitzenverband.de unter Krankenversicherung/Ambulante Leistungen/Heilmittel/Zulassungsempfehlungen



René Klinke Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek





EINWURF

# Nachbesserungen für eine gute Reform

Mit dem MDK-Reformgesetz will Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) unter anderem die Prüfung der Krankenhausabrechnung einheitlicher und transparenter gestalten. Auch ein Gutachten der Institute for Health Care Business GmbH zeigt: Es gibt Optimierungspotenzial im Feld der Krankenhausabrechnungen. Die Ersatzkassen haben entsprechende Reformvorschläge auf den Weg gebracht.

/Text/Ulrike Elsner

E

s ist gut, dass die Politik die Krankenhausabrechnungsprüfung reformieren will und ein langjähriges Konfliktthema zwischen den Kliniken und Krankenkassen angeht. Den Reformbedarf zeigt allein ein Blick auf

die Zahlen. So hat sich die Menge der Abrechnungsprüfungen in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt: Im Jahr 2018 lagen wir bei 2,6 Millionen Fällen im Vergleich zum Jahr 2008 mit 1,2 Millionen Fällen. Dieses ist für alle Beteiligten - Krankenkassen, Krankenhäuser, Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) - mehr als unerfreulich und volkswirtschaftlich bedenklich. Umso dringender ist es, dass der Gesetzgeber Maßnahmen ergreift, um hier für Entlastung zu sorgen. So soll die Einhaltung von Strukturmerkmalen begutachtet werden, was wir sehr begrüßen. Zum Beispiel geht es da um die Fragen, ob das erforderliche Fachpersonal beschäftigt ist oder welche Leistungen in der Regel nicht stationär sind. Darüber gibt es vielfach - auch gerichtliche - Auseinandersetzungen.

Doch auch wenn die Stoßrichtung des Gesetzes stimmt, so brauchen wir Nachbesserungen. Denn einige zentrale Regelungen sind inneffektiv und würden Mehrkosten in Höhe von 1,2 Milliarden Euro im kommenden Jahr für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erzeugen. Zudem könnten sie viele Streitfälle vor Gericht nach sich ziehen. Deshalb haben wir konkrete Forderungen für eine effiziente und effektive Reform der Krankenhausabrechnungsprüfung formuliert.

Unsere Forderungen betreffen drei Bereiche: die Prüfquote, die Sanktionen bei Falschabrechnungen und das Aufrechnungsverbot. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Krankenkassen im Jahr 2020 ihre Prüfung auf zehn Prozent der Krankenhausabrechnungen begrenzen. Heute sind es rund 17 Prozent. Mit einer Obergrenze für die Abrechnungsprüfung blieben aber berechtigte Abrechnungskorrekturen aus. Daher darf es für 2020 keine Prüfquote geben. Ebenso wenig darf kein Krankenhaus von Sanktionszahlungen freigestellt werden; zudem muss die geplante Einführung von finanziellen Sanktionen bei Falschabrechnungen stringenter werden. Und nicht zuletzt muss das Aufrechnungsverbot für Krankenkassen aus dem Gesetz gestrichen werden. Denn ohne Aufrechnungen müssen Krankenkassen bei mangelndem Rückzahlungswillen von Krankenhäusern vor dem Sozialgericht klagen, was in hohem Maße unwirtschaftlich ist.

Wenn der Gesetzgeber an diesen zentralen Stellschrauben nachjustiert, kann eine sinnvolle Reform gelingen, ganz im Sinne der Versicherten.

> Seiten 8 und 40



Ulrike Elsner Vorstandsvorsitzende des vdek

Ihre Meinung interessiert uns! Schreiben Sie uns, was Sie vom MDK-Reformgesetz halten.

redaktion@vdek.com



PATIENT BLOOD MANAGEMENT

### Bluttransfusionen vermeiden

Deutschland ist im internationalen Vergleich Spitzenreiter beim Einsatz von Spenderblut. Dabei könnten mit einem konsequenten Patient Blood Management (PBM) rund eine Million Blutkonserven eingespart und gleichzeitig die Patientensicherheit verbessert werden. Der aktuelle BARMER-Krankenhausreport beschäftigt sich eingehend mit diesem Behandlungskonzept.

/Text/ Anke Hofmann

B

luttransfusionen sind oft unverzichtbar und können Leben retten. Blut ist eine wichtige Ressource in Krankenhäusern. In Deutschland wurden allein im Jahr 2017 mehr als 3,2 Millionen Blutkonserven eingesetzt. Doch

Bluttransfusionen sind nicht immer medizinisch notwendig. Bei all ihren Vorteilen sind sie auch mit Risiken für den Empfänger verbunden. Deshalb sollte das PBM in der stationären Versorgung eine viel stärkere Rolle spielen. Zu diesem Ergebnis kommt der BARMER-Krankenhausreport 2019. Demnach werden mit diesem speziellen Behandlungskonzept zur Optimierung des Bluthaushaltes Patientinnen und Patienten besser auf planbare Operationen vorbereitet, unnötige Bluttransfusionen vermieden und Konserven rational eingesetzt.



Anke Hofmann Unternehmenskommunikation BARMER

#### Transfusionen häufig bei Anämie-Betroffenen

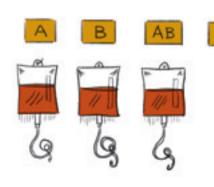
Besonders hilfreich ist der auf das Notwendigste beschränkte und gezielt geplante

Einsatz von Fremdblutkonserven für die Millionen von Anämie (Blutarmut) betroffenen Menschen in Deutschland. Eine nicht behandelte Anämie bedeutet stets ein erhöhtes Risiko für Komplikationen bei Operationen. Zudem steigt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Bluttransfusion notwendig wird. Dies verdeutlicht ein Vergleich zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne Anämie bei acht ausgewählten Behandlungen oder Eingriffen über die Jahre 2005 bis 2016. Demnach werden Anämie-Patientinnen und -Patienten häufiger Bluttransfusionen verabreicht als Personen ohne Blutarmut. Beispielsweise erhielten rund 67 Prozent der Anämie-Betroffenen bei Herzkranzgefäß-Operationen eine Bluttransfusion, jedoch nur 49 Prozent der Operierten ohne Blutarmut. Auffällig ist auch, dass neben schlechteren Behandlungsergebnissen und einer längeren Verweildauer im Krankenhaus die Sterblichkeitsrate bei bestimmten Eingriffen höher ausfällt. So liegt die Sterblichkeit bei von Blutarmut Betroffenen nach einer Herzkranzgefäß-Operation bei rund vier Prozent, bei Personen ohne Anämie hingegen bei zwei Prozent. Ein planbarer Eingriff sollte im Normalfall also erst nach Diagnostik und Behandlung einer Anämie erfolgen, etwa durch die Gabe von Eisenpräparaten. So wird eine Transfusion samt ihren Risiken unwahrscheinlicher, da der Körper den Blutverlust leichter ausgleichen kann. Genau hier setzen die Maßnahmen des PBM an.

#### Die drei Säulen des PBM

Das Gesamtkonzept des PBM besteht aus über 100 evidenzbasierten, interdisziplinären Einzelmaßnahmen. Diese lassen sich in drei Säulen bündeln. Die Diagnose und gezielte Behandlung einer Anämie stellt dabei eine zentrale Maßnahme der ersten Säule dar. Ziel der Maßnahmen der zweiten Säule ist es. Blutverluste generell zu vermeiden und Fremdblut zu sparen. So sollte etwa das Blutungsrisiko vor der Operation geklärt werden. Kleinere Entnahmeröhrchen können beispielsweise Blutverluste verringern. Zudem können die Abläufe bei Operationen im Hinblick auf minimale Blutverluste optimiert und blutsparende chirurgische Techniken verwendet werden. Die maschinelle Autotransfusion kann außerdem helfen, Blutverluste bei einer Operation

#### PATIENT BLOOD MANAGEMENT (PBM)



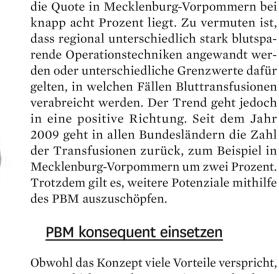
aufzufangen, zu waschen und dem Patienten zurück zu transfundieren. Die dritte Säule der Maßnahmen hat schließlich zum Ziel, Blutkonserven rationaler einzusetzen. Entscheidungen über Bluttransfusionen sollten erst nach sorgfältiger Abwägung getroffen werden. Bevor eine Transfusion verabreicht wird, sollte also geprüft werden, ob diese nach rationalen Kriterien dringend medizinisch notwendig ist.

#### Rückgang der Transfusionsquote durch PBM

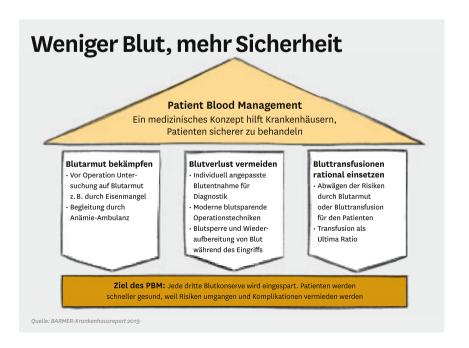
Die Maßnahmen des PBM zeigen Wirkung. Denn tatsächlich weisen die Daten dort, wo das PBM bereits etabliert ist, auf sinkende Bluttransfusionsraten hin. Bereits vor der Einführung des PBM war der Anteil der Patientinnen und Patienten, die eine Bluttransfusion erhielten, rückläufig. Nachdem einige Krankenhäuser das PBM eingeführt hatten, ging hier die Transfusionsquote stärker zurück als in den sogenannten Kontrollkliniken, die das Behandlungskonzept vermutlich nicht eingeführt haben. Andere Behandlungsergebnisse, wie die Sterblichkeit oder die Verweildauer, verschlechterten sich dadurch nicht.

#### <u>Unterschiede zwischen den</u> <u>Bundesländern</u>

Nicht nur bei Krankenhäusern mit und ohne PBM lassen sich Unterschiede bei den Transfusionsraten feststellen, sondern auch in den verschiedenen Regionen Deutschlands. In Bayern erhielten zum Beispiel nur 6,1 Prozent der Patientinnen und Patienten während einer Operation Bluttransfusionen, während



Obwohl das Konzept viele Vorteile verspricht, nutzen bisher noch zu wenige Krankenhäuser in Deutschland aktiv das PBM. Erst rund 40 Krankenhäuser gehören dem im Jahr 2014 gegründeten PBM-Netzwerk offiziell an. Es sollten im Sinne einer möglichst flächendeckenden Etablierung des PBM konkrete Vorgaben und verbindliche Strukturen für die Kliniken geschaffen werden. In den Niederlanden zum Beispiel wird PBM bereits konsequent eingesetzt. Hier fällt der Pro-Kopf-Verbrauch von Blutkonserven deutlich geringer aus als in Deutschland. Die BARMER unterstützt deshalb die Ziele des Netzwerkes, das PBM auch in Deutschlands Kliniken auszuweiten und zu intensivieren.





Τĸ

#### Weniger Antibiotika bei Erkältung

Rund jeder fünfte Patient, der 2018 wegen einer Erkältung krankgeschrieben war, bekam von seinem Arzt ein Antibiotikum verschrieben (22 Prozent). Das zeigt der aktuelle Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse (TK).

Damit setzt sich der Trend fort, dass immer weniger Antibiotika bei Erkältungskrankheiten verschrieben werden: Vor zehn Jahren bekamen noch rund 38 Prozent bei einer Erkältung ein Rezept für ein Antibiotikum.

Sind Beschäftigte nur kurz – zwischen ein und drei Tagen – wegen Erkältungssymptomen krankgeschrieben, erhielten sie 2018 noch in 16 Prozent der Fälle ein Antibiotikum. 2008 waren es 30,5 Prozent – fast doppelt so viel. Die große Mehrheit der Erkältungsinfekte werden durch Viren hervorgerufen. Antibiotika helfen aber nur gegen Bakterien. Durch den falschen Einsatz dieser Arzneimittel können multiresistente Keime entstehen.



"Insbesondere vor dem Hintergrund, dass immer weniger neue Antibiotika auf den Markt kommen und gleichzeitig mehr multiresistente Keime entstehen, ist es sehr wichtig, sie verantwortungsvoll einzusetzen. Sonst erhöht sich die Gefahr, dass Antibiotika nicht mehr wirken", sagt Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK. "Wir beobachten, dass die Industrie vornehmlich in Bereichen forscht, in denen sie hohe Renditen erwartet. An anderen Stellen fehlt es an lebenswichtigen Innovationen – zum Beispiel bei Antibiotika." \* pm

www.tk.de

BARMER

#### Früherkennung bei Brustkrebs kann Leben retten

Früherkennung erhöht die Chancen, Brustkrebs zu besiegen. Darauf weist die BARMER im Zusammenhang mit dem Brustkrebsmonat Oktober hin. Rund 75.000 Frauen erhalten hierzulande pro Jahr laut Deutscher Krebsgesellschaft die Diagnose Brustkrebs. Etwa 17.000 Patientinnen sterben an den Folgen, auch weil der Krebs manchmal zu spät erkannt wurde. "Anders als andere Krankheiten macht sich Brustkrebs nicht durch Schmerzen bemerkbar. Stattdessen können Veränderungen an Brust und Brustwarze sowie Verhärtungen im Brustgewebe und an den Lymphdrüsen im Achselbereich auf eine Erkrankung hindeuten. Deshalb ist es immens wichtig, dass Frauen einmal im Monat ihre Brust selbst abtasten und regelmäßig zur Früherkennung gehen", betont Dr. Ursula Marschall, leitende Medizinerin bei der BARMER. Das Brustkrebsrisiko steige mit zunehmendem Alter. Neben dem Abtasten der Brüste sei daher auch die jährliche Früherkennungsuntersuchung beim Gynäkologen wichtig, die Frauen ab 30 einmal im Jahr wahrnehmen können. Frauen zwischen 50 und 69 Jahren hätten die Möglichkeit, alle zwei Jahre eine Mammographie in einem spezialisierten Untersuchungszentrum durchführen zu lassen. Daneben könne ein gesunder Lebensstil zur Prävention beitragen.

Auch wer Vorsorgemaßnahmen trifft, habe keine Garantie auf ein Leben ohne Brustkrebs. Werde eine Krebserkrankung diagnostiziert, sei schnelles Handeln gefragt. Patientinnen bekämen ein spezialisiertes Brustzentrum empfohlen, wo gemeinsam über Behandlungsoptionen beraten und entschieden werde. Unabhängig von der Therapieform sei stets eine intensive Nachsorge wichtig. Hier biete die BARMER betroffenen Versicherten die Teilnahme an einem sogenannten Disease-Management-Programm an, wodurch sie aktiv in die Behandlung eingebunden werden.

www.barmer.de

**DAK-GESUNDHEIT** 

#### Gesundheitsgefahren durch Energydrinks bei Schulkindern



Jedes fünfte Schulkind trinkt regelmäßig Energydrinks – mit negativen Folgen für die Gesundheit: Bei den Mädchen und Jungen der Jahrgangsstufen fünf bis zehn, die Energydrinks konsumieren, sind Übergewicht, Schlafstörungen und Hyperaktivität besonders häufig. Das zeigt der neue Präventionsradar 2019 der DAK-Gesundheit.

Ein weiteres Ergebnis: Die aufputschenden Getränke werden durch Werbung attraktiv für Kids. Die Krankenkasse hat die repräsentative Schulstudie mit dem Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) in 13 Bundesländern durchgeführt. Rund 14.000 Mädchen und Jungen aus mehr als 900 Schulklassen wurden dafür befragt. Der DAK-Präventionsradar untersucht jährlich das körperliche und psychische Wohlbefinden sowie das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen zehn und 17 Jahren.

Jedes fünfte Schulkind (19 Prozent) der Jahrgangsstufen fünf bis zehn trinkt mindestens einmal pro Monat Energydrinks, sechs Prozent trinken diese wöchentlich, drei Prozent sogar täglich. Die Jungen liegen dabei vorne: Von den täglichen Konsumenten sind zwei Drittel männlich. "Gerade für Heranwachsende sind aufputschende Softdrinks bedenklich", warnt Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit. "Sie enthalten viel Koffein, sind extrem gesüßt und stecken voller synthetischer Zusatzstoffe. Die sogenannten Energydrinks verleihen keinen Powerschub, sondern können zu massiven Gesundheitsproblemen führen." \* pm

www.dak.de

ТК

#### Über 200.000 Versicherte nutzen TK-Safe

Die elektronische Gesundheitsakte der Techniker Krankenkasse (TK) TK-Safe hat die Marke der 200.000 Nutzer geknackt. Im April 2018 ging die Gesundheitsakte an den Start. Nach einem ausführlichen Testbetrieb wurde TK-Safe im Mai 2019 für alle TK-Versicherten freigeschaltet. Jetzt hat die Akte bereits mehr als 200.000 Nutzer.

Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK: "Am schnellen Anstieg der Nutzerzahl von TK-Safe sehen wir, dass sich die Menschen eine digitale Lösung für ihr Gesundheitsmanagement wünschen. Ein Viertel der Versicherten loggt sich mindestens einmal pro Monat ein", so Baas. "Die Nachfrage nach einem sicheren Speicherort für Gesundheitsdaten ist also da. Umso wichtiger ist es, dass eine vollständig vernetzte Patientenakte, wie von der Politik geplant, ab 2021 an den Start geht."

#### Allerdings sieht Baas Nachbesserungsbedarf.

Für den Kassenchef ist die Verpflichtung der Ärzte, die elektronische Patientenakte (ePA) mit Daten zu füllen, ein wesentlicher Baustein für den Erfolg der Akte. Das war auch so im Digitale-Versorgung-Gesetz vorgesehen, wurde aber auf Druck von Kritikern aus dem Referentenentwurf gestrichen. "Der Datenaustausch zwischen Patient und Arzt ist eine zentrale Funktion der Akte. Dadurch fehlt jetzt ein wesentlicher Nutzen der Patientenakte für die Versicherten", so Baas. "Ich sehe die Gefahr, dass die Akte auf weniger Akzeptanz stoßen wird, wenn die Menschen darüber keine Dokumente mit ihren Ärzten teilen können."

Der Gesetzgeber hat festgeschrieben, dass Krankenkassen ihren Versicherten ab 2021 eine ePA anbieten müssen. Dann werden die elektronischen Akten der Krankenkassen um die bundeseinheitlichen Standards ergänzt und umgebaut, um die Interoperabilität der Akten sicherzustellen. // pm

www.tk.de

BARMER

#### Hebammenhilfe per Chat und Telefon

Werdende und frisch gebackene Eltern lassen sich abseits klassischer Angebote zunehmend öfter beraten. Das zeigt die seit Januar dieses Jahres von der BARMER mit dem Start-up Kinderheldin angebotene Hebammenberatung.

Dabei helfen erfahrene Hebammen per Telefon oder Chat und ergänzen das Angebot von Frauen- und Kinderärzten oder freien Hebammen. "Mit ihrem Wissen können Hebammen Eltern sehr gut unterstützen, die Zeit der Schwangerschaft und die Herausforderungen nach der Geburt ihres Kindes zu meistern. Für uns ist wichtig, dass die Familien in dieser schönen wie anstrengenden Zeit mit ihren Fragen nicht allein gelassen werden", so Sascha Rietz, Leiter Versorgungsprogramme bei der BARMER. Damit werde vor allem in strukturschwachen Gebieten ein ergänzendes Angebot geschaffen, das zunehmend besser genutzt werde. Gegenüber der Startphase im Januar habe sich die Zahl der monatlichen Beratungsgespräche mittlerweile mehr als verfünffacht.



Die BARMER stellt ihren Versicherten den Beratungsservice exklusiv während der Schwangerschaft und in den ersten sechs Monaten nach der Geburt kostenlos zur Verfügung. Erreichbar ist er täglich von 7 bis 22 Uhr. / pm

www.barmer.de

KKH

#### Zahl der Arztkontakte konstant



Die Fachwelt diskutiert derzeit über eine Beschränkung der freien Arztwahl. In der Kritik steht, dass viele Patienten zu häufig diverse Fachärzte aufsuchen, also Ärzte-Hopping betreiben, anstatt sich auf einen koordinierenden Mediziner zu beschränken. Eine Datenanalyse der KKH Kaufmännische Krankenkasse zeigt jedoch, dass die Zahl der Arztkontakte von 2012 auf 2017 konstant geblieben ist. Die sowohl von Frauen als auch von Männern am häufigsten aufgesuchten Fachärzte sind demnach Orthopäden (rund 28 Prozent), gefolgt von Augenärzten (rund 23 Prozent) und Internisten (rund 22 Prozent). Auffällig: Deutlich mehr Frauen nehmen die Hilfe von Experten in Anspruch als Männer - mit Blick auf die Orthopäden beispielsweise gut doppelt so viele.

#### Insgesamt ist der mit Abstand am häufigsten kontaktierte Arzt der Allgemeinmediziner:

Nahezu alle KKH-versicherten Frauen (99 Prozent) und 84 Prozent der Männer suchen diesen mindestens einmal im Jahr auf. Der Hausarzt ist in der Regel auch der erste Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen. Bei Bedarf kann er den Patienten an einen entsprechenden Facharzt überweisen. Wird ein Termin beim Spezialisten besonders schnell benötigt, fügt der Hausarzt der Überweisung einen sogenannten Dringlichkeitsvermerk hinzu. Mit diesem zwölfstelligen Code wenden sich gesetzlich versicherte Patienten an die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in ihrem jeweiligen Bundesland und sollten innerhalb von vier Wochen einen Termin bekommen. ≥ pm

www.kkh.de



VDEK-ZUKUNFTSFORUM 2019

### Schafft die Digitalisierung die Psychotherapeuten ab?

Medizinische Apps und onlinebasierte Therapieangebote können die psychotherapeutische Versorgung von Patienten sinnvoll ergänzen - und in manchen Fällen auch eine geeignete Alternative zur Psychotherapie bieten. So das Fazit des Zukunftsforums, zu dem der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) am 11. September 2019 in seiner Zentrale in Berlin geladen hatte.

/Text/Raffaele Nostitz

emeinsam mit prominenten Vertretern aus Politik, Selbstverwaltung, der Start-up-Branche sowie dem Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie diskutierte der vdek über Chancen und Grenzen

onlinebasierter Angebote am Beispiel der Psychotherapie. "Die Ersatzkassen sind Vorreiter in der digitalen Versorgung", sagte Uwe Klemens, Verbandsvorsitzender des vdek, zur Eröffnung des Zukunftsforums. "Viele Ersatzkassenversicherte nutzen die Möglichkeit von digitalen Angeboten. Mit TK-Safe und Vivy haben vdek-Mitgliedskassen wichtige Vorarbeiten für die elektronische Patientenakte geleistet. Auch die erste App auf Rezept kam von einer Ersatzkasse." Die Ersatzkassen würden daher auch die Chancen des von Gesundheitsminister Jens Spahn geplanten Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) für ihre Versicherten nutzen. "Allerdings wünschen

wir uns eine stärkere Einbindung der Selbstverwaltung in das Bewertungsverfahren von digitalen Anwendungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss", so Klemens weiter.

#### Steigende Zahl ambulanter **Psychotherapien**

Zum gewählten Thema des diesjährigen vdek-Zukunftsforums führte Klemens aus: "Für die Ersatzkassen hat eine gute, funktionierende Versorgung bei psychischen Erkrankungen seit ieher einen hohen Stellenwert. In den letzten Jahren haben wir uns für eine stärker strukturierte und auf die Bedürfnisse der Versicherten abgestimmte Therapie eingesetzt." Diese Vorstellungen seien maßgeblich in die 2017 überarbeitete Psychotherapie-Richtlinie eingeflossen. Gleichzeitig steige aber die Zahl der ambulanten Psychotherapien ständig weiter. "Daher richten wir heute unseren Blick darauf, was Online-Angebote und Apps hier leisten können. Wo können sie die persönliche Therapie ergänzen oder sogar ersetzen?"

Bild oben Uwe Klemens, vdek Bild unten Dr. Christina Tophoven, BPtK







Raffaele Nostitz Abteilung Kommunikation beim vdek

r. med. Iris Hauth, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie Ärztliche Direktorin und Regionalgeschäftsführerin am Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee, bot in ihrem Vortrag im Anschluss einen Überblick onlinebasierter Therapieangebote. Sie benannte Beispiele für wirksame Programme bei diversen psychischen Erkrankungen, die gut evaluiert seien und somit nachweislich eine Wirksamkeit für die Nutzer hätten. Solche Programme könnten zur Prävention, Frühintervention, mit oder ohne Begleitung und auch zur Nachsorge eingesetzt werden. Die DGPPN habe aus der Studienlage entsprechende Qualitätskriterien für wirksame onlinebasierte Behandlungsprogramme entwickelt. "Wichtig ist aber in jedem Fall eine vorherige Diagnose durch einen Arzt oder Psychotherapeuten", betonte Hauth. Sei es, um Komorbiditäten abzuklären, oder auch organische Ursachen. So könne beispielsweise eine Schilddrüsenunterfunktion die Ursache für eine Depression sein.

"Sehr gute Apps sind dann sehr gut, wenn sie im Rahmen einer Psychotherapie oder ärztlichen Behandlung angeboten werden", unterstrich Dr. Christina Tophoven, Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). Behandlung und Versicherung sollten ihrer Meinung nach allerdings getrennt sein. Außerdem stellte auch sie die Bedeutung einer Qualitätsbewertung entsprechender Programme und Apps heraus. "Es ist sehr wichtig, dass Ärzte und Psychotherapeuten erkennen können, welche Programme nachweislich wirksam und qualitätsgesichert sind und auch die Patientendaten schützen", sagte sie in Anbetracht des existierenden enormen Angebots. Die Bewertungskriterien müssten transparent sein.

#### <u>Digitale-Versorgung-Gesetz</u> als Grundlage

Das geplante DVG soll eine Grundlage schaffen für neue, moderne Versorgungsangebote in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Beispielsweise werden Ärzte und Psychotherapeuten ihren Patienten künftig digitale Gesundheitsanwendungen auf Kosten der GKV verordnen können. Dr. Gottfried Ludewig, Abteilungsleiter Digitalisierung beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG),

Für die Ersatzkassen hat eine gute, funktionierende Versorgung bei psychischen Erkrankungen seit jeher einen hohen Stellenwert.

Bild links oben Ulrike Elsner, vdek; Dr. Gottfried Ludewig, BMG

Bild links unten Maria Klein-Schmeink, Bündnis 90/Die Grünen; Dirk Heidenblut, SPD

Bild rechts Ulrike Elsner, vdek















Bild links Dr. Christina Tophoven, BPtK: Dr. med. Iris Hauth. DGPPN



erklärte dazu auf dem Zukunftsforum: "Damit die Versorgung in Deutschland patientenfreundlicher wird, ist Digitalisierung für uns kein Nebenaspekt mehr. Sie ist zentraler Bestandteil unserer Arbeit. Wir sorgen zum Beispiel dafür, dass sich Patienten bald nützliche und sichere digitale Anwendungen von ihrem Arzt verschreiben lassen können. Diese Angebote werden Therapeuten aber nicht ersetzen, sondern bei ihrer Arbeit unterstützen. Nach dem Prinzip: Psychotherapeut und App. Nicht App statt Psychotherapeut."

Aus der Politik waren neben dem BMG auch Dirk Heidenblut MdB (SPD), Ordentliches Mitglied im Ausschuss für Gesundheit des Bundestages, sowie Maria Klein-Schmeink MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, vertreten. Sie untermauerten die Bedeutung digitaler Anwendungen für die Patientenversorgung.

#### Therapie-Apps schneller in die Versorgung bringen

Die vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner fasste zum Abschluss des Zukunftsforums zusammen, dass "Therapie-Apps die Behandlung von leichten psychischen Erkrankungen unterstützen und in bestimmten Fällen eine face-to-face-Behandlung ersetzen können, etwa bei einer leichten Depression." Ein solches niedrigschwelliges Angebot könne gleichzeitig den positiven Effekt haben, dass mehr Therapieplätze für Patienten mit schweren psychischen Störungen zur Verfügung stehen. Es sei daher gut, dass diese Angebote mit dem DVG zukünftig schneller in die Regelversorgung kommen sollen. "Allerdings sollte bei dem vorgesehenen Bewertungsverfahren der Apps auch eine Nutzenbewertung erfolgen", so Elsner. Dafür sei der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das geeignete Gremium und nicht, wie im DVG vorgesehen, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). "Der Patientenschutz muss im Vordergrund stehen." Um Versicherte bei der Auswahl von Apps zu unterstützen, sei es zudem richtig, dass Krankenkassen ihre Versicherten nach dem neuen Gesetz künftig individuell über für sie passende Versorgungsangebote informieren können.



ZULASSUNGSVERFAHREN

### Gesundheits-Apps bald auf Rezept

Am 10. Juli 2019 hatte das Bundeskabinett den Entwurf für das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) beschlossen, das vermutlich noch im Herbst verabschiedet wird und im Januar 2020 in Kraft treten soll. Zentraler Inhalt des Gesetzesvorhabens ist ein Verfahren zur Aufnahme digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) in die Regelversorgung.

/Text/Raffaele Nostitz

ür viele Patienten sind Apps
für Smartphone und Tablet
sowie internetbasierte Programme schon längst eine
Selbstverständlichkeit, um
Unterstützung beim Erhalt
oder der Verbesserung ihrer
Gesundheit zu erhalten.
Das Angebot reicht von einfachen Fitness-

Das Angebot reicht von einfachen Fitness-Trackern über Erinnerungen für die Medikamenteneinnahme, Diabetiker-Tagebüchern bis hin zu komplexen therapeutischen Anwendungen, etwa im Bereich der Psychotherapie.

Solche Anwendungen, kurz DiGA, können Patienten bei entsprechender medizinischer Indikation künftig vom Arzt oder Psychotherapeuten auf Kosten ihrer Krankenkasse verschrieben bekommen. Somit können Versicherte dann entsprechende zugelassene medizinische Apps und onlinebasierte Therapieangebote auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nutzen. Damit will der Gesetzgeber Licht in

Das Gesetzesvorhaben setzt eine zentrale Forderung des vdek um. das unüberschaubare Angebot bringen und dafür sorgen, dass Patienten sichere und nachweislich nützliche Angebote in Anspruch nehmen können. Denn Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit ist, dass die DiGA ein entsprechendes Prüfungs- und Zulassungsverfahren durchlaufen hat. Insbesondere soll das Verfahren somit auch sicherstellen, dass es sich bei einer Anwendung um ein Medizinprodukt mit einem echten therapeutischen Nutzen handelt.

#### Zulassung durch das BfArM geplant

Die genauen Regeln für das Zulassungsverfahren stehen aktuell noch nicht fest. Geplant ist, dass beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ein Verfahren entwickelt wird, um die DiGA auf Datensicherheit. Datenschutz und Funktionalität zu überprüfen und zu bewerten, ob sie positive Versorgungseffekte bringt. In diesem Fall wird die App direkt in ein Verzeichnis der erstattungsfähigen DiGA aufgenommen. Gibt es noch keinen Nachweis positiver Effekte, wird die Anwendung stattdessen für ein bis zwei Jahre in der Versorgung erprobt und evaluiert. So gelangen insbesondere neue Programme möglichst zeitnah in die Versorgung. Welchen Erstattungsbeitrag der Hersteller ab dem zweiten Jahr in der Versorgung erhält, verhandelt er dann mit dem GKV-Spitzenverband.

Das Gesetzesvorhaben setzt eine zentrale Forderung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) um, damit digitale Innovationen schnell in die Versorgung gelangen können. Die Ersatzkassen sehen sich hier als Vorreiter und stellen ihren Versicherten schon jetzt zahlreiche Gesundheits-Apps und -programme zur Verfügung. Sehr kritisch gesehen wird allerdings, dass nicht der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als zuständiges Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung die Zulassung der DiGA übernehmen soll, sondern das BfArM. Außerdem sollte der ausgehandelte Preis für die Apps sofort ab Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis gelten, damit sichergestellt ist, dass Nutzen und Kosten von Beginn an in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen.



ONLINE-WAHLEN

### Stellschrauben für die Online-Sozialwahl stellen!

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und die Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen, Rita Pawelski, appellieren an die Politik, jetzt die notwendigen gesetzgeberischen Schritte zu unternehmen, damit bei der nächsten Sozialwahl 2023 neben der Briefwahl auch online abgestimmt werden kann. Eine Forsa-Umfrage und ein juristisches Gutachten unterstützen ihre Forderung.

In einer repräsentativen Forsa-Umfrage des vdek hatten sich zwei Drittel (64 Prozent) der befragten Ersatzkassen-Versicherten für die Einführung von Online-Wahlen ausgesprochen, bei den 16- bis 44-Jährigen waren es sogar 75 Prozent (Abb. 1). "Von Online-Wahlen erhoffen wir uns. dass sich vor allem noch mehr junge Menschen an der Sozialwahl beteiligen. Das würde ein Mehr an Demokratie im Bereich der Sozialversicherung bedeuten", betont der vdek-Verbandsvorsitzende Uwe Klemens. Auch die Versicherten glauben an die positive Auswirkung der Online-Wahl: Zwei Drittel (66 Prozent) der Befragten nehmen an, dass sich die Wahlbeteiligung durch Online-Wahlen etwas oder sogar deutlich erhöhen würde.

#### Online-Sozialwahl als Muster für Parlamentswahlen

Nach Auffassung der Ersatzkassen kann die Abstimmung per Mausklick bei der

Sozialwahl 2023 auch ein Muster für Online-Verfahren bei parlamentarischen Wahlen wie der Bundestagswahl sein. Technisch lässt sich eine zuverlässige, manipulationssichere Online-Wahl realisieren. Das zeigt nicht zuletzt das Beispiel Estland, wo bereits elf große Wahlen, darunter die letzte Europawahl, ohne nennenswerte Probleme online durchgeführt wurden. Rechtliche Bedenken zur Verfassungsmäßigkeit der Online-Stimmabgaben bei den Sozialwahlen gibt es laut eines wissenschaftlichen Gutachtens von Prof. Dr. Indra Spiecker genannt Döhmann nicht. Die Untersuchung der Jura-Professorin von der Goethe-Universität Frankfurt a.M. hat ergeben, dass das Verfassungsrecht einer Online-Stimmabgabe bei den Sozialwahlen 2023 nicht entgegensteht. Die Wahlgrundsätze der Verfassung sind laut Gutachten mit der Online-Wahl vereinbar. Wenn Online-Wahlen sicher ausgestaltet werden, sind sie gemäß Spieckers Untersuchungen rechtlich mit den Briefwahlen vergleichbar. / pm

#### **Sozialwahlen**

Die Sozialwahlen finden alle sechs Jahre statt. Sie sind mit mehr als 50 Millionen Wahlberechtigten nach Bundestags- und Europawahl die drittgrößten Wahlen in Deutschland. Bei den Ersatzkassen sind mehr als 21 Millionen Versicherte zur Wahl aufgerufen. Die nächsten Sozialwahlen finden 2023 statt.

Bei den Sozialwahlen wählen unter anderem die Versicherten der Ersatzkassen TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk und der Deutschen Rentenversicherung Bund ihre ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertreter direkt in die Verwaltungsräte und Vertreterversammlungen. Die Verwaltungsräte sind die wichtigsten Entscheidungsgremien der Ersatzkassen. Im Verwaltungsrat beschließen Versicherten- und Arbeitgebervertreter den Haushalt der Krankenkasse, kontrollieren den Vorstand, verabschieden die vielen innovativen Satzungsleistungen der Kasse und entscheiden über den gesundheitspolitischen Kurs der Ersatzkassen.



**Uwe Klemens** Verbandsvorsitzender des vdek

#### "Schritt zur Modernisierung"

Die Einführung von Online-Wahlen ist ein entscheidender Schritt zur Modernisierung der Sozialwahl und zur Stärkung der Sozialen Selbstverwaltung, auf die sich Union und SPD im Koalitionsvertrag festgelegt haben. Außerdem ist sie der Wunsch einer deutlichen Mehrheit der Versicherten der Ersatzkassen.



**Rita Pawelski**Bundeswahlbeauftragte
für die Sozialversicherungswahlen

#### "Gesetzgebungsmaschinerie in Gang setzen"

Die Politik muss sich jetzt entscheiden. Und sie muss die Gesetzgebungsmaschinerie jetzt in Gang setzen! Scheitern wir in den kommenden Monaten mit der Umsetzung des Anliegens, können wir frühestens in zehn Jahren bei den Sozialwahlen online wählen.

#### Online-Wahlen

Repräsentative Umfrage unter Ersatzkassenversicherten; Angaben in Prozent

#### Online-Stimmabgabe bei der Sozialwahl

Es würden die Möglichkeit, ihre Stimme bei der Sozialwahl als Alternative zur Stimmabgabe per Briefwahl auch online über das Internet abzugeben, grundsätzlich begrüßen

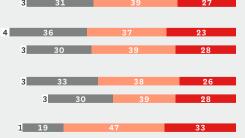
#### Online-Stimmabgabe bei der Bundestags-, Landtags- oder Kommunalwahl?

Es würden die Möglichkeit begrüßen, wenn sie ihre Stimme bei der Bundestags-, Landtags- oder Kommunalwahl auch online über das Internet abgeben könnten



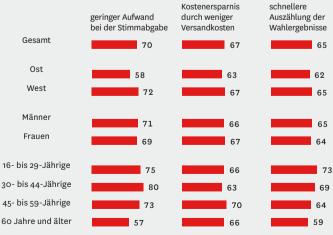
#### Auswirkungen auf die Wahlbeteiligung bei der Sozialwahl

Es sind der Meinung, dass sich durch die zusätzliche Möglichkeit, bei der Sozialwahl auch über das Internet zu wählen, mehr Menschen an der Sozialwahl beteiligen



#### Vorteile der Möglichkeit der Online-Stimmabgabe bei der Sozialwahl

Die Möglichkeit einer Online-Stimmabgabe bei der Sozialwahl hätte folgende Vorteile:



deutlich mehr etwas mehr keine größeren Auswirkungen

weiß nicht

Quelle: Forsa September 2019



### Steuerung der Krankenhausversorgung



Die strukturellen Herausforderungen im Krankenhausbereich sind groß: demografischer Wandel, Fachkräftemangel, medizinischer Fortschritt, Verbesserung der Versorgungsqualität. Dementsprechend gab es in den letzten Jahren viele Reformen. Und auch aktuell stehen mit der Notfallversorgung und der Abrechnungsprüfung zwei wichtige Themen der Krankenhausversorgung auf der politischen Agenda. Dennoch ist fraglich, ob mit den aktuellen Reformen die notwendigen strukturellen Veränderungen dauerhaft und nachhaltig erreicht werden können.

Eine qualitativ hochwertige Versorgung bedeutet ein gutes Fehlermanagement. Seit 2017 gibt es Zuschläge für Krankenhäuser, die an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen teilnehmen. Doch nicht einmal die Hälfte der Krankenhäuser beteiligt sich. Auch Zertifizierungen können die Betreuungsqualität von Patienten nachweislich verbessern, so wie das umfangreiche Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG). Wichtig ist auch, dass gute Innovationen den Patientinnen und Patienten schnell, aber kontrolliert verfügbar gemacht werden.

KRANKENHAUSVERSORGUNGSSTRUKTUREN

### Stillstand im Reformüberschuss

Das Bundesgesundheitsministerium legt derzeit einen Gesetzentwurf nach dem anderen vor. Die stationäre Krankenhausversorgung ist hiervon nicht ausgenommen und erhebliche finanzielle Mittel sollen in den Sektor fließen. Fraglich ist, ob die Reformvorhaben nachhaltig oder nur medienwirksam sind. Ebenso drängen sich die Fragen auf, ob die Qualitätsoffensive der Bundesregierung bisher Wirkung gezeigt hat, die Krankenhausstrukturen zukunftssicher und einerseits auf den demografischen Wandel – beispielsweise auf Fachkräftemangel, steigende Bedarfszahlen und Rentenlücke – sowie andererseits auf regionale Schieflagen vorbereitet sind.

/Text / Stefan Wöhrmann



Stefan Wöhrmann Abteilungsleiter Stationäre Versorgung beim vdek



eniger ist mehr oder, wie der Titel einer ARD-Reportage die Frage stellte: "Krankenhäuser schließen – Leben retten?". So könnte man das

Ergebnis der Bertelsmann-Studie "Zukunftsfähige Krankenhausversorgung" zusammenfassen. Die Erfahrungen aus anderen Ländern, aber auch erste Erkenntnisse aus der Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen oder der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren weisen auf die Vorteile einer konzentrierten und zentrierten Krankenhausversorgung in Bezug auf die Versorgungsqualität hin. Es gibt zu viele kleine Krankenhäuser, insbesondere in den Ballungsgebieten. So die Wissenschaft. In strukturschwachen ländlichen Regionen bedarf es hingegen einer Umwandlung bzw. Öffnung kleiner Krankenhäuser für außerstationäre Behandlungsformen.

#### Veränderung der Strukturen

Der bevorstehende demografische Wandel auf dem Arbeits- und Gesundheitsmarkt sowie regionale Wanderungen unterstreichen das Erfordernis nach Veränderung der Versorgungsstrukturen. Eine Reduzierung und Umwidmung von heute etwa 1.700 Krankenhäusern auf weniger als 600 Akutkliniken erfordert politischen Mut und hohe Investitionsmittel. Zumindest kurzfristig sind hier keine Änderungen zu erwarten. Wenn zukünftig ärztliches, therapeutisches und pflegerisches Personal immer knapper werden, scheidet Personal als Variable zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung mehr oder weniger aus. Die Variable ist dann die Krankenhaushäufigkeit bzw. die -fallzahl. Ambulant sensitive Fälle, die heute stationär versorgt werden, müssen künftig mehr denn je niederschwellig behandelt werden. Ansonsten drohen in absehbarer Zeit Versorgungsengpässe. Patienten werden hinsichtlich ihrer Lukrativität und nicht ihrer medizinischen Behandlungsbedürftigkeit versorgt.

Mit dem Notfallversorgungsgesetz wird dies ansatzweise berücksichtigt. In den neu vorgesehenen gemeinsamen Leitstellen und in







den integrierten Notfallzentren sollen Triagesysteme zum Einsatz kommen, mit denen Patienten hinsichtlich ihrer ambulanten oder stationären Notfallbehandlungsbedürftigkeit unterschieden werden können. Für elektive Behandlungen fehlen objektive Instrumente zur Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit.

Durch die Vorgabe einer Prüfquote von zehn Prozent im Jahr 2020, wie es das MDK-Reformgesetz vorsieht, wird die Möglichkeit einer Fehlbelegungsprüfung der Krankenkassen durch den Medizinischen Dienst (MD) stark eingegrenzt. Der Gesetzgeber sieht zwar einen neu gestalteten Katalog ambulanter Behandlungen durch Krankenhäuser vor. MD-Prüfungen sollen jedoch in diesem neuen Bereich ausgeschlossen werden. Ob dies für die Krankenhäuser als Anreiz ausreicht, die im Vergleich zu den Fallpauschalen (DRG) geringeren Erlöse anzunehmen, wenn gleichzeitig die Prüfquote für die Krankenkassen greift, bleibt abzuwarten. Die Indikationsqualität in deutschen Krankenhäusern bleibt folglich ungewiss.

uch eine gute Strukturqualität ist bei der derzeitigen Förderbereitschaft der Länder anzuzweifeln. Zu geringe Fördermittel werden letztendlich auf zu viele Krankenhäuser verteilt. Das Problem des Fachkräftemangels kommt bekanntermaßen noch hinzu. Es zeigt sich bereits im zweiten Jahr der Anwendung, dass die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aus der Richtlinie für Früh- und Reifgeborene von mehr als 87 Prozent der entsprechenden Kliniken nicht erfüllt werden können. Auch bei Personaluntergrenzen zeigt sich, dass es Defizite gibt. Leider verhindert die Durchschnittsbetrachtung, dass Kliniken sanktioniert werden. Dies bedeutet, dass es in einer einzelnen unterbesetzten Schicht für einen betroffenen Patienten dann zu einer Patientengefährdung kommen kann, die über Leben und Tod entscheidet.

Eine Ausweitung der Personaluntergrenzen trägt die Leistungserbringerseite nicht mit. Im Gegenteil, sie hält nicht viel von diesem Instrument. Sie will ein Personalbemessungsinstrument, das nicht Untergrenzen, sondern Sollbedarfe für eine angemessene



Eine gute Strukturqualität ist bei der derzeitigen Förderbereitschaft der Länder anzuzweifeln. Behandlung festlegt. Woher das Personal von dem – wie es die Krankenhausseite bezeichnet – "ausgefegten Arbeitsmarkt" genommen werden soll, bleibt unklar. Sollbedarfe liegen schließlich oberhalb der Untergrenzen. Die Leistungserbringerseite fordert daher mit Nachdruck eigentlich nur eine Sollbedarfsfinanzierung und keine -besetzung des Personals. Nachweise über die tatsächliche Stellenbesetzung lehnt sie vehement ab. Anders ausgedrückt, man will das Geld für einen fiktiven Bedarf einkassieren und das Personal nicht einstellen. Hier geht es um Gewinnmargen und nicht um Patientenversorgung.

ie Ergebnisqualität der Krankenhäuser hängt letztendlich
von der Erfahrung der Kliniken
ab. Der eingangs beschriebene
Konzentrationsprozess konnte
mit dem Strukturfonds allein noch nicht eingeleitet werden. Mindestmengenregelungen
gibt es nur für sieben Bereiche mit geringen
Hürden. Insofern bleibt es derzeit bei erheblichen qualitativen Unterschieden zwischen
den Krankenhäusern. Für den Patienten bleibt



es mehr oder weniger Glücksache, in welchem Krankenhaus er aufgenommen wird.

#### Strukturwandel ist auch Ländersache

Vor diesem Hintergrund ist interessant, wie die Länder mit dieser Problemlage umgehen. Sie haben den Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung inne und fallen bislang dadurch auf, dass sie nach mehr Kompetenzen rufen und sich schützend vor ihre Krankenhäuser stellen. Dabei geht es gerade um Krankenhäuser, die aufgrund fehlender Investitionsförderung nicht mehr leistungsfähig sind. Hinzu kommt in Schrumpfregionen, dass die Nachfrage stagniert oder zurückgeht, die Bedarfsnotwendigkeit nicht mehr gegeben ist und die Kliniken nicht mehr wirtschaftlich geführt werden können. Hierfür gibt es zwar den Sicherstellungszuschlag, der wirtschaftliche Probleme mit finanziellen Mitteln der Beitragszahler beheben kann. Wenn diese Krankenhäuser aber ein breites Leistungsspektrum anbieten wollen und die Fallzahlen zu gering sind, fehlt den Kliniken die Erfahrung, Patienten entsprechend zu behandeln.

Erfahrung lässt sich mit Geld nicht kaufen. Erfahrung lässt sich mit Geld nicht kaufen. In den Ballungsgebieten müssen diese Standorte konsequent aufgegeben werden. In ländlichen Regionen müssen diese Einrichtungen zu ambulant-stationären Versorgungszentren zur Grundversorgung umgewidmet werden. Dies setzt voraus, dass aufwendigere Behandlungen der Spezial- und Schwerpunktversorgung in die Großstädte verlagert werden. Dies stellt Anforderungen an die öffentliche Verkehrsinfrastruktur. Gesundheitsversorgung und Verkehrsinfrastruktur hängen in Zukunft mehr denn je miteinander zusammen. Heute findet jedoch eine mehr oder weniger isolierte Betrachtungsweise statt.

as Problem wird gerade dann in strukturschwachen ländlichen Schrumpfregionen zur Herausforderung, wenn es nicht mehr gelingt, ärztliches, therapeutisches und pflegerisches Personal in die Versorgungseinrichtungen zu bekommen. Die Schließung von Fachabteilungen in den Krankenhäusern aufgrund von Personalmangel ist jetzt schon immer häufiger zu beobachten. Auch in den Ballungsgebieten werben sich die Gesundheitseinrichtungen untereinander das Personal ab. Von außen kommt auf absehbare Zeit nicht mehr Fachpersonal auf den Arbeitsmarkt im Gesundheitssektor hinzu. Dennoch schreiben die Länder die Krankenhausstrukturen einfach nur fort. Besitzstandswahrung ist Trumpf. Nach 2031 hat die derzeit größte Altersgruppe der Babyboomer in Deutschland das Rentenalter erreicht. Jede zweite Stelle kann nach heutigen Erkenntnissen nicht mehr adäquat nachbesetzt werden. Diese Entwicklung ist absehbar. Auch, dass die Babyboomer dann verstärkt Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen werden.

Anstatt die Krankenhausstrukturen auf diese Entwicklung vorzubereiten, versucht man mit der Wiedereinführung des Kostenerstattungsprinzips für den Pflegedienst in Kliniken das Problem zu lösen. Dies ist genauso sinnvoll, als wolle man Feuer mit Benzin löschen. Wenn Bund und Länder eine absehbare Entwicklung ignorieren und nicht bereit sind, einen Strukturwandel der Krankenhausversorgung einzuleiten, werden sich diese Versäumnisse in absehbarer Zukunft bitter rächen.





INTERVIEW

### "Krankenhausplanung vom Kopf auf die Füße stellen"

In Deutschland gibt es derzeit rund 1.500 Akutkrankenhäuser und 500 Spezialkliniken, um die stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die Verantwortung für die Krankenhausplanung liegt bei den Bundesländern. Ist die derzeitige Krankenhausplanung noch zeitgemäß?

Der Gesundheitsökonom und gelernte Facharzt für Innere Medizin, Prof. Dr. Thomas Mansky, bis Ende 2018 an der Technischen Universität (TU) Berlin, gilt als anerkannter Kritiker der Krankenhauslandschaft. Im Interview mit ersatzkasse magazin. stellt er die Krankenhausstrukturen auf den Prüfstand.

/ Interview / Michaela Gottfried und Annette Kessen

#### Top-Hochleistungsmedizin auf der einen Seite, Qualitätsmängel auf der anderen. Wo verorten Sie die Krankenhausversorgung in Deutschland?

THOMAS MANSKY Deutschland hat überwiegend eine sehr gute medizinische Versorgung, die allerdings bei unterschiedlich guter medizinischer Qualität im Mittel hinter ihren Möglichkeiten zurückbleibt. Hervorzuheben ist der allgemeine Zugang zu medizinischen Leistungen mit sehr geringen Zuzahlungen bei freier Wahl des Leistungserbringers. Die Investitionsschwäche und erhebliche, sich aufstauende strukturelle Probleme führen allerdings dazu, dass Deutschland im internationalen Vergleich zunehmend zurückfällt.

#### 1.500 Akutkrankenhäuser, 500 Spezialkliniken. Brauchen wir so viele Kliniken?

Es geht nicht primär um die Frage der Schließung von Krankenhäusern. Es geht um notwendige Strukturveränderungen, um den Anforderungen der modernen Medizin gerecht zu werden und damit verbunden um die Verbesserung der medizinischen Qualität. Die derzeitige Krankenhauslandschaft wird nicht in der Lage sein, die medizinische Versorgung so zu erbringen, wie es nach den aktuellen medizinischen Standards nötig wäre. Alle reden vom medizinischen Fortschritt, aber tun so, als ob die Strukturen davon nicht betroffen wären. Wir machen die Medizin des 21. Jahrhunderts in den Strukturen des späten 20. Jahrhunderts. Viele Klinikstandorte wurden im 19. Jahrhundert geplant, zu ganz anderen Zwecken, etwa wegen Cholera-Epidemien. Natürlich haben sich die Krankenhäuser verändert, aber die historisch gewachsenen Versorgungsstrukturen sind heute nicht mehr adäguat, um eine zukunftsfähige Medizin zu erbringen. Daher brauchen wir einen Strukturwandel.

#### Was sind die Kernprobleme?

Ich sehe vier große Probleme, die die medizinische Versorgungsqualität beeinträchtigen: die apparative Ausstattung der Krankenhäuser, die personelle Ausstattung, der demografische Wandel und die nicht ausreichende Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer.

#### Wo liegt das Problem bei der apparativen Ausstattung?

Die Möglichkeiten zur apparativen Ausstattung hängen mit der Betriebsgröße

zusammen. Als die Krankenhäuser entstanden sind, gab es kein MRT, CT oder andere sehr teure Geräte, die ein Patient heute zu Recht erwartet. Diese in der Anschaffung und im Betrieb kostenintensiven Geräte können aber nur medizinisch und wirtschaftlich sinnvoll betrieben werden, wenn das Krankenhaus sie mit hinreichenden Fallzahlen auslasten kann. Ein Linksherzkatheterplatz müsste für die Notfallversorgung in einem 24-Stunden-Turnus betrieben werden. Ein Viertel der Krankenhäuser, die in Deutschland Herzinfarkte behandeln, behandelt aber weniger als 28 im Jahr, die Hälfte weniger als 72. Solche Kliniken können eine 24-Stunden-Versorgung kaum zu wirtschaftlich sinnvollen Bedingungen vorhalten. Das Auslastungsproblem im elektiven Einsatz umschiffen sie oft, indem sie solche Geräte gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten betreiben, sodass sich die Anschaffung durch ambulante Mitnutzung amortisieren kann. Das ist richtig, aber nur begrenzt möglich. Ferner besteht die Gefahr großzügiger Indikationsstellungen im elektiven Bereich, was die Versorgungsqualität mindert.

#### Wie sieht es mit der personellen Ausstattung aus?

Die personelle Ausstattung hängt mit der Spezialisierung in der Medizin zusammen. Im ärztlichen Bereich fand in den letzten Jahren eine sehr starke Spezialisierung statt. Früher gab es den Allgemeinchirurgen, der in einem kleinen Grundversorgungskrankenhaus die reguläre Bauchchirurgie betreiben, aber auch einen Unfall behandeln konnte. Heute müssen Sie dafür zwei Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen einstellen, einen Viszeralchirurgen und einen Unfallchirurgen. Ähnlich sieht es in der Inneren Medizin mit der Gastroenterologie und Kardiologie aus. Die kleinen Grundversorgungskrankenhäuser stützen sich ja vor allem auf diese zwei Bereiche, Chirurgie und Innere Medizin. Natürlich gibt es den Allgemeinchirurgen und den Allgemeininternisten noch, aber man könnte fast sagen, sie sind eine aussterbende Gattung, und in Zukunft wird es sehr schwierig, diese Stellen zu besetzen.

#### Der demografische Wandel als drittes Problem wirkt sich vor allem im Pflegebereich aus.

Der demografische Wandel führt heute schon

zu einem erheblichen Fachkräftemangel in der Pflege, obwohl wir erst am Anfang des demografisch bedingten Personaldefizits stehen. Der Bundesgesundheitsminister hat mit dem 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz das Pflegebudget aus dem DRG-Fallpauschalensystem ausgegliedert, um die Personalausstattung zu verbessern. Aber das ist derzeit für die Krankenhäuser ein Blankoscheck, den sie kaum einlösen können. Denn sie finden auf dem Markt keine Pflegekräfte. Damit nicht genug, dieser sogenannte Pflexit verursacht Nebenwirkungen: Die Krankenhäuser werben Pflegekräfte aus Altenheimen und Reha-Einrichtungen mit Prämien ab. Erste Pflegeheime müssen bereits schließen, weil sie nicht mehr genügend Pflegekräfte haben, um ihr Altenheim betreiben zu können. Als zweite Nebenwirkung setzen die Krankenhäuser neu gewonnene Pflegekräfte tendenziell wieder für bereits substituierte Aufgaben ein, beispielsweise krankenhausinterne Transporte oder Stationsassistenzen. Bereiche, in denen keine originär pflegerische Tätigkeit gefordert ist, übernimmt derzeit oft weniger qualifiziertes Personal, ein Trend, der richtig ist und angesichts des Mangels an Pflegekräften ausgebaut werden müsste, was aber durch das neue Gesetz konterkariert wird. Inwieweit die Anwerbung von Pflegekräften im Ausland eine Entlastung bringen wird, bleibt abzuwarten. Im Übrigen sei erwähnt, dass das neue Gesetz mit der Kostenerstattungsphilosophie die bestehenden, reformbedürftigen Strukturen eher zementiert - das Gegenteil von dem, was wir bräuchten.

#### Was bewirkt die mangelnde Investitionsfinanzierung der Länder?

Die Länder sind für die Investitionen, also unter anderem für die bauliche und apparative Ausstattung der Kliniken, zuständig. Die Krankenkassen sollen dagegen in der dualen Finanzierung nur die Betriebskosten finanzieren, die bei der Behandlung von Patienten entstehen. Die Investitionsquote der Länder betrug 2016 im Mittel 3,9 Prozent bei den Plankrankenhäusern, was zum Überleben nicht reicht. Diese Kennzahl, also der Anteil der Investitionen im Verhältnis zum Umsatz, muss – je nach Versorgungsstufe und Leistungsstruktur des Krankenhauses – bei acht bis 15 Prozent liegen. Andernfalls verfallen die

Wir machen die Medizin des 21. Jahrhunderts in den Strukturen des späten 20. Jahrhunderts.











Prof. Dr. med. Thomas Mansky, geboren 1953 in Bremerhaven, hat von 1972 bis 1979 Medizin in Göttingen studiert und war drei Jahre am Göttinger Max-Planck-Institut für biophysikalische Chemie in der Grundlagenforschung auf dem Gebiet der Neuroendokrinologie tätig. Er machte den Facharzt für Innere Medizin in Lübeck und habilitierte an der Technisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Lübeck im Rahmen seiner Forschungstätigkeit in der Medizinischen Informatik.



Kliniken mittelfristig und sie können ihren Gerätepark nicht modernisieren. Derzeit wird ein Großteil der Investitionen von den Krankenhäusern, die es können, über Gewinne aus dem operativen Geschäft finanziert. Was bedeutet, dass diese Investitionen mittelbar von den Krankenkassen finanziert werden. Dies wird von der Politik einerseits mit einem Augenzwinkern hingenommen, andererseits wird dann oft das "Gewinnstreben" der Krankenhäuser verteufelt – mehr Bigotterie geht kaum. Allerdings wäre mehr Geld allein natürlich nicht die Lösung für die Probleme in der Krankenhauslandschaft.

#### Nicht mehr nur Geld allein, aber was stattdessen?

Wir müssen die Krankenhausplanung bundesweit vom Kopf auf die Füße stellen. Wir brauchen keine Fortschreibung der bestehenden Strukturen, sondern ein Neudenken. In der momentanen Krankenhausplanung gelten die Strukturen als gesetzt. Entsprechend funktioniert die Planung überwiegend nach dem Rasenmähermodell: Es wird überall versucht, ein bisschen zu streichen. Gelegentlich wird umgewidmet, manchmal werden Abteilungen oder kleine Krankenhäuser geschlossen, aber nicht konsequent. Das reicht nicht. Genauso falsch ist der Ansatz, auf Teufel komm raus Krankenhäuser schließen zu wollen. Im Fokus müssen zukunftsfähige Versorgungsstrukturen stehen, die in der Lage sind, die Medizin nach heutigem und künftigem Stand anzubieten.

#### Wie lässt sich das umsetzen?

Wir brauchen leistungsfähige, gut ausgestattete zentralisierte Standorte und zusätzlich dort, wo es nötig ist, also im ländlichen Bereich, komplementär kleinere Grundversorger mit spezifiziertem Aufgabenzuschnitt in der Fläche und mit strukturierten Verlegungswegen in die zentralisierten Kliniken. Dabei müssen die Zentren gestärkt und ausgebaut werden, damit sie Versorgungsaufgaben der bisherigen kleinen Häuser übernehmen können. Natürlich kommt auch die Anzahl der Kliniken auf den Prüfstand, Schließungen werden sich als Folge daraus ergeben. Aber es muss deutlich werden, dass wir beide Seiten der Medaille brauchen: einen Abbau der nicht zukunftsfähigen Krankenhäuser und eine Stärkung der Zentren.

#### Woran machen Sie nicht zukunftsfähige Krankenhäuser fest?

Das sind vor allem nicht spezialisierte Krankenhäuser mit unter 300 Betten, die nicht die technischen Geräte und das entsprechend spezialisierte Personal vorhalten können. 2016 hatten wir dem Statistischen Bundesamt zufolge in Deutschland 1.064 Allgemeinkrankenhäuser mit weniger als 300 Betten. Von diesen überwiegend nicht spezialisierten Kliniken liegt etwa die Hälfte in städtischen Bereichen. Sind diese Kliniken versorgungsnotwendig? Um es mit Blick auf den Fachkräftemangel mal so zu sagen: Wir suchen Personal, das wir nicht haben, für Krankenhäuser, die wir zum Teil nicht brauchen. In den Städten kann ich natürlich rasch etwas ändern, weil sich hier die Frage nach der Erreichbarkeit nicht stellt. Bei der anderen Hälfte, also den ländlichen Versorgern, ist genau zu überlegen, wie man vorgeht und dort die Versorgung strukturiert. Das Krankenhaus auf Helgoland zum Beispiel hat auch eine kritische Größe, aber auf das wird man ganz sicher nicht verzichten wollen. Aber folgt daraus logisch, dass wir derartige Krankenhäuser in Berlin oder dem Ruhrgebiet brauchen? Dass in Deutschland 602 Krankenhäuser um 11.397 weit überwiegend planbare Bauchspeicheldrüsenoperationen konkurrieren, 38 Prozent davon unter der Mindestmenge, muss aufhören.\* Und warum werden in städtischen Bereichen Patienten mit Herzinfarkt in Kliniken ohne Linksherzkatheter behandelt, obwohl die nächste Klinik mit Linksherzkatheter um die Ecke liegt? In ihrem Bemühen zu überleben, expandieren kleinere Kliniken in Bereiche, für die sie nicht adäquat ausgestattet sind. Und dies, obwohl bei vielen komplexeren Krankheitsbildern die Qualität bei kleinen Fallzahlen im Mittel messbar schlechter ist. Dies sind Folgen des Überangebots an stationären Kapazitäten. Solche Strukturen führen zu einem Doppeleffekt: Einerseits werden Patienten in Kliniken behandelt, die für diese Behandlung nicht entsprechend ausgerüstet sind. Andererseits werden Zentren, die die benötigten Strukturen vorhalten, geschwächt, weil sie die Fälle, für deren Behandlung sie eingerichtet sind, nicht bekommen.

#### Welche Rolle spielt die Erreichbarkeit?

Es scheint zwar so, als ob Erreichbarkeit ein

großer Faktor wäre, gerade wenn wir an die Menschen denken, die gegen Krankenhausschließungen protestieren. Aber wenn diese Menschen zu Patienten werden, fragen sie nicht danach, wo das nächste Krankenhaus ist, sondern wo sie die beste Behandlung erhalten. Umfragen zufolge sind sie für eine qualitativ gute Behandlung durchaus bereit, 100 Kilometer Anfahrt in Kauf zu nehmen. Je schwerer das Krankheitsbild, umso größer die Bereitschaft, weit zu fahren. Es nützt dem Patienten nichts, wenn er in das Krankenhaus um die Ecke kommt, aber dann nicht so versorgt wird, wie es heute eigentlich Standard ist. Die Qualität der Versorgung hat also Priorität.

# Es gibt einige Versuche, die Krankenhausplanung stärker nach Qualität auszurichten.

Natürlich muss Qualität eine wesentliche Rolle spielen, aber nur nach Qualität zu planen, löst die Strukturprobleme nicht. Wir versuchen seit 30 Jahren auf Umwegen, etwa über Qualitätsmerkmale oder das Vergütungssystem, eine Strukturbereinigung zu erreichen. Gezeigt hat sich, dass keiner der Umwege zum Ziel führt. Wir reden von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, die derzeit einen minimalen Bereich der Medizin betrachten, hauptsächlich Gynäkologie und Geburtshilfe. Unbestritten brauchen wir Qualitätsindikatoren, genauso wie eine Qualitätsmessung, um im laufenden Betrieb die Qualität zu sichern. Und solange nicht an den Grundfesten des Systems gerüttelt wird, sind sie ein toller Ansatz. Aber wenn Sie sich das Strukturproblem vor Augen führen, sind es nur Mückenstiche in diesem Konglomerat.

#### Wie verhält es sich mit den Mindestmengen?

Die Mindestmengen, die es etwa für Knie-Operationen oder Lebertransplantationen schon gibt, sind ein bisschen mehr als Mückenstiche. Vorausgesetzt sie werden auch umgesetzt, sind sie unter den gegebenen Bedingungen wichtig, um wenigstens die allerschlimmsten Auswüchse der heutigen Strukturen unter Kontrolle zu halten. Wenn beispielsweise ein Krankenhaus drei bis fünf Bauchspeicheldrüsenoperationen im Jahr durchführt, ist das schlicht absurd. In solchen Fällen sind Mindestmengen nötig. Aber auch sie lösen nicht die Strukturkrise, in der wir uns befinden.

#### Gibt es Vorbildländer für eine Strukturreform?

Dänemark hat eine echte Strukturreform mit gezieltem Strukturaufbau durchgeführt, und das mit großem Erfolg, auch wenn hier und da Nachbesserungen nötig sein sollten. Es war eine klare politische Entscheidung. Dabei hat man der Bevölkerung klargemacht, dass für eine zukunftsfähige Medizin Reformen notwendig sind. Dänemark hat Krankenhäuser zusammengelegt und zentralisiert, wobei auch Standorte geschlossen und Betten abgebaut wurden. Aber etwas Neues ist entstanden. Dafür hat Dänemark eine erhebliche Menge an Geld in die Hand genommen. Umgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands investierte es über 70 Milliarden Euro. Aber es verteilte dieses Geld eben nicht mit der Gießkanne.

# Ist die Politik mutig und bereit für so eine klare Strukturreform?

Wir müssen der Wahrheit ins Auge sehen: Wir brauchen viel weniger Krankenhäuser und dies ist kein Sozialabbau, sondern bedeutet qualitativ eine Stärkung der medizinischen Versorgung. Im Moment sehe ich aber wenig Chancen, dass die notwendige Strukturreform politisch durchsetzbar ist. Die Politik hält mit Mühe ihre Koalitionen zusammen, die Wahlergebnisse kippen. Da bringt keine Partei den Mumm auf, ein kritisches Thema anzupacken. Zumal die Bundesebene den Ländern auch nicht einfach so die Verantwortung im Krankenhausbereich entziehen kann. Da muss noch viel Überzeugungsarbeit geleistet werden. Das Thema muss auch in der Öffentlichkeit richtig verstanden werden. Dazu können Institutionen wie die Krankenkassen beitragen. Denn eine Reform wird eher kommen, wenn der Druck auf das Bundesgesundheitsministerium so groß ist, dass die Politik gezwungen ist zu reagieren. Hinter vorgehaltener Hand ist auch die Rede davon, dass der Fachkräftemangel indirekt die Strukturreform erzwingen wird. Und es ist auch eine Frage der Betrachtung: Eine Strukturreform ist eine undankbare Aufgabe, solange man nur die Schließung von Krankenhäusern vor Augen hat. Aber es ist eine dankbare Aufgabe, wenn ein 70-Milliarden-Euro-Programm aufgelegt wird, um die Krankenhäuser gezielt zu modernisieren und eine zukunftsfähige Medizin sicherzustellen.

\* Zahlen von 2016

Von 1994 bis 1996 leitete Mansky die Hauptabteilung für Medizinische Leistungsplanung und Dokumentation bei der Gesellschaft Evangelische Krankenhäuser im Siegerland. Im Anschluss war er vier Jahre als Berater bei 3M Health Information Systems an der Vorbereitung und Einführung des DRG-**Systems** in Deutschland beteiligt. Von 2000 bis 2010 verantwortete er den Bereich Medizinische Entwicklung bei den HELIOS Kliniken. Anschließend leitete er neun Jahre das Fachgebiet Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen an der Technischen Universität (TU) Berlin.





EINFÜHRUNG VON HOCHPREIS-ARZNEIMITTELN

# Begleitende Qualitätssicherung gefordert

Immer mehr hochpreisige Arzneimittel und Methoden vor allem zur Behandlung von Krebs, etwa die CAR-T-Zelltherapie, drängen auf den Markt. Diese sind oft mit hohen Risiken für die Patientinnen und Patienten verbunden, der Langzeitnutzen ist noch unbekannt. Die Ersatzkassen wollen schwerkranken Versicherten Innovationen rasch zugänglich machen, wollen aber auch,dass dies kontrolliert passiert. Deshalb hat der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) gemeinsam mit dem Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und mit Unterstützung der Deutschen Krebsgesellschaft sowie der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie am Beispiel der CAR-T-Zelltherapie Forderungen aufgestellt, wie eine kontrollierte Einführung in die Regelversorgung aussehen sollte.

> "Nutzen und Qualität müssen im Vordergrund stehen, keine Gewinninteressen von Pharmaherstellern."

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

# M

it der CAR-T-Zelltherapie entwickelten zwei Pharmaunternehmen eine neuartige Krebsimmuntherapie. Seit August 2018 sind die Präparate in

Deutschland für die Behandlung von Patienten und als Drittlinientherapie für aggressive Varianten von Leukämie und Lymphomen zugelassen. Die Kosten der reinen Zelltherapie liegen bei ca. 320.000 Euro pro Patient. In den nächsten Jahren sind weitere Therapieverfahren zu erwarten, verbunden mit ähnlich hohen Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Hinzu kommen die Behandlungskosten; diese können insbesondere bei häufig auftretenden Komplikationen sehr hoch sein.

Für die bisher im Rahmen der CAR-T-Zelltherapie zugelassenen Indikationen kommen etwa 1.200 bis 1.400 an Blutkrebs erkrankte Patienten pro Jahr infrage. Für das Jahr 2019 haben 107 Krankenhäuser bereits Anträge gestellt, um das Verfahren im Rahmen einer Regelung für Neue Untersuchungsund Behandlungsmethoden (NUB) zu erbringen. Die Forschung und Entwicklung dieser Zelltherapieverfahren erfolgte maßgeblich in Universitätskliniken und wurde dann von der Industrie übernommen.

Hochpreisige Behandlungsverfahren für seltene Erkrankungen oder beschleunigt zugelassene Medikamente bieten Chancen und Risiken zugleich. Die Evidenz ist häufig niedriger. Andererseits können medizinische Innovationen schneller in die Versorgung gelangen; dies ist im Interesse der Patienten. Allerdings müssen die Risiken der geminderten Evidenz abgefangen werden.

# Forderungen zur Einführung hochpreisiger neuer Behandlungsverfahren:

#### 1. Standards der Zulassung beibehalten

Eine Absenkung der Anforderungen bei der Bewertung des Arzneimittels durch die Zulassungsbehörden darf nicht erfolgen. Auch Patientinnen und Patienten mit seltenen oder schwerwiegenden Erkrankungen müssen sich auf eine positive Nutzen-Risiko-Abwägung verlassen können.

# Schnellen Zugang unter Evaluationsbedingungen ermöglichen

Gerade Patientinnen und Patienten, bei denen Standardtherapien nicht zu dem erhofften Erfolg geführt haben, sollen einen schnellen Zugang zu neuen Behandlungsmethoden erhalten. Diese neuen, aber auch risikoreichen Behandlungsmethoden müssen grundsätzlich in adäquate Evaluationsverfahren eingebunden werden.

# Vorgeschaltetes NUB-Verfahren an Innovationszentren

Bevor neue Behandlungsverfahren für seltene Erkrankungen oder Medikamente mit beschleunigten Zulassungsverfahren in die Regelversorgung bzw. -finanzierung gelangen, sollten sie in einem mit der Zulassung beginnenden vorgeschalteten NUB-Verfahren ausschließlich in Innovationszentren angewendet und evaluiert werden. Die Innovationszentren müssen in der Lage sein, Patientinnen und Patienten über einen längeren Zeitraum zu begleiten, auch wenn diese nicht im unmittelbaren Behandlungsumfeld des Innovationszentrums leben, etwa über Hochschulambulanzen oder kooperierende Zentren. Zudem müssen sie Erkenntnisse über den Behandlungserfolg feststellen und dokumentieren, um ggf. an gesetzlich zu verankernden zentralen Studien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder Registern mitzuwirken.

# Nachhaltiger Nutzen muss nachgewiesen sein

Darüber hinaus müssen diese Innovationszentren aktiv an der Erforschung der Verfahren mitwirken, über umfangreiche medizinische Erfahrung in der Anwendung einschlägiger Verfahren in der Patientenversorgung verfügen und qualitätsgesichert risikoreiche innovative Behandlungsmethoden in die Patientenversorgung einführen können. Erst wenn der nachhaltige Nutzen dieser Behandlungsverfahren oder Medikamente nachgewiesen worden ist, dürfen sie, wenn dies sinnvoll ist, in die Regelversorgung bzw. -finanzierung auch außerhalb der Innovationszentren überführt werden.

"Entscheidend für die Patientinnen und Patienten: Der zeitnahe Zugang zu dieser Therapie sollte für alle möglich sein, die davon profitieren können."

Dr. Johannes Bruns, Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)

"Auch an die behandelnden Einrichtungen müssen hohe Qualitäts-und Strukturanforderungen gestellt werden."

Prof. Dr. Bernhard Wörmann, Medizinischer Leiter Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)

"Ziel ist es, dass Zentren rechtssicher und wirtschaftlich tragbar 'Eigenherstellung' betreiben können."

Ralf Heyder, Generalsekretär des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)

### 4. Kontrollierte Einführung in qualitätsorientierten Angebotsstrukturen schaffen

Diese innovativen Verfahren sollten gerade in der Einführungsphase nur von wenigen Zentren erbracht werden, die in der Forschung und Patientenversorgung über eine ausgewiesene Expertise für die entsprechenden Methoden und Verfahren verfügen. Diese Zentren müssen sich an spezifischen Qualitätssicherungsverfahren sowie ggf. an einem entsprechenden industrieunabhängigen Register beteiligen. Die begleitende Betreuung und Nachsorge kann in Kooperation mit geeigneten Leistungserbringern erfolgen. Der G-BA sollte Prozess- und Strukturkriterien für die Zentren festlegen. Nur so können wegen der insgesamt kleinen Patientenzahl ausreichend und schnell qualitätsgesicherte Erfahrungen, etwa über den Erfolg und Misserfolg sowie die Präzisierung der Indikationsstellung, gesammelt werden. Gerade bei lebensbedrohlichen Erkrankungen ist schneller Erkenntnisgewinn für die Betroffenen existenziell wichtig.

#### 5. Forschung und Eigenherstellung fördern

Die Erforschung und Entwicklung neuer Genund komplexer Zelltherapieverfahren muss industrieunabhängig möglich werden. Dies setzt eine entsprechende Finanzierung in den Innovationszentren voraus. Zudem benötigen die Innovationszentren eine adäquate Infrastruktur für die Eigenherstellung entsprechender Arzneimittel. Um diese Infrastruktur aufbauen zu können, müssen die für die Eigenherstellung einschlägigen Regularien so ausgestaltet werden, dass Innovationszentren rechtssicher und planbar Eigenherstellung wirtschaftlich betreiben können.

# 6. Preisbildung überdenken und langfristigen Finanzierungsrahmen schaffen

Die für die Hersteller geltenden Regeln bei der Preisbildung von Arzneimitteln für die Behandlung von seltenen Erkrankungen müssen rechtlich so gestaltet sein, dass die Solidargemeinschaft nicht überfordert wird. Es muss ein Rahmen geschaffen werden, der konjunkturunabhängig die Finanzierbarkeit der Behandlungen aller versicherten Patientinnen und Patienten garantiert. \*/ pm



**GUTACHTEN** 

# MDK-Abrechnungsprüfung reformieren

Die Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) führen zu zunehmend strittigen Debatten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, weshalb der Gesetzgeber eine Reform plant. Die Institute for Health Care Business GmbH (hcb) hat in einem Gutachten drei alternative Maßnahmenbündel als Vorschläge entwickelt, welche eine effizientere und konfliktfreiere MDK-Abrechnungsprüfung ermöglichen.

/Text/Boris Augurzky und Antonius Reifferscheid

D

ie Zahl der MDK-Prüfungen hat zuletzt weiter zugenommen und damit auch die Zahl der Konflikte und der Gerichtsverfahren. Die Rückforderungen der Kassen stiegen im Jahr 2018 auf fast drei Milliarden Euro.

Ein weiterer Anstieg ist zu erwarten. Krankenhäuser, die MDK und Sozialgerichte arbeiten jedoch bereits an ihren Belastungsgrenzen.

In einem Projekt für den Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) haben wir Reformvorschläge für die Krankenhausabrechnungsprüfung entwickelt. Dazu haben wir 30 Experten von Krankenhäusern, Krankenkassen, den MDK und weiteren Verbänden interviewt: Die zentralen Problembereiche betreffen Prüfungen der primären und sekundären Fehlbelegung sowie der Diagnosen und Prozeduren – auch im Rahmen von Strukturprüfungen. Außerdem gibt es Konfliktpunkte unter anderem hinsichtlich der Datenübermittlung, der Durchführung der Prüfung und

der Ergebnisbegründung. Auf dieser Basis haben wir drei alternativ zu verstehende Maßnahmenbündel entwickelt.

Das Maßnahmenbündel "Scoringmodell" setzt darauf, Krankenhäuser im Hinblick auf ihr Abrechnungsverhalten in "unauffällige" und "auffällige" Häuser einzuteilen ("Scores") und dementsprechend unterschiedlich zu prüfen. Auffällige Häuser werden verstärkt kontrolliert, unauffällige entlastet. Für ein Grundniveau an Prüfungen entstehen den Kassen keine Kosten. Bei Krankenhäusern mit gutem Score kann eine Krankenhausern mit gutem Score kann eine Krankenhausern bei solchen mit schlechtem Score beispielsweise 15 Prozent sind. Oberhalb dieser Schwellen entstehen den Kassen Kosten für jede weitere Prüfung.

Für die einzelne Kasse besteht somit ein Anreiz, oberhalb der Schwelle die zu prüfenden Fälle im Hinblick auf die Höhe der Rückforderung und die Erfolgswahrscheinlichkeit zu selektieren. Damit umgeht das Scoringmodell mögliche Fehlanreize, die mit einer strikten maximalen Prüfquote einhergehen. Für die Krankenhäuser wird im Gegenzug ein Anreiz zur korrekten Abrechnung gesetzt, um einen guten Score zu bekommen.

#### Das Maßnahmenbündel "Stichprobenprüfung"

beinhaltet ein Stichprobenverfahren mit Hochrechnung auf die Grundgesamtheit. Durch die Ziehung einer repräsentativen, geschichteten Zufallsstichprobe nach einheitlichen Regeln aus allen abgerechneten Fällen eines Krankenhauses, das heißt aus der Grundgesamtheit, kann der Prüfaufwand auf die Größe der Stichprobe begrenzt werden. Die Ziehung könnte der MDK vornehmen. Die einzelnen Krankenkassen haben dabei keinen Einfluss auf Umfang und Art der vom MDK zu prüfenden Fälle. Gleichzeitig ermöglicht die Hochrechnung der Ergebnisse eine statistisch fundierte Abschätzung des gesamten Rückforderungsvolumens. Um erste Erfahrungen mit der Stichprobenprüfung zu sammeln, soll sie zunächst nur für sekundäre Fehlbelegungsprüfungen eingesetzt werden.

Das Maßnahmenbündel "Prüfrechtehandel" begrenzt den Aufwand des MDK-Prüfsystems auf der Systemebene, nicht jedoch auf



Prof. Dr. Boris Augurzky Geschäftsführer hcb sowie Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung



**Dr. Antonius Reifferscheid** Senior Berater hcb

Hausebene. Dazu wird eine vorab vorgegebene Menge an Prüfrechten – beispielsweise 2,5 Millionen – an die Krankenkassen gemäß ihrer Anteile an allen Krankenhausfällen ausgegeben. Eine Kasse kann ein Prüfrecht dazu nutzen, um entweder Abrechnungen zu prüfen oder das Recht an eine andere Kasse zu verkaufen, die damit eine zusätzliche Prüfung ihrer Abrechnung beim MDK einleiten kann. Der Preis eines Prüfrechts bestimmt sich allein über Angebot und Nachfrage.

Für eine Krankenkasse ist es wirtschaftlich sinnvoll, ein Prüfrecht an eine andere Kasse zu verkaufen, wenn sein Preis die durchschnittlich erwartete Rückforderung übersteigt. Umgekehrt lohnt sich der Ankauf eines Prüfrechts, wenn die zu erwartende Rückforderung bei einer Prüfung höher als der Preis des Prüfrechts ist. Damit wird ein ähnlicher Effekt wie im Scoringmodell erreicht: Je mehr eine Kasse prüfen möchte, desto teurer wird es für sie. Auf feste Obergrenzen auf Hausebene kann verzichtet werden.

# Ergänzende Maßnahmen

Als weitere Bestandteile aller drei Maßnahmenbündel sind ergänzende Maßnahmen vorgesehen. So sollen prospektive verbindliche und bundesweit einheitliche Strukturprüfungen die Menge an Einzelfallprüfungen reduzieren. Die primären Fehlbelegungsprüfungen sind unter anderem Ausdruck fehlender ambulanter Abrechnungsmöglichkeiten für Krankenhäuser und durch passende Ausgestaltung der Anreize zu reduzieren. Idealerweise werden über Budgetansätze Anreize derart gesetzt, dass ein Krankenhaus aus Eigeninteresse eine ambulante Leistungserbringung forciert. Alternativ könnten die Kriterien der primären Fehlbelegung präzisiert werden. Bei einer solchen Neugestaltung der Vergütung ambulantisierbarer Fälle ist eine Abschaffung der unteren Grenzverweildauer (UGVD) denkbar. Ohne eine solche Neugestaltung ist die Abschaffung jedoch kritisch zu sehen, weil damit die Vergütungsdifferenz zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung noch ansteigen würde. Weitere Vergütungssprünge, wie zum Beispiel bei Beatmungsstunden, sollten ebenfalls abgebaut werden.

Alle Maßnahmenbündel sind relativ kurzfristig umsetzbar. Darüber hinaus sollte der bundesweite Schlichtungsausschuss neu ausgestaltet werden und regelmäßig verbindliche Entscheidungen zu den häufigsten Streitfällen treffen, um "Graubereiche" sukzessive abzubauen. Eine Voraussetzung dafür ist die Schaffung von Transparenz über das Abrechnungsverhalten und über das Prüfverhalten durch die Erstellung von regelhaften Statistiken des MDK.

Ebenfalls ist ein bundesweit einheitlicher maschineller Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und dem MDK einzuführen. Auch sollen Krankenhäuser die vollständigen MDK-Gutachten erhalten, um Entscheidungsgründe im Detail nachvollziehen zu können. Zur Entlastung der Sozialgerichte soll vor Einreichung einer Klage ein verbindlicher Einigungsversuch zwischen Krankenhaus und Krankenkasse stattfinden, bei dem ein neutraler Mediator eingesetzt wird.

ine Abschaffung von Rechnungs-

und Datenkorrekturen kann den Aufwand der MDK reduzieren. Überdies sollen Kassen weiterhin durch MDK-Gutachten gestützte Forderungen aufrechnen dürfen - jedoch künftig nur noch innerhalb eines Jahres -, weil ein generelles Aufrechnungsverbot die Anzahl der Klagen vor den Sozialgerichten stark erhöhen könnte. Auf die bisherigen Aufwandspauschalen soll verzichtet werden. Denn in den Maßnahmenbündeln "Scoringmodell" und "Prüfrechtehandel" fallen für Kassen ab einer bestimmten Menge Kosten für Prüfungen an, und im Maßnahmenbündel "Stichprobenprüfung" ist die Stichprobe und damit der Prüfaufwand ohnehin ex ante fest definiert.

Alle Maßnahmenbündel sind relativ kurzfristig umsetzbar. Sie begrenzen den Prüfaufwand, setzen Anreize zur korrekten Abrechnung, verringern das Fehlerpotenzial und tragen zur Optimierung des Prüfverfahrens bei. Vom Gesetzgeber wird derzeit die Einführung eines Scoringmodells favorisiert, das je nach Scoring eines Krankenhauses eine maximale Prüfquote vorsieht. Unser vorgeschlagenes Scoringmodell ist dagegen flexibler und vermeidet Fehlanreize von maximalen

Prüfquoten.

> Seiten 8 und 19



7FRTIFI7IFRIING

# Qualität bei der Krebsbehandlung

Fast jeder zweite Mensch in Deutschland erkrankt im Laufe seines Lebens an Krebs. Die Behandlung von Krebs verlangt eine umfassende Herangehensweise, um den rasanten wissenschaftlichen Fortschritt zu berücksichtigen. Um die Qualität der Betreuung von Patienten, die an Krebs erkrankt sind, zu verbessern, hat die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG) ein System zur Zertifizierung von Behandlungseinrichtungen entwickelt.

/Text / Simone Wesselmann und Clara Breidenbach

K

rebserkrankungen sind komplex: Sie können unterschiedliche Körperbereiche betreffen, sie lassen sich mit verschiedensten häufig sehr langwierigen Therapieansätzen behandeln, und sie

greifen nachhaltig in das gewohnte Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen ein. Die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG) hat es sich deshalb zur Aufgabe gemacht, die Betreuung von Krebspatientinnen und Krebspatienten zu verbessern und ihnen in jeder Phase ihrer Erkrankung eine Behandlung zu ermöglichen, die sich an hohen Qualitätsmaßstäben orientiert. Mit über 8.000 Einzelmitgliedern ist die DKG die größte wissenschaftliche Fachgesellschaft im deutschsprachigen Raum, die sich mit der Entstehung, Entwicklung und Behandlung von Krebserkrankungen auseinandersetzt.

Seit 2003 weist die DKG zertifizierte Krebszentren aus, die Qualität für alle Schritte bei der Diagnostik und Behandlung einer Krebserkrankung gewährleisten können. Über 255.000 Patientinnen und Patienten mit der Erstdiagnose Krebs wurden im Jahr 2017 in zertifizierten Krebszentren behandelt. Im Juni 2019 gab es 1.425 zertifizierte Standorte in Deutschland und 88 Standorte im Ausland. Dabei handelt es sich um Behandlungseinrichtungen, die bestimmte Anforderungen bei der Krebsbehandlung erfüllen und sich einer regelmäßigen Überprüfung erfolgreich unterziehen. An dem Gütesiegel können sich Betroffene und Angehörige orientieren, wenn sie sich für einen Behandlungsort entscheiden.

# Verschiedene Fachrichtungen

Zertifizierte Krebszentren sind Netzwerke aus qualifizierten und gemeinsam zertifizierten Einrichtungen verschiedener Fachrichtungen und Sektoren, die eng zusammenarbeiten und Menschen mit einer Krebserkrankung umfassend betreuen. Sie bestehen aus stationären und ambulanten Einrichtungen. Zertifizierte Krebszentren sind also nicht nur auf Krankenhäuser beschränkt, sondern beziehen weitere Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses ein, zum Beispiel Selbsthilfegruppen und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

Neben der medizinischen Betreuung erhalten alle Patientinnen und Patienten in zertifizierten Krebszentren die Möglichkeit, mit dem Sozialdienst und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Psychoonkologie zu sprechen und somit Unterstützung bei den finanziellen, sozialen und emotionalen Herausforderungen zu erhalten, die eine Krebserkrankung mit sich bringt.

ür die häufigsten Krebsarten wie Brustkrebs, Prostatakrebs, Darmkrebs, Hautkrebs, Lungenkrebs und gynäkologische Krebserkrankungen sind zertifizierte Krebszentren flächendeckend in ganz Deutschland vorhanden. Aber auch für seltene Krebserkrankungen wie beispielsweise Tumore, die vom Weichteilgewebe oder von den Knochen ausgehen (Sarkome), gibt es mittlerweile spezialisierte zertifizierte Zentren. Darüber hinaus spezialisieren sich einige Zentren auf mehrere Organe und Fachbereiche (Onkologische Zentren) oder auf unterschiedliche Krebserkrankungen im Bauchraum oder der



PD Dr. med. Simone Wesselmann, MBA Bereichsleitung Zertifizierung, Deutsche Krebsgesellschaft



Clara Breidenbach Referentin Zertifizierung, Deutsche Krebsgesellschaft

Harnorgane (Viszeralonkologische Zentren, Uroonkologische Zentren).

Mit dem Zertifizierungssystem hat sich die Art, Krebs zu behandeln, grundlegend verändert: Nicht mehr nur ein Arzt oder eine Ärztin betreut einen an Krebs erkrankten Menschen, sondern Expertinnen und Experten aus verschiedenen Fachbereichen arbeiten zusammen. Zertifizierte Krebszentren gibt es flächendeckend, der größte Teil der Krebspatientinnen und -patienten lässt sich dort behandeln. So verbessern zertifizierte Krebszentren nachweislich und effektiv die Krebsversorgung und sind damit beispielgebender Vorreiter im Gesundheitssystem.

# Strenge Kontrollen

Zentren mit einer Zertifizierung der DKG unterziehen sich jedes Jahr einer strengen Qualitätskontrolle und müssen dabei nachweisen, dass sie die fachlichen Anforderungen erfüllen. Das bedeutet: Sie müssen aufzeigen, dass sie über das nötige Wissen und die erforderliche Ausstattung (Technik, Personal) für die Behandlung von Krebspatientinnen und Krebspatienten verfügen.

Beispielsweise wird überprüft, wie viele Komplikationen bei Operationen auftreten, ob sich das Personal ausreichend fortbildet und in Stichproben, ob die Behandlung von Betroffenen dem neuesten wissenschaftlichen Stand entspricht. Außerdem müssen zertifizierte Zentren gewährleisten, dass die Behandlung von jeder Patientin bzw. jedem Patienten in einer Tumorkonferenz besprochen wird. Dort kommen die an der Behandlung beteiligten Fachleute zusammen und sprechen für jeden Patienten und jede Patientin Empfehlungen für das weitere Vorgehen aus.

# Fortlaufende Weiterentwicklung

Die Anforderungen an die Zentren werden anhand des aktuellen Forschungsstands – der Leitlinien – kontinuierlich gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Fachgesellschaften, Berufsverbände, Arbeitsgemeinschaften und Patientenverbände erarbeitet. In einem weiteren Schritt überprüfen unabhängig davon Fachärztinnen und Fachärzte, die über eine entsprechende Zusatzqualifikation verfügen, die Zentren vor

Ort. Die Entscheidung über die Zertifikatsvergabe trifft schließlich eine dritte Instanz, der Ausschuss Zertifikatvergabe. So wird sichergestellt, dass der Zertifizierungsprozess eines Zentrums nicht durch potenzielle Interessenskonflikte beeinflusst wird.

Für eine möglichst hohe Transparenz wird die Qualität der Behandlung zudem in den Zentren dokumentiert, ausgewertet und in Jahresberichten veröffentlicht. Die einzelnen Zentren reflektieren ihre Ergebnisse und (wenn nötig) verbessern ihre Strukturen und Prozesse mit geeigneten Maßnahmen.

as Zertifizierungssystem entwickelt sich fortlaufend weiter und berücksichtigt neue Erkenntnisse. Aktuelle Projekte sind etwa die Studien EDIUM und PCO, in denen Patientinnen und Patienten in Darm- und Prostatakrebszentren über ihre

Darm- und Prostatakrebszentren über ihre Symptome, Einschränkungen und Lebensqualität berichten.

So wird die Patientenperspektive vermehrt einbezogen und es wird überprüft, inwieweit die Qualität bei den Patientinnen und Patienten in den zertifizierten Zentren ankommt. Zudem können sich seit April 2019 Menschen mit Darm- oder Prostatakrebs eine ärztliche Zweitmeinung aus einem zertifizierten Zentrum einholen.

Unabhängige Studien zeigen, dass in zertifizierten Krebszentren behandelte Patientinnen und Patienten ihre Krebsbehandlung länger überleben als Erkrankte, die in nicht-zertifizierten Krankenhäusern behandelt wurden: Sowohl in Brust- als auch Darmkrebszentren behandelte Patientinnen und Patienten überleben eher als Krebserkrankte, die in nicht-zertifizierten Behandlungseinrichtungen versorgt werden; in zertifizierten Darm- und Lungenkrebszentren sterben weniger Patientinnen und Patienten nach einer Operation als in nicht-zertifizierten Einrichtungen. Zudem erholen sich Patienten in zertifizierten Prostatakrebszentren besser und schneller nach einer Operation und werden frühzeitiger entlassen als in Krankenhäusern ohne Zertifizierung.

Alle zertifizierten Krebszentren sind auf dem DKG-Portal OncoMap aufgelistet. In der öffentlichen Datenbank kann bspw. nach Krebsart und Ort gesucht werden.

# Zertifizierte Krebszentren

der Deutschen Krebsgesellschaft im Überblick

7.425 zertifizierte Standorte für verschiedene Krebsarten in Deutschland (Stand Juni 2019)

Wie wird die Qualität in zertifizierten Krebszentren festgestellt?

- Wissenschaftlich fundiert, fachliche Anforderungen
- Jährliche, unabhängige Überprüfung
- Qualität der Behandlung wird dokumentiert, ausgewertet, reflektiert, und (wenn nötig) mit geeigneten Maßnahmen verbessert

Wie finde ich zertifizierte Krebszentren?

www.oncomap.de

Zweitmeinung aus zertifizierten Darm- und Prostatakrebszentren

www.krebszweitmeinung.de

Qualitätsgesicherte Informationen zu Krebserkrankungen, Diagnose und Therapie

www.leitlinienprogrammonkologie.de/patientenleitlinien

Quelle: DF



#### FEHLERMELDESYSTEME

# Wesentliches Instrument der Patientensicherheit

In einem Krankenhaus arbeiten täglich hunderte Mitarbeiter mit vielen Patienten zusammen. Dabei treffen Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen und Sprach- und Bildungskenntnissen aufeinander. Und das alles im hochkomplexen Bereich der Krankenhausversorgung. Dass dabei Fehler passieren, ist normal. Was gute von weniger guten Krankenhäusern unterscheidet, ist der Umgang mit diesen Fehlern.

/Text / Dorothee Krug



Dorothee Krug Abteilung Stationäre Versorgung beim vdek

S

eit Mitte 2017 gibt es neben bereits verpflichtenden internen Fehlermeldesystemen Zuschläge für Krankenhäuser, die freiwillig an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen teilnehmen. Mitarbeiter verschiedener Krankenhäuser können anonym

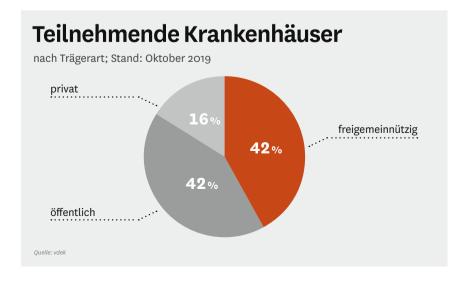
Fehler und "Beinahe-Fehler" in eine Datenbank eingeben. So kam es zum Beispiel dazu, dass ein Patient mit einer Penicillin-Allergie

dennoch ein penicillin-ähnliches Anitibiotikum erhielt, weil die Ärzte bei der Verordnung des Medikaments den Allergiehinweis in der Patientenakte nicht berücksichtigten. Hinzu kam, dass dies schon einmal bei dem Patienten passiert war. Man hatte ihm aber keinen Allergiepass ausgestellt. So konnte der Patient auch nicht selbst dazu beitragen, den Fehler rechtzeitig zu erkennen. Er wusste nicht, dass er eine Allergie hatte.

In einem guten Fehlermeldesystem wird jeder Eintrag von einer Expertengruppe ausgewertet. Die Experten empfehlen dann, welche Veränderungen vorgenommen werden können, um diesen Fehler oder "Beinahe-Fehler" in Zukunft zu vermeiden. In dem Fall des Patienten mit Penicillin-Allergie empfahlen die Experten, konsequent Patienten und ihre Angehörigen über eine festgestellte Allergie zu informieren und immer einen Allergiepass auszustellen. Zudem sollte die Computersoftware der medizinischen Einrichtung so programmiert werden, dass sie erkennt, wenn einem Patienten mit einer Allergie ein entsprechendes Rezept ausgestellt wird und dann einen Warnhinweis ausgibt.

# Risiken und Fehlerquellen erkennen

Fehlermeldesysteme helfen dabei, Risiken und Fehlerquellen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu erkennen und kritische und unerwünschte Ereignisse zukünftig zu vermeiden. Sie sind damit ein wesentliches Instrument der Patientensicherheit. Es ist daher nicht verständlich, warum noch nicht alle Krankenhäuser in Deutschland entsprechende Systeme für sich nutzen. Von rund 1.800 Krankenhäusern nehmen derzeit nur 688 Krankenhäuser an den einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen teil und erhalten hierfür einen Zuschlag von den Krankenkassen. Das ist nicht einmal die Hälfte aller Krankenhäuser. Auswertungen des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) zeigen, dass insbesondere Krankenhäuser privater Träger seltener Fehlermeldesysteme anwenden. Über die Gründe hierfür kann nur spekuliert werden. Die geringe Teilnehmerzahl ist aber Anlass genug, das Thema der Fehlermeldesysteme noch einmal politisch auf den Prüfstand zu stellen.



# **BIBLIOTHEK**

PERSPEKTIVEN

# Digitaler Wandel im Gesundheitswesen

Der vorandrängende digitale Wandel auch im Gesundheitswesen führt zu grundsätzlichen Veränderungen in der Gesundheitsversorgung und schafft neue Möglichkeiten der Diagnostik, Therapie und Prävention. Aber wie ist der aktuelle Stand der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen? Welche Herausforderungen und Potenziale bringt der digitale Wandel mit sich und in welchen Bereichen besteht noch Handlungsbedarf? Diese Fragen beantworten Autoren unterschiedlicher Disziplinen in ihren Beiträgen. Dabei arbeiten sie die aktuelle Situation der digitalen Transformation im deutschen Gesundheitswesen heraus.



Robin Haring (Hg.) Gesundheit digital - Perspektiven zur Digitalisierung im

2019. XII. 233 S., € 49.99 Springer-Verlag, Berlin

KOMMENTAR

# Grundlagen des Verwaltungsaktes

Der Handkommentar erläutert das Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG) zuverlässig, prägnant und gut verständlich. Die Neuauflage berücksichtigt Art. 7 des Gesetzes zur Umsetzung des Gesetzes zur Einführung des Rechts auf Eheschließung für Personen gleichen Geschlechts vom 18.12.2018, mit dem §20 VwVfG geändert wurde. Weiterhin sind z.B. neue Entscheidungen zum Planfeststellungsrecht sowie neue Entwicklungen im Baurecht und Umweltrecht erfasst. Wie immer sorgfältig eingearbeitet sind aktuelle Rechtsprechung und Literatur.



Prof. Dr. Ferdinand O. Kopp (+), Prof. Dr. Ulrich Ramsauer (Hg.) Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG) - Kommentar 20. Auflage 2019, XXXIII,

2.002 S., € 65 Verlag C. H. Beck, München ALTERNSFORSCHUNG

# **Ursachen und Aus**wirkungen des Alterns

Der Autor zeigt auf Grundlage aktueller neurowissenschaftlicher und verhaltenspsychologischer Studien, dass das Alter zu den besten Jahren des Lebens gehören kann. Mit Witz und Esprit erklärt er, was man tun kann, um im Alter fit und geistig rege zu sein sowie ein erfülltes Leben zu führen. Er schildert, wie sich unsere Beziehungen, Emotionen und unser Gehirn mit den Jahren verändern, wie wir mit Achtsamkeitsübungen. Schlaf und Ernährung den altersbedingten Abbau verlängern und unseren Ruhestand wirklich genießen können. Unser Gehirn kann in jedem Alter lernbereit und entdeckungswillig bleiben

entscheidend dafür ist unser Lebensstil.



John Medina Brain Rules fürs Älterwerden - Lebensfroh, vital und geistig fit bleiben

1. Auflage 2019, 301 S., € 29,95 Hogrefe Verlag, Bern

### Ergänzende Gesetze von A-Z

Ergänzende Gesetze aus dem Verfassungs-, Verwaltungs-, Zivil- und Strafrecht, Vorschriften aus Arbeitsrecht und Arbeitsschutz sowie ergänzende Gesetze des Steuer- und Finanzrechts sind speziell auf den Sozialversicherungsfachangestellten abgestimmt und besonders geeignet für alle Fragen in der Aus- und Weiterbildung.

88. Lfg., o6/2019. Gesamtwerk in einem Ordner, €149 CW Haarfeld GmbH, Hürth

### Grundsicherung für Arbeitsuchende

Der Kommentar enthält alle notwendigen Informationen rund um die aktuellen Regelungen und zeigt die Zusammenhänge des SGBII zum übrigen Sozialrecht auf, gibt viele lösungsorientierte Hinweise zur konkreten Umsetzung der gesetzlichen Regelungen und behandelt jede nur denkbare Fallkonstellation im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

Prof. Dr. Thomas Voelzke (Hg.)

#### SGBII - Grundsicherung für Arbeitsuchende

2. Lfg., 04/2019, €59,60. Gesamtwerk 5.542 S. Erich Schmidt Verlag, Berlin

#### Vertragsärztliche Versorgung

Der Kommentar verschafft den Überblick über das komplexe Gebiet der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung unter Berücksichtigung regionaler Regelungen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen und aktueller Rechtsprechung. Er kommentiert die kassenarztrechtlichen Vorschriften des SGBV, die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte sowie den Bundesmantelvertrag.

Dr. Ralf Kremer und Dr. Christian Wittmann (vormals von Rolf Liebold und Dr. Thomas Zalewski)

1. Lfg., 04/2019, € 62,20. Gesamtwerk 3.843 S. in drei Ordnern, €158 Erich Schmidt Verlag, Berlin



RECHTSRERATER

# Rund um das Arbeitsrecht

Dargestellt ist das gesamte Arbeitsrecht von der Begründung bis zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Zusätzlich werden viele Randgebiete behandelt, wie zum Beispiel Arbeitsvermittlung, Arbeitslosenversicherung, Ausbildungsförderung, Lohnpfändung und Lohnsteuerrecht. Einen weiteren Schwerpunkt bildet das Recht besonderer Gruppen von Arbeitnehmern, etwa von Jugendlichen, schwerbehinderten Menschen und Heimarbeitern. Der klare Aufbau und die umfassende Stichwortübersicht unterstützen die verständliche Darstellung der Rechtsmaterie.



Begründet von Dr. h. c. Günter Schaub (†), herausgegeben von Prof. Dr. Ulrich Koch

Arbeitsrecht von A-Z Beck-Rechtsberater im dtv Band 51230, 23. Auflage 2019, XXVII, 764 S., €19,90 Verlag C. H. Beck, München GESUNDHEITSFORSCHUNG

# Geschlecht und Gesundheit

Der Band widmet sich dem gesellschaftlich aktuellen, gesundheitspolitisch höchst relevanten, inhaltlich hoch komplexen und genuin interdisziplinären Thema Geschlecht und Gesundheit. Die Aufsätze beschäftigen sich vorrangig mit aktuellen Problemen und bisher eher wenig bearbeiteten oder randständigen Fragestelllungen der Geschlechtergesundheitsforschung und -medizin. Ziel ist es, Diskussionen zu Themen anzuregen, die im anwendungsorientierten Alltag der Geschlechtergesundheitsforschung und -medizin wenig Raum finden.



Prof. Dr. Ulrich M. Gassner, Dr. Julia von Hayek, Prof. Dr. Alexandra Manzei und Prof. Dr. Florian Steger (Hg.) Geschlecht und Gesundheit Reihe: Gesundheitsforschung. Interdisziplinäre Perspektiven Band 1, 2018, 344 S., €44 Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden RECHTSHANDBUCH

# Arbeiten im Homeoffice

Das Handbuch behandelt umfassend die bei der Homeoffice-Tätigkeit von Arbeitnehmern auftretenden Fragestellungen, unter anderem zum Anspruch auf Homeoffice, zum Arbeitsund Gesundheitsschutz, zur Beendigung, zu Beteiligungsrechten des Betriebsrates, zum Daten- und Geheimnisschutz/IT-Sicherheit, zur Gestaltung des Homeoffice, zu Kostentragung und Haftung sowie zum Kündigungsschutz und Zutrittsrechten. Neben den Praxishinweisen für Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Betriebsrat und Schwerbehindertenvertretung sind die zahlreichen Musterformulierungen und Checklisten im Anhang besonders hilfreich.



Dr. Stefan Müller Homeoffice in der arbeitsrechtlichen Praxis – Rechtshandbuch für die Arbeit 4.0 Reihe: NomosPraxis 2019, 260 S., €39 Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

#### Recht der Krankenversicherung

Neben praxisorientierten Kommentierungen und den aktuellen Gesetzestexten zum SGBV enthält der Kommentar eine Fülle von Entscheidungshilfen und Informationen zu aktuellen sozial- und rechtspolitischen Entwicklungen. Mit vielen lösungsorientierten Hinweisen zur konkreten Umsetzung der gesetzlichen Regelungen geben die Autoren zusätzlich wertvolle Unterstützung für die richtige Rechtsanwendung.

Olaf Rademacker (Hg.)

SGBV - Gesetzliche Krankenversicherung

3. Lfg., 03/2019; 4. Lfg., 03/2019; 5. Lfg., 04/2019. Gesamtwerk 13.182 S. in sieben Ordnern, €204 Erich Schmidt Verlag, Berlin

# Gebühren- und Vertragsrecht Ärzte

In der Abrechnungsprüfung oder anderen Fragen im Kontakt zwischen Ärzten und Sozialversicherungsträgern sind die benötigten Informationen breit gefächert. Im ÄGUV sind alle relevanten Grundlagen schnell zur Hand. Ob GOÄ, Gesetze zum Berufsrecht der Ärzte oder Vertragswesen zwischen Ärzten und Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften – auf alle Fragen kennt das ÄGUV die Antwort.

Karl-Heinz Andro, Norbert Fischer ÄGUV

198. Lfg., 04/2019. Gesamtwerk in zwei Ordnern, €189 CW Haarfeld GmbH, Hürth

# Neues zum Bundesreisekostengesetz

Neben dem Bundesreisekostengesetz (BRKG) werden auch die Regelungen der Auslandsreisekostenverordnung (ARV) und der Trennungsgeldverordnung (TGV) erklärt. Die Auslandstrennungsgeldverordnung (ATGV), Auszüge aus den Tarifvorschriften im Bereich des Bundes sowie über 30 nützliche Formular-Vordrucke runden das Werk ab.

Rolf Biel

Das Reisekostenrecht des Bundes – einschließlich Trennungsgeld – Kommentar

108. Lfg., 04/2019, 270 S., €79,90. Gesamtwerk 2.596 S. in zwei Ordnern, €99 bei Fortsetzungsbezug; €259 bei Einzelbezug; Lizenz für 1 – 2 Nutzer der Digitalausgabe im Jahresabonnement €209 (inkl. Updates) Verlag Reckinger, Siegburg LEHRBUCH

# Gesundheitsförderung im Betrieb

Das Lehrbuch führt die einschlägigen interdisziplinären Wissensgrundlagen für ein fachlich fundiertes und zeitgemäßes Gesundheitshandeln im Setting Betrieb zusammen. Neben Ausführungen zu den wichtigsten Begriffen, relevanten Entwicklungslinien und gesetzlichen Grundlagen setzt sich der Band mit Theoriekonzepten zu Arbeit und Gesundheit, strategischen und praktischen Umsetzungsmodalitäten und deren Oualitätsmerkmalen auseinander. Schnittstellen zu anderen betrieblichen Themen werden ebenso diskutiert wie spezifische Anforderungen an die Gesundheitsförderung in besonderen Betriebsarten und für ausgewählte Zielgruppen.



Gudrun Faller (Hg.) **Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung**3. Auflage 2017, 580 S., €44,95

Hogrefe Verlag, Bern

HANDBUCH

# Partizipation und Gesundheit

Wer an den Entscheidungen über seine Lebensgestaltung, Gesundheit und Krankenversorgung beteiligt ist, der hat auch größere Gesundheitschancen. Das Handbuch stellt diese Annahme und ihre Tauglichkeit für die Praxis auf den Prüfstand. Autoren verschiedener Disziplinen fragen nach theoretischen Begründungen, empirischen Ergebnissen sowie fördernden und hemmenden Bedingungen für gesundheitsbezogene Entscheidungsteilhabe. Daraus ergeben sich nicht nur Hinweise für neue Beteiligungsformen, die Gestaltung von Gesundheitsinterventionen und den mühsamen Weg zu gelebter Partizipation, sondern auch offene Fragen für die interdisziplinäre Gesundheitsforschung.



Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock und Susanne Hartung (Hg.) Handbuch Partizipation und Gesundheit 2012, 451 S., €49,95 Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern ARBEITSSCHUTZ

# Themenkomplex Gehörschutz

Ziel des Buches ist es, Entscheidungsträgern in Firmen, betrieblichen Sicherheitsabteilungen, Betriebsärzten und Hörakustikern ausreichende Informationen für die rechtlich und fachlich abgesicherte Gehörschutzversorgung von normalhörenden Beschäftigten und Personen mit Hörminderung für die Tätigkeit an Lärmarbeitsplätzen zur Verfügung zu stellen. Des Weiteren soll auch Privatpersonen bei der Auswahl von Gehörschutz eine Hilfestellung gegeben werden. Einzelne Kapitel beschäftigen sich mit dem Problem der Gehörschutzversorgung für Personen mit Hörminderung, für andere spezielle Nutzergruppen wie z.B. Musiker und bei der Anwendung im privaten Bereich.



Peter Sickert **Gehörschutz für Beruf und Freizeit** 2019, 284 S., €59,90 Erich Schmidt Verlag, Berlin

# Kommentar zur Pflegeversicherung

Weitreichende Änderungen im Reformprozess der sozialen Pflegeversicherung werden im Kommentar begleitet und in diesem Zusammenhang auftretende Fragen und Probleme bei der Umsetzung zuverlässig beantwortet. Das Werk veranschaulicht alle notwendigen Informationen rund um die aktuellen Regelungen, Zusammenhänge des SGBXI zum übrigen Sozialrecht und enthält praktische Hinweise zur Umsetzung des neuen Rechts.

Dr. Sonja Reimer (Hg.)

SGBXI - Soziale Pflegeversicherung

1. Lfg., 04/2019. Gesamtwerk 4.520 S. in drei Ordnern, €108

Erich Schmidt Verlag, Berlin

# Begleiter für sozialpolitisch Tätige

Ohne die Anknüpfungspunkte an das übrige Sozialrecht aus den Augen zu verlieren, konzentrieren sich die Autoren auf ihr Spezialgebiet. Mit vielen lösungsorientierten Hinweisen zur konkreten Umsetzung der gesetzlichen Regelungen geben sie zusätzlich wertvolle Unterstützung für die richtige Rechtsanwendung. Der Kommentar enthält die wichtigsten Materialien des Gesetzgebungsverfahrens, eine umfangreiche Einführung zu den Strukturprinzipien sowie zu verwaltungswissenschaftlich und europarechtlich relevanten Bezügen der Sozialhilfe.

Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthe (Hg.)

SGBXII – Sozialhilfe

1.Lfg., 04/2019. Gesamtwerk 4.046 S. in zwei Ordnern,
€108; Erich Schmidt Verlag, Berlin

#### Kommentar zum Rentenrecht

Die fundierten Kommentierungen zu den Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung (SGBVI) unterstützen bei der Einarbeitung in das Rentenrecht und dessen Anwendung. Dabei erläutert das Werk auch die Gesamtkonzeption und Systematik des Rentenrechts sowie die sozial- und rechtspolitischen Entwicklungen.

Dr. Wolfgang Fichte (Hg.)

SGBVI - Gesetzliche Rentenversicherung

1. Lfg., 04/2019. Gesamtwerk 8.198 S.
in fünf Ordnern, €182

Erich Schmidt Verlag, Berlin



BSG-URTEIL

# Krankengeld für Selbstständige

Gesetzlich krankenversicherte Selbstständige haben nach §44 Abs. 2 SGBV die Möglichkeit, die Mitgliedschaft mit einem Anspruch auf das sogenannte Options-Krankengeld zu wählen. §46 Satz 3 SGBV sieht vor, dass dieser Krankengeldanspruch mit der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit beginnt. Ein Selbstständiger war im Jahr 2014 fünfmal wegen derselben Krankheit arbeitsunfähig. Die Krankenkasse zahlte lediglich ab der siebten Woche der letzten Arbeitsunfähigkeit Krankengeld, weil in den vorangegangenen Arbeitsunfähigkeiten die sechswöchige Wartezeit nicht überschritten wurde und eine Anrechnung von Vorerkrankungen nicht möglich sei.

Diesem folgte das Bundessozialgericht (BSG) mit seinem Urteil vom 28. März 2019 (B3KR15/17R) nicht. Unter Hinweis auf eine notwendige Gleichbehandlung mit den Arbeitnehmern entschied es, dass zur Bestimmung der sechswöchigen Wartezeit auch unterbrochene Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen derselben Krankheit zusammenzurechnen sind. Dementsprechend setzte der Krankengeldanspruch bereits im Laufe der vierten und schon zu Beginn der letzten Arbeitsunfähigkeit ein. øgu

SATZUNGSLEISTUNGEN

# Anspruch bis zum Kassenwechsel

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) legt grundsätzlich das Gesetz fest. Es gibt jedoch Ausnahmen, die die Krankenkassen kraft Satzung vorsehen können (zum Beispiel Wahltarif-Krankengeld, Leistungen nicht zugelassener Leistungserbringer). Solche Leistungen dürfen nach dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 28. Mai 2019 (B1A1/18 R) nicht an die Bedingung einer ungekündigten Mitgliedschaft geknüpft werden. Erst mit Eintritt des Kassenwechsels erlöschen die Leistungsansprüche. \* gu

VDEK-ZUKUNFTSPREIS

# Für mehr Patientensicherheit



Der vdek-Verbandsvorsitzende Uwe Klemens (r.) und die vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner (l.) gratulieren den Preisträgern des vdek-Zukunftspreises 2019: Prof. Dr. Reinhard Stramitz von der Wiesbadener Business School de Hochschule RheinMain und Monika Andraschko MBA vom Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) hat am 10. Oktober 2019 zum zehnten Mal den vdek-Zukunftspreis verliehen. Die Auszeichnungen unter dem Motto "Gemeinsam sicher versorgen" gingen an eine Lehrveranstaltung, die angehenden Gesundheitsökonomen Praxiswissen zum Thema Patientensicherheit vermittelt, sowie an ein Konzept für mehr Patientensicherheit bei Operationen. Eine fachkompetente Jury aus Vertretern der Politik, Wissenschaft und Gesundheitswesen bewertete die versorgungspolitische Relevanz der eingereichten Projekte.

Den mit 12.000 Euro dotierten ersten Preis erhielt die Wiesbadener Business School der Hochschule RheinMain für ihren "Survival Day". An diesem Praxistag lernen Studierende der Gesundheitsökonomie unter anderem, mit welchen Hygienemaßnahmen sie sich und Patienten vor Krankenhausinfektionen schützen; zudem üben sie, wie sie im Notfall eine Herzdruckmassage durchführen müssen. Das Training dient als Vorbereitung für ihr Praktikum im Krankenhaus oder Pflegeheim.

Mit dem zweiten Preis (8.000 Euro) wurde das Klinikum der Universität München (LMU) für ein Konzept ausgezeichnet, mit dem die Patientensicherheit bei Operationen erhöht werden soll. Die in der Klinik angestellten Apotheker befragen Patienten vor einer Operation, welche Medikamente sie erhalten (Arzneimittel-Anamnese) und klären mögliche Gesundheitsrisiken durch Narkosemittel ab. Diese Informationen geben sie vor dem Eingriff dem zuständigen Anästhesisten weiter. So können unter anderem Wechselwirkungen mit Narkosemitteln vermieden werden.

Uwe Klemens, Verbandsvorsitzender des vdek und Juryvorsitzender des vdek-Zukunftspreises, erklärte: "Patientensicherheit ist für die Ersatzkassen eines der ganz wichtigen Themen. Die beiden Projekte machen vor, wie wir bei der Patientensicherheit weiterkommen können: Mit oft ganz einfachen, aber praxisnahen Ideen und mit Projekten, die das Bewusstsein für dieses bedeutsame Thema wecken. Wir freuen uns, wenn sie viele Nachahmer finden."

Ulrike Elsner, vdek-Vorstandsvorsitzende, ergänzte: "Mit dem vdek-Zukunftspreis 2019 setzen wir unser Engagement für mehr Patientensicherheit fort. Beispielsweise unterstützen wir als längster kontinuierlicher Förderer seit 2009 das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), zudem das Endoprothesenregister Deutschland (ERPD) seit dessen Gründung mit Know-how und Daten. Wir hoffen, auch mit diesem vdek-Zukunftspreis einen Beitrag für mehr Patientensicherheit zu leisten." pm

www.vdek.com unter Verband/vdek-Zukunftspreis



# **STECKBRIEF**

# Dr. Gottfried Ludewig

<u>Alter 36</u> **Wohnort** Berlin

Tätigkeit Leiter Abteilung Digitalisierung und Innovation,

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

**Ausbildung** Promovierter Volkswirt

**Hobbys** Klassische Musik, Pferde und Italien in allen Facetten

**Lieblingsgericht** Frische Pasta "Pomodoro e Basilico"

#### Gesundheit bedeutet für Sie...

... alles.

# Wie lautet Ihr Rezept für persönliches Wohlbefinden?

Frei nach Fontane: Eine Suppe, ein gutes Buch, keine Zahnschmerzen.

### Was ist Ihr ungesundes Laster?

(Zu viel) italienisches Essen.

# **Wogegen wären Sie gerne versichert?** Pessimisten.

# Was schätzen Sie am deutschen Gesundheitssystem?

Das Engagement so Vieler an jedem Tag zu jeder Uhrzeit, um Patientinnen und Patienten ein besseres Leben zu ermöglichen.

### Als Versicherter wünschen Sie sich ...

... dass es in wenigen Jahren selbstverständlich ist, Arzt-Termine online buchen zu können, mein Rezept auch auf meinem Handy zu haben und meinen Impfstatus in der elektronischen Patientenakte nachzuschauen.

#### Worauf könnten Sie in der Politik verzichten?

Schlechte Laune und "das haben wir immer schon so gemacht".

### Welche Person wären Sie gerne für einen Tag?

Daniel Barenboim – Dirigent, Pianist und blendendunterhaltsamer Redner.

#### Wie lautet Ihr Motto fürs Leben?

Das Leben ist schön!





# Wenn Touristen durch die Stadt rollen

ie flitzen über die Straße und stehen überall im Weg: E-Scooter. Mitte Juni 2019 sind die durch Elektromotoren angetriebenen Roller in Deutschland zugelassen worden. Seitdem drängen Anbieter für Leihroller auf den Markt, das Konzept des E-Scooter-Sharing boomt. Angefangen in Berlin, Hamburg, München und Köln, sind die Elektroroller inzwischen in 29 deutschen Städten unter-

wegs. Die Verleiher treten mit dem kühnen Ziel an, die Städte leiser, sauberer und umweltfreundlicher zu machen. Doch die Nachhaltigkeit ist umstritten, etwa mit Blick auf Nutzungsdauer und Ladesystem der E-Scooter. Studien sollen Aufschluss geben. Auch die Hoffnung auf einen besseren Mobilitätsmix erfüllt sich bislang kaum. Dass Autofahrer für kurze Strecken ihren Wagen stehen lassen, zeichnet sich nicht ab. Hohe Leihkosten und schlechter Komfort abseits ebener Straßen trüben den Fahrspaß. Eine aktuelle Umfrage des Marktforschungsinstituts GfK zeigt, dass 70 Prozent der Deutschen noch kein Interesse an diesem neuen Fortbewegungsmittel haben.

Im Gegensatz zu den Touristen, die durch die Stadt sausen, als gehörte ihnen die Welt. Es sind vor allem die Urlauber, die E-Scooter fahren, wie das Institut für Unfallforschung des Gesamtverbands der deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) feststellt. Nur sind diese keine besonders versierten und umsichtigen Rollerfahrer. Sie benutzen unerlaubterweise den Gehweg, telefonieren während der Fahrt, stehen zu zweit auf dem Roller, fahren betrunken. Die Berliner Polizei zog nach drei Monaten E-Scooter-Zulassung eine ernüchternde Zwischenbilanz. Die polizeilich registrierten Vorfälle und Verstöße zeigten, dass geltende Verkehrsregeln und Vorschriften häufig nicht bekannt seien oder Nutzer das Fahren mit E-Scootern unterschätzten. Bis Mitte September gab es in Berlin im Zusammenhang mit E-Scootern 74 Verkehrsunfälle mit 16 Schwer- und 43 Leichtverletzten. In 65 Fällen hätten die E-Scooter-Fahrenden die Unfälle selbst verursacht. Dazu kommt das wilde Abstellen der Tretroller mitten auf Rad- und Gehwegen, hier muss das Ordnungsamt durchgreifen.

Die Idee ist gut, doch die Stadt noch nicht bereit. Dabei kann es so einfach sein. Ob nun mit Roller, Fahrrad, Auto oder zu Fuß: Die gegenseitige Rücksichtnahme und Vermeidung von Gefährdungen gilt für alle Verkehrsteilnehmer. Auf eine sichere Fahrt!

# Ihre Redaktion

# **IMPRESSUM**

ersatzkasse magazin.

Das Magazin des Verbands der Ersatzkassen e.V. (vdek), vormals "Die Ersatzkasse",

erstmals erschienen 1916.

#### Herausgeber

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Ulrike Elsner (Vorstandsvorsitzende des vdek, v.i.S.d.P.)

# **Gesamtverantwortung**Michaela Gottfried

(Leiterin Abteilung Kommunikation vdek)

#### Redaktion

Annette Kessen, Raffaele Nostitz, Nicole Janke

#### Kontakt

Askanischer Platz 1 | 10963 Berlin Tel. 030/2 69 31-1205 Fax 030/2 69 31-2900 redaktion@vdek.com www.vdek.com/magazin @vdek\_Presse

#### Layout

ressourcenmangel Hamburg GmbH Lange Reihe 29 | 20099 Hamburg www.ressourcenmangel.de

#### Repro und Druck

Eversfrank Berlin GmbH Ballinstraße 15 | 12359 Berlin www.eversfrank.com

#### Erscheinungsdatum

Oktober 2019 / 99. Jahrgang ersatzkasse magazin. erscheint sechs Mal im Jahr.

Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers oder der Redaktion. Dies gilt auch für die Aufnahme in elektronische Datenbanken und Mailboxen.

Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte übernehmen der Herausgeber und die Redaktion keine Haftung.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder.

# Mitgliedskassen

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen rund 28 Millionen Menschen in Deutschland krankenversichern.



#### Techniker Krankenkasse (TK)

Bramfelder Straße 140 22305 Hamburg Tel.: 040-69 09-17 83 Fax: 040-69 09-13 53 pressestelle@tk.de www.tk.de



#### **DAK-Gesundheit**

Nagelsweg 27-31 20097 Hamburg Tel.: 040-23 96-0 Fax: 040-23 96-26 75 service@dak.de www.dak.de



#### hkk-Handelskrankenkasse

Martinistraße 26 28195 Bremen Tel.: 0421-36 55-0 Fax: 0421-36 55-3700 info@hkk.de www.hkk.de

# **BARMER**

#### **BARMER**

10837 Berlin Tel.: 08 00 - 333 1010 Fax: 08 00 - 333 0090 service@barmer.de www.barmer.de

Postfach 11 07 04



#### KKH Kaufmännische Krankenkasse

30625 Hannover Tel.: 0511-28 02-0 Fax: 0511-28 02-99 99 service@kkh.de www.kkh.de

Karl-Wiechert-Allee 61



### HANSEATISCHE KRANKENKASSE

#### HEK-Hanseatische Krankenkasse

Wandsbeker Zollstraße 86-90 22041 Hamburg Tel.: 0800-0213213 Fax: 040-656 96-1237 kontakt@hek.de www.hek.de



Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Redaktion *ersatzkasse magazin*.

Askanischer Platz 1 10963 Berlin Tel 030/26931-1206 Fax 030/26931-2900 www.vdek.com/magazin @vdek\_Presse