

COMPETENCE CENTER GESUNDHEIT
CCG RINGVORLESUNG WINTERSEMESTER 2020/21

Aktuelle Gesundheitspolitik: Gesetze für die Praxis?

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**
Hamburg University of Applied Sciences

**DOKUMENTATIONS BAND CCG RINGVORLESUNG
WINTERSEMESTER 2020/21**

Aktuelle Gesundheitspolitik: Gesetze für die Praxis?

VORWORT	7
ÜBER DAS COMPETENCE CENTER GESUNDHEIT	9
VORTRÄGE	11
Trends in der Gesundheitspolitik – ein Überblick	12
Dr. Andreas Meusch (Dozent Gesundheitspolitik an der HAW Hamburg)	
Ärztlicher Bereitschaftsdienst der KVSH	16
Dr. Ralf Staiger (stellv. Kreisstellenvorsitzender Lübeck, KV Schleswig-Holstein)	
Notfallversorgung: Positionen zum Konzept des Bundesministeriums für Gesundheit	18
Joachim Gemmel (Sprecher der Geschäftsführung der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH)	
Reform der Notfallversorgung	20
Frank Liedtke (Geschäftsführer BARMER Ersatzkasse, Landesvertretung Hamburg)	
DRGs zu PRGs – Krankenhausfinanzierung vor Neuordnung	24
Prof. Heinz Lohmann (Gesundheitsunternehmer, LOHMANN konzept)	
Reformbedarf der Pflegeversicherung	32
Andreas Storm (Vorstandsvorsitzender DAK-Gesundheit)	
Anpassung des Medizinprodukterechts an EU-Verordnungen	34
Niels Petersen (Referatsleiter Medizinprodukte, Behörde für Justiz und Verbraucherschutz)	

Zukunft der Integrierten Versorgung	36
Dr. h.c. Helmut Hildebrandt (Vorstandsvorsitzender OptiMedis AG)	
Aktuelle gesundheitspolitische und -rechtliche Entwicklung aus Sicht von Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen	42
Kerrin Stumpf (Geschäftsführerin Leben mit Behinderung Hamburg Elternverein e. V.)	
Aktuelle gesetzgeberische Entwicklungen in der Gesundheitspolitik aus Sicht der Patient*innen	44
Dr. Jochen Sunken (Abteilungsleiter Gesundheit und Patientenschutz, Verbraucherzentrale Hamburg)	
Innovationsförderung durch den Innovationsfonds?	46
Prof. Dr. Norbert Klusen (Expertenpool/ Innovationsausschuss G-BA)	
WEITERE VORTRÄGE	48
PRÄSENTATIONEN DER STUDIERENDEN	51
KONTAKT	54
IMPRESSUM	55

Vorwort

LIEBE LESENDE,

bereits zum elften Mal fand im Wintersemester 2020/2021 die CCG Ringvorlesung statt. Dieses Mal lautete das Thema „Aktuelle Gesundheitspolitik: Gesetze für die Praxis?“. Im Programm spiegelte sich die Vielfalt der teilweise brisanten Regelungsinhalte der von Gesundheitsminister Spahn vorgelegten Gesetzesvorhaben der letzten drei Jahre wider. Zudem drängten sich die bisherigen Erfahrungen der COVID-19-Pandemie förmlich auf, in den einzelnen Veranstaltungen immer wieder aufgegriffen zu werden. Die Referierenden sind selbst maßgeblich in verschiedenen Funktionen am gesundheitspolitischen Diskurs beteiligt. Damit konnten sie ganz hervorragend die aktuelle Umbruchsituation mit ihren Handlungsoptionen aufzeigen, bewerten und diskutieren.

Besonderer Dank gilt Dr. Andreas Meusch für die Programmorganisation und die Moderation. Er beschäftigt sich seit mehr als 30 Jahren mit dem Thema Gesundheit und ist u. a. Lehrbeauftragter für Gesundheitspolitik an der HAW Hamburg sowie Autor und Herausgeber zahlreicher gesundheitspolitischer Publikationen. Ihm verdanken wir ein Programm, das die aktuelle Gesundheitspolitik in zahlreichen Facetten vom System bis hin zu Versorgungsfragen und Zukunftstrends berücksichtigen konnte. Nicht zuletzt ist es seiner gesundheitspolitischen Expertise zu verdanken, dass zahlreiche namhafte Referierende seiner Einladung gefolgt sind.

Dieser Dokumentationsband gibt Ihnen einen Einblick in die aktuelle Gesundheitspolitik und ihre Herausforderungen. Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen.



Prof. Dr. Susanne Busch
Leitung CCG



Prof. Dr. Joachim Westenhöfer
Leitung CCG

COMPETENCE CENTER GESUNDHEIT

CCG Ringvorlesung
Aktuelle Gesundheitspolitik:
Gesetze für die Praxis?

WINTERSEMESTER 2020/21

Über das Competence Center Gesundheit

Das Competence Center Gesundheit (CCG) ist eine Kooperation der Fakultäten Life Sciences und Wirtschaft & Soziales der HAW Hamburg. Seit 2010 bündelt das CCG die gesundheitsbezogenen Kompetenzen aus fünf Departments und ist damit ein Zusammenschluss von mehr als 30 Professor*innen sowie zahlreichen wissenschaftlichen Mitarbeitenden. Durch die Expertise der CCG Mitglieder werden nicht nur regionale, sondern auch darüber hinausgehende Forschungsprojekte mitgestaltet. Das gemeinsame Ziel des CCG ist es, den Zugang zu relevanten Gesundheitsdienstleistungen und -gütern zu fördern und einen Beitrag zur Chancengerechtigkeit in der gesundheitlichen Versorgung zu leisten.

Weitere Informationen zum CCG finden Sie unter:
WWW.HAW-HAMBURG.DE/CCG



PRÄSENTATIONEN ZU VORTRÄGEN ONLINE AUF:

www.haw-hamburg.de/ccg/veranstaltungen/ccg-ringvorlesung/archiv/aktuelle-gesundheitspolitik-gesetze-fuer-die-praxis

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Land/Region	KfG-Fördermittel			KfG-Fördermittel		KfG-Fördermittel in % des Bruttoinlands produkts
	2016	2017	2018	€ 1991 - 2018	€ 2008 - 2018	
Baden-Württemberg	456,50	507,90	456,20	150,79	197,77	11,3%
Bayern	599,00	507,40	643,40	709,18	496,13	19,3%
Berlin	109,00	111,22	81,22	166,40	96,75	10,9%
Brandenburg	82,00	80,00	100,00	116,04	100,00	10,4%
Bremen	36,00	41,00	38,00	34,00	34,00	4,0%
Hamburg	80,00	84,00	94,00	81,40	100,00	10,0%
Hessen	207,00	233,00	290,00	275,81	234,79	16,9%
Meckl.-Vorpommern	61,04	60,04	60,04	30,04	62,07	7,4%
Niederrhein	274,22	266,00	266,00	217,00	244,00	20,4%
Nordrhein-Westfalen	819,70	831,50	882,27	921,50	912,70	18,4%
Rheinland-Pfalz	119,00	122,00	122,00	124,00	124,00	12,4%
Sachsen	28,00	28,00	32,00	34,00	34,00	4,0%
Sachsen-Anhalt	120,00	111,00	119,00	260,00	260,00	26,0%
Schleswig-Holstein	43,00	40,00	40,00	130,00	130,00	13,0%
Thüringen	85,40	85,40	95,00	82,00	82,00	11,2%
DE	60,00	60,00	60,00	134,57	134,57	20,6%
DE	2.632,26	2.762,08	3.043,20	3.115,08	2.762,08	47,3%

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent

Quelle: Gesundheitsrat (engl.) veröffentlichte unter dem langjährig üblichen Charakteristik
Einschätzung entspricht internationalen Werten mit Wertewort von fast 50 Prozent



Vorträge

Trends in der Gesundheitspolitik – ein Überblick

Dr. Andreas Meusch

Dozent Gesundheitspolitik an der HAW Hamburg



Die Gesundheitspolitik ist mehr als die Beschäftigung mit dem SGB V und hat für die Studierenden aller an der Ringvorlesung beteiligten Studiengänge große Relevanz. Die Einführung des Nutri-Score zeigt beispielsweise, wie politische Entscheidungen die (Kauf-)Entscheidungen der Verbraucher*innen und somit ihre Ernährung und das damit zusammenhängende Bewusstsein beeinflussen können. Darüber hinaus ist im Gesundheitswesen ein Kulturwandel im vollen Gang, der besonders durch

den demografischen Wandel und durch genderspezifische Aspekte vorangetrieben wird. Darin eingeschlossen korrespondiert eine Vielzahl von thematisch abgrenzbaren Trends mit politischen Entscheidungen und zeigt somit direkte Auswirkungen auf den Gesundheitssektor.

Die Digitalisierung ist einer dieser Thementrends und bleibt bisher trotz seiner Fokussierung ein „Problemkind“. Das Gesundheitswesen liegt in diesem Bereich national wie international abgeschlagen auf den hinteren Rängen. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat die Dringlichkeit erkannt und versucht, die Prozesse zu beschleunigen: machen statt zögern und zaudern. Der wichtigste Lotse in der voranschreitenden Digitalisierung ist das Smartphone mit seinen multipel einsetzbaren Funktionen und Apps.

Ein weiterer Thementrend sind die sich verändernden Rollenbilder von Ärzt*innen, Heilberufen und Patient*innen. Durch anvisierte Kooperationen zwischen bspw. Ärzt*innen, Krankenkassen und Industrie beginnen sich die bisherigen Trennlinien aufzulösen. Diese Umsetzung ist jedoch aufgrund der Abstimmungen zwischen dem Bund und den Ländern schwierig. Die verschiedenen Zuständigkeiten erschweren dringend notwendige Problemlösungen. Die gesundheitspolitischen Entscheidun-

gen werden perspektivisch auch das Rollenverständnis von Ärzt*innen und Patient*innen nachhaltig verändern. Die Patient*innen werden zukünftig stärker aktiv werden müssen und je nach Lebens- und Problemlage Heil-, Hilfs- und Lotsenfunktionen suchen (müssen). Reformvorhaben – wie z. B. die Akademisierung der Hebammen – zeigen strukturelle Veränderungen von Heilberufen und orientieren sich hierbei an europäischen Standards.

Die Gesetzgebung als „iterativer Prozess“ ist ein weiterer nennenswerter Trend im Gesundheitswesen. Diese Formulierung stammt aus dem Digitale-Versorgung-Gesetz. Die Gesundheitsreform unter Norbert Blüm von 1989, die als „Jahrhundertreform“ bezeichnet wurde, wollte einen Rahmen schaffen, der von den Akteuren der gemeinsamen Selbstverwaltung mit Leben gefüllt werden musste. Nach dieser Intervention wollte sich der Gesetzgeber zurückziehen und der Selbstverwaltung Vorfahrt gewähren. Krankenkassen, Ärzt*innen sowie Krankenhäuser sollten in diesem Rahmen agieren. Doch Anfang der 1990er stiegen die Kosten der Kassen weiter an, sodass eine neue Reform unter Horst Seehofer erlassen wurde. Die Gesetze unter dem aktuellen Gesundheitsminister wiederum scheinen von dem Grundsatz geprägt zu sein: „Wo ein Wille ist, ist ein Container.“ Das heißt, nicht eine große Reformgesetzgebung wird erlassen, sondern viele kleine gesetzgeberische Schritte werden angestrebt, für die man ein laufendes Gesetzgebungsverfahren mit fachfremden Inhalten als „Container“ gebrauchen kann.

Die Differenzierung von Staat vs. Selbstverwaltung kann als ein weiterer Trend angesehen werden. Der Glaube an die Selbstverwaltung und das Vertrauen darin schrumpfen zusehends. Jens Spahn bekennt sich zwar zur Selbstverwaltung, dennoch bleibt diese Trennlinie schwer zu halten. Der Staat agiert in Feldern, die bislang Domäne der Selbstverwaltung waren. Zwei Beispiele seien hier genannt: zum einen die Disease-Management-Programme (DMP), bei denen die derzeitige Koalition (trotz des 2002 beschlossenen Verfahrens, bei dem festgelegt wurde, wie Krankheitsbilder zu DMPs werden und dadurch die zusätzliche Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen auslösen) im aktuellen Koalitionsvertrag weitere Indikationen festgelegt hat. Diese Entscheidung war politisch, also nicht durch die Selbstverwaltung und nicht als Ergebnis von wissenschaftlichen Studien initiiert. Ein weiteres Beispiel ist das Verfahren zur Entscheidung, ob Fettabsaugen (Liposuktion) als Kassenleistung von Krankenkassen finanziert werden soll. Auch hier kam es mit dem Transplantationsgesetz im dritten Anlauf zu einer Neuregelung, die von Jens Spahn forciert wurde. Liposuktion ist heute unter bestimmten



Voraussetzungen Kassenleistung.

In der öffentlichen Wahrnehmung der Politik ist der Bundesgesundheitsminister für alle gesundheitsbezogenen Entscheidungsprozesse verantwortlich. Das ist nicht neu, sondern prägt die Gesundheitspolitik seit Jahren. Es verstärkt aber die Tendenz des amtierenden Gesundheitsministers, die Kompetenzen dementsprechend an sich zu ziehen.

Die Folge: mehr Staat, weniger Selbstverwaltung.

Die Verwissenschaftlichung von Entscheidungsprozessen in der Gesundheitspolitik („Staat vs. Wissenschaft“) ist und bleibt ein weiterer starker Trend. Aber: Die Skepsis gegenüber wissenschaftlichen Entscheidungen und Gutachten ist größer geworden. Die Wissenschaft muss ihre Rolle im politischen Prozess vor diesem Hintergrund reflektieren.

Die Frage, ob die Finanzierung „zurück zur Kostendämpfungspolitik“ gehen sollte, ist ein aktuelles, oft diskutiertes Thema. Das Problem der steigenden Krankenkassenbeiträge ist nicht allein Corona geschuldet. 1977 ist das erste Kostendämpfungsgesetz verabschiedet worden. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist noch heute in Kraft. Bis 1977 waren die Kassen faktisch nur Beitragseinzugsstellen. Das hat sich mit dem ersten Kostendämpfungsgesetz geändert. Kostendämpfungspolitik ist öffentlich so wahrgenommen worden, dass die Beitragszahler*innen

die Betroffenen waren. In der öffentlichen Wahrnehmung dominierten Zuzahlungserhöhungen, auch wenn die meisten Reformgesetze Elemente zur Verbesserung der Versorgung enthielten. Ein Beispiel ist die Gesundheitsreform unter Norbert Blüm, die die Einführung von Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit inkludierte. Nach der Bundestagswahl 2021 wird die Politik zwar mit den leeren Kassen der Krankenkassen umgehen müssen, es ist aber unwahrscheinlich, dass die Politik direkt an die überholte Kostendämpfungspolitik anknüpft – egal, welche Partei den Gesundheitsminister stellen wird.

Einen letzten nennenswerten Trend bildet die Politikverflechtungsfalle Stadt – Land – Bund – Europa. Das bezieht sich zum einen auf die formalen Zuständigkeiten der Ebenen Land, Bund, Europa. Die unübersichtlichen und dysfunktionalen Kompetenzzuordnungen in der Gesundheitspolitik werden nicht erst durch die Corona-Pandemie deutlich. Hier besteht Handlungsbedarf für die kommende Legislaturperiode. Zum anderen droht das Stadt-Land-Verhältnis, vor allem die Versorgung im ländlichen Raum, zu einer Sollbruchstelle der Gesellschaft zu werden. Das ist eine Herausforderung für die Gesundheitspolitik der nächsten zehn bis fünfzehn Jahre.

Ärztlicher Bereitschaftsdienst der KVSH

Dr. Ralf Staiger

Stellv. Kreisstellenvorsitzender Lübeck, KV Schleswig-Holstein



In den vergangenen Jahren führten unterschiedliche Faktoren zu einem massiven Anstieg der Notfallpatient*innen. Einerseits haben viele Versicherte keine feste Hausarztpraxis mehr, andererseits steigen (u. a. bedingt durch die demografische Entwicklung) die akuten Notfälle. Uns als Kassenärztlicher Vereinigung fällt zusätzlich eine veränderte Anspruchshaltung der Patient*innen auf.

Das aktuelle System der Notfallversorgung sieht grundsätzlich zwei unterschiedliche Wege vor. Für akute, lebensbedrohliche Krankheitsbilder (Apoplex, Herzinfarkt etc.) sind die Notaufnahmen der Kliniken vorgesehen. In diesen Fällen versuchen die Kolleg*innen im Krankenhaus, durch zügige Untersuchungen eine klare Diagnose zu stellen. Anschließend leiten sie die bestmögliche Behandlung ein. Dafür müssen die Patient*innen nach der Relevanz der Erkrankung kategorisiert werden, um die Behandlungen zu priorisieren. Wir beobachten hier Schwierigkeiten. Neben Menschen mit der bereits genannten Anspruchshaltung kommen zunehmend „Selbstvorsteller“. Diese Patient*innen sind ohne Einweisung, sie wurden also nicht „vorgesehen“ durch niedergelassene Kolleg*innen, und sind im Versorgungssystem der Krankenhäuser falsch. Da trotzdem schwerwiegende Krankheiten ausgeschlossen werden müssen, bindet dies natürlich kostbare Zeit und Ressourcen.

Demgegenüber werden in der durch die KV sichergestellten ambulanten Notfallversorgung alle weiteren Krankheitsbilder behandelt. Der Fokus der Versorgung liegt dabei auf der systematischen Suche nach Red Flags, also nach Zeichen, die eine sofortige Therapie in einem Krankenhaus notwendig machen. Weniger bedrohliche Fälle können in der Regel in der ambulanten Versorgung gehalten werden. Durch ganz erheblichen Aufwand kann die KVSH mit ungefähr 50 Diensten pro Woche eine 24-stündige Abdeckung sicherstellen.

Um die Verteilung der Notfälle zu harmonisieren, wurde die Strukturierte

medizinische Ersteinschätzung in Deutschland (SmED) eingeführt. Dieses EDV-gestützte Triage-System setzt einen einheitlichen Standard in der Abfrage und trennt echte von unechten Notfällen. In Schleswig-Holstein wird dies über die bundesweit einheitliche Rufnummer 116 117 gewährleistet. Die Anrufe werden angenommen und an die Ärzt*innen in Bereitschaft weitergeleitet. Hinweise auf Red Flags werden zuverlässig erkannt und lebensbedrohliche Fälle dadurch in das korrekte System, also die Notaufnahme, überführt. Gleichzeitig werden alle weiteren Fälle gesammelt und durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst bestmöglich versorgt.

Um zusätzlich die Versorgungsqualität in den Notaufnahmen zu verbessern, sind in Lübeck darüber hinaus, wie ich finde, sehr erfolgreich, neue Wege beschritten worden. Dort wurde das Konzept einer „Portalpraxis“ erprobt und ist inzwischen fest eingeführt worden. In unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme wurde eine durch die KV betriebene Praxis eingerichtet. Patient*innen können sich dort vorstellen und werden bei Bedarf unmittelbar zur Notaufnahme weitergeleitet, häufiger jedoch schon vor Ort erfolgreich behandelt. Ebenso besteht für Kolleg*innen der Notaufnahme die Möglichkeit, die nicht lebensbedrohlich Erkrankten an die Portalpraxis weiterzuleiten. Wir denken, dass durch diese Maßnahmen die niedergelassenen Ärzt*innen erheblich zur Sicherstellung einer guten und ressourcenschonenden Notfallversorgung beitragen.

Notfallversorgung: Positionen zum Konzept des BGM

Joachim Gemmel

Sprecher der Geschäftsführung der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH



Aktuell nehmen in Deutschland ca. 1.200 Krankenhäuser an der Notfallversorgung teil. Mit 11 Mio. ambulanten Notfällen pro Jahr – von insgesamt 20 Mio. – sind die Notaufnahmen der Krankenhäuser trotz des Sicherstellungsauftrages der KV die tragende Säule in der Notfallversorgung. Der Kernauftrag von Notfallaufnahmen ist die Versorgung lebensbedrohlich erkrankter Patient*innen. Hierfür werden in den Krankenhäusern umfangreiche Strukturen vorgehalten, um den

hohen Ansprüchen und Vorgaben einer Notfallversorgung gerecht zu werden.

Die alternde Gesellschaft, die Zunahme chronisch Kranker und multimorbider Patient*innen, der medizinische Fortschritt und die wachsende Anspruchshaltung der Patient*innen führen zu kontinuierlich steigenden Fallzahlen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser.

Insbesondere die Zahlen von Patient*innen mit geringer Behandlungsdringlichkeit sind in den letzten Jahren gestiegen. Die Gründe für diese Patient*innen, die Notaufnahme zu besuchen, sind vielfältig und können neben der Dringlichkeit des Gesundheitsproblems auch in den strukturellen Gegebenheiten und der individuellen Patientenpräferenz liegen. Oft sind die Gründe in der Bequemlichkeit eines Notaufnahmebesuchs, in den Empfehlungen ambulanter Leistungserbringer*innen und in einer negativen Wahrnehmung der Versorgung außerhalb von Kliniken zu finden. Das Bundesgesundheitsministerium hat Anfang 2020 einen Referentenentwurf zur Notfallversorgung veröffentlicht.

„Referentenentwurf des BMG enthält gute Ansätze (...)“

Die im Referentenentwurf vorgesehene Verortung und Verdichtung der ambulanten Notfallversorgung am Standort des Krankenhauses ent-

sprechen der Versorgungsrealität und verbessern die Versorgungsqualität.

„(...) aber auch völlig inakzeptable Ideen, die eine flächendeckende ambulante Notfallversorgung gefährden.“

Die vorgesehene Ausgestaltung der Integrierten Notfallzentren (INZ), und damit der Kernbereich der Reform der Notfallversorgung, ist aus Sicht der Krankenhäuser absolut inakzeptabel. Geradezu absurd ist der Vorschlag, die Notfallambulanzen der Krankenhäuser unter die Leitung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu stellen.

Auch der geplante Vergütungsabschlag von 50%, den diejenigen Kliniken akzeptieren sollen, die außerhalb dieses Systems einen ambulanten Notfall behandeln, ignoriert die Tatsache, dass die Krankenhäuser zur Notfallversorgung verpflichtet sind. Der Aufbau der vorgeschlagenen Strukturen führt lediglich zu ineffizienten Doppelvorhaltungen und zu komplexen, hochbürokratischen Parallelstrukturen, sodass zu begrüßen ist, dass der Entwurf überarbeitet werden soll.

Reform der Notfallversorgung

Frank Liedtke

Geschäftsführer BARMER Ersatzkasse, Landesvertretung Hamburg



Am 08.01.2020 hat das Bundesministerium für Gesundheit den Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt. Ziel des Gesetzes ist es, die bisher weitgehend getrennt organisierten Versorgungsbereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung in Deutschland zu einem integrierten System weiterzuentwickeln.

Gemeinsame Notfalleitsysteme von Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Rettungsleitstellen

Der Gesetzentwurf sieht die Einrichtung von Gemeinsamen Notfalleitsystemen (GNL) vor, die für Patient*innen in medizinischen Notfallsituationen rund um die Uhr erreichbar sein sollen. Wichtigste Aufgabe eines GNL sind die Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfs von Patient*innen in Notfällen und die anschließende Vermittlung in die geeignete Versorgungsstruktur. Ein GNL besteht in der verbindlichen Zusammenarbeit der Träger, der Rettungsleitstellen, der Rufnummer 112 und der KVen mit der Rufnummer 116 117. Die GNL sollen einen digitalen Zugriff auf alle Rettungseinsatzmittel und auf die Kapazitäten der Integrierten Notfallzentren (INZ) erhalten. Falldaten aus einem Rettungseinsatzmittel sollen an das aufnehmende INZ oder Krankenhaus übermittelt werden.

Integrierte Notfallzentren als erste Anlaufstelle für Patient*innen

Erste Anlaufstelle für Notfallpatient*innen werden in Zukunft die Integrierten Notfallzentren (INZ) sein. Hier wird eine qualifizierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs der Patient*innen vorgenommen und entschieden, ob sie sofort stationär behandelt werden müssen oder ob

eine ambulante Behandlung angezeigt ist. Die INZ werden gemeinsam von KVen und Krankenhäusern eingerichtet und betrieben. Sie sollen räumlich nah am Krankenhaus liegen, um von den Patient*innen als erste Anlaufstelle im Notfall erkannt zu werden. Die KVen erhalten den Sicherstellungsauftrag für die notdienstliche Versorgung, deshalb obliegt ihnen auch die fachliche Leitung der INZ. Bereits bestehende Strukturen der Notfallversorgung wie die Portalpraxen der KVen sollen genutzt werden.

Medizinischer Rettungsdienst wird eigenständiger Leistungsbereich im SGB

Die Leistungen der medizinischen Notfallversorgung durch die Rettungsdienste der Länder sollen in Zukunft unabhängig von der Inanspruchnahme anderer Leistungen der GKV gewährt werden. Der Anspruch auf diese Leistungen der Rettungsdienste wird im Sozialgesetzbuch V neu formuliert. Die medizinische Notfallrettung umfasst laut Gesetzentwurf die aus medizinischer Sicht erforderliche Versorgung am Notfallort und Rettungsfahrten. Die Krankenkassen werden in Zukunft an den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung beteiligt. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verhandeln darüber mit den zuständigen Landesbehörden oder mit den Trägern der Rettungsdienste. Auch an der Planung der Anzahl von Luftrettungsstandorten, Rettungsleitstellen, Rettungswachen und Rettungsmitteln müssen die Krankenkassen beteiligt werden.





DRGs zu PRGs – Krankenhausfinanzierung vor Neuordnung

Prof. Heinz Lohmann

Gesundheitsunternehmer, LOHMANN konzept



1. Die Gunst der Stunde

Die Ökonomisierung der Medizin wird seit langem immer wieder beklagt. In den letzten Jahren ist die Kritik lauter und eindringlicher geworden. Ganz im Zentrum steht dabei durchgängig die Krankenhausfinanzierung auf Basis des DRG-Systems. Gefordert wird inzwischen ganz unverhohlen mehr Geld und weniger Einfluss der Ökonomen. „Rettet die Medizin“ ist die eingängige Parole der Protagonisten. Mitten in der Corona-Krise wird der Druck auf

die Politik noch einmal verstärkt. Nur wegen der vielen Krankenhausbetrieben sei Deutschland bisher glimpflich davongekommen. Diese gelte es jetzt dauerhaft mit ausreichend Geld auszustatten. Da sei eine leistungsbezogene Finanzierung nicht weiter akzeptabel. Das im Jahr 2002 eingeführte DRG-System müsse deshalb der Wiedereinführung des Selbstkostendeckungsprinzips weichen. Die Ausgliederung der Pflege sei ein erster Schritt in die richtige Richtung.

Richtig ist, dass die Krankenhausstruktur einer Korrektur bedarf, weil künftig immer mehr Anbieter von Gesundheitsleistungen in eine wirtschaftliche Schieflage geraten werden. Da spielt das Finanzierungssystem eine zentrale Rolle, weil es für die Zukunft die entscheidenden Anreize setzt. Dies gilt auch für die Verknüpfung von ambulanter und stationärer Leistungserbringung. An einem Zusammenrücken der bisher getrennten Entgeltsysteme geht kein Weg vorbei. Da die Ambulantisierung mit großen Schritten voranschreitet, ist durchaus Eile geboten.

2. DRG-System in der Kritik

Ja, es gibt berechtigte Kritik am DRG-System. Es treibt unbestreitbar die Mengenausweitung. Das war aber bereits vor der Einführung klar, weshalb in der damaligen Debatte auch immer begleitende Elemente, wie Zweitmeinungsverfahren und überhaupt Transparenz, eingefordert wurden.

Die DRG-Finanzierung alimentiert schließlich nicht mehr die Institution Krankenhaus, sondern das Geld hängt an der Diagnose der Patient*innen. Und ja, Fallpauschalen senken die Verweildauer. Das war auch gewollt, vor allem im Interesse der Patient*innen. Die Kritiker sprachen gerne von „blutiger Entlassung“ und beklagten den Leistungsdruck auf die Ärzt*innen und die Krankenpflegekräfte.

In der Corona-Krise kam hinzu, dass massiv auf die Nichtfinanzierung von Vorhaltekosten verwiesen wurde. Personal und Sachmittel für den Fall der Fälle parat zu halten, erfordere eine leistungsunabhängige Mittelausstattung. Nicht wenige Kritiker*innen gehen inzwischen so weit, die private Leistungserbringung überhaupt in Frage zu stellen, und fordern deshalb ein ausschließlich öffentliches Gesundheitssystem.

3. Zurück zur Selbstkostendeckung?

Die leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung steht unter lobbyistischem Dauerbeschuss. Alles Übel dieser Welt kommt, glaubt man den Argumenten der Kritiker*innen, vom DRG-System. Viele Akteur*innen verlangen deshalb lautstark eine Wiedereinführung des vor rund 20 Jahren abgeschafften Selbstkostendeckungsprinzips. Ganz vorn auf der Liste der mit dieser Forderung verbundenen Erwartungen steht ein Zurückdrängen des allgemein konstatierten ökonomischen Einflusses. Ja, es wird die Hoffnung in den Raum gestellt, damit das Ende der Knappheit erreichen zu können. Verschwiegen wird in dieser erhitzten Debatte, dass schon in den 1980er- und 1990er-Jahren, zu Zeiten der Selbstkostendeckung, ein Kostendämpfungsgesetz das nächste jagte. Gemessen daran geht es seit Einführung der DRGs insgesamt gemächlich zu.

Allerdings kann es ein „weiter so“ nicht geben. Die Reaktion der Politik auf die massive Kritik an den Zuständen in der Pflege macht deutlich, dass den Krankenhausmanager*innen kein Kredit mehr eingeräumt wird. Den Klinikverantwortlichen wird nicht mehr zugetraut, die Herausforderungen eigenständig in den Griff zu bekommen. Deshalb hat die Politik unmittelbar massiv regulierend eingegriffen und die Spielräume der Manager*innen mit der Wiedereinführung des Selbstkostendeckungsprinzips in der Pflege rigoros begrenzt. Weitere Interessengruppen in den Kliniken, allen voran die Ärzt*innen, sind dabei, sich ebenfalls unter das Dach der staatlichen Obhut zu flüchten. Am Ende stünde ein strikt administratives System ohne eigene Gestaltungskraft bei den Krankenhausleitungen. Manager*innen wären dann überflüssig und könnten, wie noch in den 1980er-Jahren üblich, durch Administrator*innen ersetzt werden. Mut zum Wandel ist deshalb unerlässlich.

Die Patient*innen müssen vorbehaltlos zum Maß des Handelns in Gesundheitsunternehmen werden. Es geht darum, die Behandlungsprozesse ohne Wenn und Aber auf ihre Interessen auszurichten. Die Strukturierung und die Digitalisierung der Arbeitsabläufe stehen dabei ganz im Vordergrund. Das leider immer noch allzu häufig anzutreffende „Improvisationstheater“ mit überforderten Akteur*innen, ausgestattet mit Bleistift, Papier und Radiergummi, darf es im Interesse der Patient*innen, aber auch der Mitarbeiter*innen nicht länger geben. Unendlich viel Zeit gibt es nicht mehr. Es gilt, das Ruder herumzureißen. Das Management ist aufgefordert, gemeinsam mit den Ärzt*innen und Pflegekräften die betrieblichen Gestaltungsräume voll auszuschöpfen und dabei das Patientenerlebnis in den Mittelpunkt zu stellen.

Das Selbstkostendeckungsprinzip ist zuallererst ein intransparentes System, da es den Leistungsbezug ausklammert und die Patient*innen somit als Marktteilnehmer*innen keine wesentliche Rolle spielen. Deren Präferenzen wirken sich auf Erfolg oder Nichterfolg der Kliniken nicht aus. Zudem ist die Selbstkostendeckung zutiefst ungerecht, da die Entgelte für gleiche Leistungen in starker Weise differieren. Das hat in der Vergangenheit einen über viele Jahre erbittert geführten Streit zwischen den Krankenhäusern und den Krankenversicherungen ausgelöst. Eine große Zahl von Wirtschaftlichkeitsgutachten und Streitverfahren waren die Folge. Auch untereinander haben die Kliniken öffentlichkeitswirksame Auseinandersetzungen um die Berechtigung von Budgetunterschieden geführt. Ganz zu schweigen von den Folgen der Abrechnungssystematik auf Grundlage der tagesgleichen Pflegesätze für die Verweildauern in den deutschen Krankenhäusern. Bis heute ist das internationale Niveau immer noch nicht vollständig erreicht.

4. Weiterentwicklung der DRGs zu PRGs

Die mühsam in den 1980er- und 1990er-Jahren vorangetriebene Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip in der Krankenhausfinanzierung durch Pflexit und Äxist rückgängig zu machen, wäre ein Schlag ins Gesicht der Patient*innen. Ihr Einfluss würde ausgerechnet in einer Zeit verstärkter Patientensouveränität blockiert. Richtig ist allerdings, dass der ausschließliche Bezug auf die Diagnose nicht mehr zeitgemäß ist. Zudem haben die Akteur*innen durch ständige Forderungen nach immer kleinteiligerer Differenzierung der Leistungen für ein völlig überzogenes bürokratisches Monster gesorgt. Deshalb muss die künftige Entwicklung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen zwei Grundlinien folgen. Zum einen gilt es, wieder zu einem mehr pauschalisierten System zu kommen, und zum



anderen, insbesondere den Patientenbezug zu stärken. Letzteres kann geschehen, indem das Patientenwohl zu einem weiteren entscheidenden Maßstab der Klassifizierung wird. Dabei geht es auch um gezielte Anreize für die Qualität. Nicht die Komplexität von Prozeduren darf künftig bei der Finanzierung maßgeblich sein, sondern Value-Based Medicine, die sich an der Lebensqualität der Patient*innen und am Ergebnis orientiert, muss sich entscheidend auswirken. DRGs werden dann zu PRGs, Patient Related Groups. Zudem kann die Arbeitnehmerzufriedenheit, insbesondere bei den Pflegekräften, berücksichtigt werden. Auch müssen patientennahe Investitionen Teil der neuen Krankenhausfinanzierung werden. Und weil die Menschen die wachsenden Möglichkeiten, sie ambulant zu versorgen, überaus schätzen, müssen die Entgeltsysteme der Sektoren harmonisiert werden, auch um die bestehenden Fehlanreize endlich zu überwinden. Die politische Sofortmaßnahme, die Pflege auf das längst gescheiterte Selbstkostendeckungsprinzip zurückzuwerfen, muss zudem schnell überwunden werden. Die Pflegenden gehören ins Behandlungsteam! Deshalb müssen sie baldmöglichst in ein erneuertes qualitäts- und leistungsbezogenes Entgeltsystem mit direktem Bezug zum Patientenwohl integriert werden. Die Einführung von institutionenbezogenen Strukturförderungen in ein weiterzuentwickelndes Krankenhausfinanzierungssystem muss hingegen eingehend geprüft werden. Solche Komponenten führen auf längere Sicht schnell zu einem leichtfertigen Defizitausgleich und damit zur Zementierung der überkommenen Krankenhausstrukturen. Probates Mittel für die Finanzierung medizinischer Grundleistungen sind Gesundheitspauschalen pro Versicherten, also Capitationlösungen. Sie können auch die bisherige Trennung der Sektoren überwinden helfen. Ambulante und stationäre Medizin werden dann aus einem Topf finanziert und die Patient*innen stehen tatsächlich im Mittelpunkt, weil ihnen das Geld folgt. Der berechtigten Kritik, dass der bisher ausschließliche Leistungsbezug Defizite bei den Vorhaltungen für Notfälle, insbesondere auch in der Krise, bedingt, muss mit gestuften Zuschlägen begegnet werden.

5. Vorfahrt für die Patient*innen

Die Gesundheitswirtschaft ist nach wie vor ein Bereich unserer Gesellschaft mit starker Expertendominanz. Die Nachfrageseite ist aufgrund der bisherigen Intransparenz immer noch äußerst schwach. Expertensysteme weisen ganz grundsätzlich eine weitgehende Institutionenorientierung auf. Das prägt die Praxis, spiegelt sich aber auch im Rechts- und Finanzierungssystem wider. In vielen anderen Branchen haben sich inzwischen die

Konsument*innen durchgesetzt. Ihre Interessen sind immer primär auf das Produkt oder im Dienstleistungssektor auf den Prozess ausgerichtet. Die Gesundheitswirtschaft zieht in diesem Punkt jetzt Schritt für Schritt nach. Patient*innen werden auch Konsument*innen. Nicht zuletzt sorgt das Internet für mehr Transparenz und damit für eine Stärkung der Patientensouveränität. Diese Entwicklung steht noch ganz am Anfang, nimmt aber immer mehr Fahrt auf. Deshalb richtet sich der Blick auch hier zunehmend von der Institution auf den Prozess. Es wäre fatal, wenn ausgerechnet in einer solchen Situation das Finanzierungssystem zur Alimenterung von Krankenhäusern zurückkehren würde. Vielmehr ist ein mutiger Schritt nach vorn erforderlich, der die Rolle der Patient*innen uneingeschränkt stärkt.

Literaturhinweise

- Gigerenzer, G./Muir Gray, J. A. (2013). *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Lehmann, G./Manthey, J. (2020). *Hybrid-DRG – neue Wege im Gesundheitswesen*. In: Hahn, U./Kurscheid, C. (2020). *Intersektorale Versorgung. Best practices – erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotential*. Springer Gabler, Wiesbaden, S. 263–276
- Lohmann, H. (2004). *Mut zum Wandel. Texte zur Entwicklung der Gesundheitswirtschaft*. Bibliomed, Melsungen, S. 73–82
- Lohmann, H. (2006). *Neupositionierung der Gesundheitsanbieter*. In: Rebscher, H. (2006). *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung*. Economica, Heidelberg, S. 761–768
- Lohmann, H./Kehrein, I./Rippman, K. (2016). *Markenmedizin für informierte Patienten: Strukturierte Behandlungsabläufe auf digitalem Workflow*. medhochzwei, Heidelberg

© Heinz Lohmann 11/2020





Reformbedarf der Pflegeversicherung

Andreas Storm

Vorstandsvorsitzender DAK-Gesundheit



Pflege ist die soziale Frage der 2020er-Jahre. Steigende Pflegekosten und die dadurch bedingten wachsenden Eigenanteile an der stationären Pflege überfordern viele Pflegebedürftige finanziell. Bereits heute ist jede*r dritte Pflegeheimbewohner*in auf Sozialhilfe angewiesen. Die soziale Pflegeversicherung (SPV) kann das Pflegerisiko immer unzureichender absichern und droht damit ihre Legitimation zu verlieren. In Zukunft wird sich diese Lage aufgrund des demografischen Wandels,

höherer Löhne in der Pflege und steigender Beiträge noch verschärfen. Die Pflegeversicherung steht damit heute vor ähnlich gravierenden Herausforderungen wie zum Zeitpunkt ihrer Einführung. Sie wurde Mitte der 1990er-Jahre vor allem mit dem Ziel eingeführt, die Abhängigkeit Pflegebedürftiger von Sozialhilfe zu verringern, was in den ersten Jahren auch gelang. Doch schon seit geraumer Zeit steigt die Zahl der Sozialhilfeempfänger in der Pflege massiv an. Kernproblem ist die bisherige Systematik: Während die SPV einen festgesetzten Beitrag der Pflegekosten trägt, müssen die Pflegebedürftigen den darüberhinausgehenden Anteil selbst zahlen. Das bedeutet, dass steigende Kosten in der Pflege (z. B. durch höhere Löhne) aktuell in vollem Umfang zu Lasten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gehen.

Der akute Reformbedarf wurde auch von der Politik erkannt: Im November 2020 legte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn erste Eckpunkte für eine Pflegereform vor, die an der bisherigen Systematik der SPV ansetzt. Kernpunkt der Reform soll die Deckelung der Eigenbeteiligung für stationäre Pflege auf 700 Euro monatlich für maximal drei Jahre sein. Darüber hinaus sollen die Bundesländer ihrer Pflicht zur Investitionskostenfinanzierung nachkommen und mit einem festgelegten Betrag die Heimbewohner*innen finanziell entlasten.

Mit der Begrenzung der Eigenanteile und der anteiligen Übernahme der Investitionskosten durch die Bundesländer geht der Reformvorschlag des

Bundesgesundheitsministers in die richtige Richtung. Jedoch sollte eine Reform unbedingt die unterschiedliche Ausgangssituation in den einzelnen Bundesländern in den Blick nehmen: Die Spannweite der Eigenanteile für die reinen Pflegekosten reichte im Juli 2020 von 560 Euro in Sachsen-Anhalt bis zu 1062 Euro in Baden-Württemberg. Im Bundesdurchschnitt liegt der Betrag bei 786 Euro. Aus diesem Grund muss eine Reform der Pflegeversicherung eine landesspezifische Deckelung der Eigenanteile beinhalten.

Zentral für jede erfolgreiche Reform der SPV ist eine Teilfinanzierung aus Steuermitteln, wie sie auch von Minister Jens Spahn vorgesehen ist. Die strukturellen Verbesserungen der Arbeitsbedingungen im Pflegebereich sowie die Vermeidung von Sozialhilfe sind gesamtgesellschaftliche Anliegen und müssen daher aus Steuergeldern finanziert werden.

Anpassung des Medizinprodukterechts an EU-Verordnungen

Niels Petersen

Referatsleiter Medizinprodukte, Behörde für Justiz und Verbraucherschutz



Medizinprodukte begegnen uns sowohl im Gesundheitswesen und in der Patientenversorgung als auch im Alltag. Das vielfältige Spektrum reicht von medizinischer Software über Verbandsmaterial, Hörgeräte, Infusionspumpen, Endoskope, Dialysegeräte und Kernspintomografen bis zu Implantaten, um nur einen Bruchteil zu nennen.

Für die Untersuchung von menschlichem Probenmaterial eingesetzte In-vitro-Diagnostika liefern darüber hinaus einen wichtigen Beitrag zur

Diagnose oder Therapieüberwachung. Sei es z. B. als selbst durchgeführter Blutzuckertest oder im Rahmen einer umfangreichen Labordiagnostik. Medizinprodukte und In-vitro-Diagnostika werden zum Zeitpunkt des Vortrags noch nach der jeweiligen nationalen Umsetzung der europäischen Richtlinie 90/385 EWG über aktive implantierbare elektrische Geräte, der Richtlinie 93/42/EWG über Medizinprodukte sowie der Richtlinie 98/79/EG über In-vitro-Diagnostik in den Verkehr gebracht; in Deutschland nach dem Medizinproduktegesetz (MPG).

Ausgelöst durch einen „Review“ der o. g. Richtlinien sowie den in 2010 bekannt gewordenen Fall tausender implantierter minderwertiger Brustimplantate des französischen Herstellers Poly Implant Prothèse entstand ein dringender Bedarf, erkannte Schwachstellen des bisherigen Richtlinienregimes zu beseitigen. Im September 2012 leitete die EU-Kommission dem Rat und dem Parlament daher die Entwürfe einer Verordnung über Medizinprodukte sowie einer Verordnung über In-vitro-Diagnostika zu, die nach durchlaufenem Gesetzgebungsverfahren am 26. Mai 2017 in Kraft traten, aber erst am 26. Mai 2020 (Medizinprodukte) bzw. 26. Mai 2022 (In-vitro-Diagnostika) ihren Anwendungsbeginn haben sollten. Aufgrund der Pandemie wurde der Anwendungsbeginn der Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte um ein Jahr verschoben.

Die nach ihrem Anwendungsbeginn unmittelbar in den Mitgliedstaaten

geltenden Verordnungen beinhalten an einigen Stellen sowohl die Aufforderungen an als auch die Möglichkeit für die Mitgliedstaaten, nationale Regelungen zu treffen, z.B. hinsichtlich des Schadenersatzes bei klinischen Prüfungen oder der Aufbereitung von Einmalprodukten. Zudem müssen allgemein formulierte Regelungen national konkretisiert werden, z.B. die Festlegung der Zuständigkeiten der Landes- und Bundesbehörden. In Deutschland wurde in diesem Zusammenhang das Medizinprodukte-recht-Durchführungsgesetz (MPDG) erlassen, das aufgrund des unterschiedlichen Geltungsbeginns der beiden Verordnungen und des verschobenen Geltungsbeginns der Verordnung über Medizinprodukte bereits mehrfach geändert werden musste. Zudem treten das bisher geltende Medizinproduktegesetz und einige seiner begleitenden Verordnungen außer Kraft bzw. müssen an die zukünftige Rechtslage angepasst werden.

Inwieweit sich die Erwartungen des europäischen Gesetzgebers aufgrund der erweiterten und verschärften Regularien hinsichtlich einer Steigerung des Patientenschutzes erfüllen, wird sich zukünftig noch erweisen müssen.

Zukunft der Integrierten Versorgung: Zeit für ein neues Geschäftsmodell im Gesundheitswesen

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt

Vorstandsvorsitzender OptiMedis AG



Gestehen wir es uns ein: Die herkömmlichen Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen haben viele Fortschritte möglich gemacht, aber sie sind verbraucht, werden von vielen abgelehnt und taugen nicht mehr für die Zukunft.¹ Junge wie alte Ärzt*innen fordern „Rettet die Medizin“ und wollen das Fallpauschalensystem im Krankenhaus ersetzt oder zumindest grundlegend reformiert sehen, dringend benötigte Pflegekräfte verlassen enttäuscht den Beruf und klagen über Unterbesetzung

und viel zu knappe Zeitbudgets. Bis weit in die Mitte der Gesellschaft hinein reicht die Ablehnung privatwirtschaftlichen Unternehmertums im Pflege- und Krankenhausbereich, Ähnliches beginnt sich für Arztpraxen als Teil von investorengetriebenen MVZ-Kettenmodellen zu entwickeln. Und das Image der Pharmaindustrie konnte auch durch spektakuläre Erfolge, etwa den Impfstoff von BioNTech, kaum nachhaltig verbessert werden. Zwangslizenzierungen sind bereits in der Diskussion. Nur die Start-up-Lösungen im digitalen Bereich sind vor einem „Roll-back“ in Richtung auf staatliche Bewirtschaftung noch weitgehend verschont, sie machen dafür trotz formellem Zugang zur Finanzierung durch die Krankenkassen jetzt die Erfahrung, dass das System als Ganzes innovationshemmend ist und ihre Lösungen bei den Patient*innen und über die Arztverschreibung doch nur zögerlich angenommen werden. Eine erstaunliche Wiederbelebung der Hoffnung auf staatliches Wohlverhalten, und das trotz, gelinde gesagt, zumindest problematischer Erfahrungen bzgl. der nur teilweise geglückten organisatorischen Handlungsfähigkeit des Staates in der Pandemie.

Da kommt eine neue Diskussion über Geschäftsmodelle, die Gesundheitsproduktion belohnen, vielleicht gerade recht. Insbesondere für die

1 Der Artikel basiert auf einem Beitrag des Autors für „Transformation Leader“ 2021

Krankenhausfinanzierung wird dazu gern über „Regionalbudgets“ nachgedacht. Wenn auch die ambulanten und pflegerischen Leistungen miteingefasst werden sollen, wird dafür gern der Begriff der „Gesundheitsregionen“ benutzt. Beide Diskussionen erfolgen aus einer ähnlichen Überlegung.

Die Verteilung der Finanzmittel in unserem Gesundheitswesen folgt im Wesentlichen einem Modell aus dem 19. Jahrhundert, das mit geringen Veränderungen in das 21. Jahrhundert übertragen wurde, dem „Kostendeckungsprinzip“. Aber in der Ökonomie ist hinreichend bekannt, welche Anreize eine Preisfestsetzung oder -verhandlung auf der Basis von angenommenen oder festgestellten Kosten produziert: Die Leistungserbringer*innen werden dem Anreiz ausgesetzt, ihre Leistungsmenge zu erhöhen, um die wirtschaftlichen Vorteile einer größeren Produktionsmenge für sich einzufahren (und nicht von einer erstarkenden Konkurrenz niedergedrückt zu werden). Der zweite Anreiz zielt auf die interne Kostenminimierung und die gelingt am besten, indem die Arbeitszeiten teurer Angestellter verkürzt und gleichzeitig möglichst niedrig bezahlte Arbeitskräfte eingesetzt werden. Genau diese Situation gab Anlass für einige hektische Gesetzgebungsverfahren der letzten Zeit, so u. a. mit der Ausgliederung der Pflege aus den Diagnosis Related Groups (DRG) sowie der Vorgabe von Mindestzahlen bei der Personalbemessung. Alles in dem Versuch, jeweils des neuesten öffentlich diskutierten Problems wieder zumindest so lange Herr zu werden, bis die betriebswirtschaftliche Intelligenz der Akteur*innen einen neuen Weg gefunden hat, ihren eigenen Nutzen zu Lasten der Krankenkassen und der Gesellschaft zu erhöhen.

Der Gedanke von „Regionalbudgets“ setzt auf die Umkehr der Anreizsystematik: weg von „Volume“ (Menge) hin zu „Value“ (Nutzen). Die zunächst am einfachsten erscheinende Lösung: Wenn ein Krankenhaus unabhängig von seiner Leistung für eine definierte Bevölkerung ein festes Budget erhielte, dann hätte es keinen Anreiz mehr, Patient*innen eine orthopädische Operation anzubieten, wenn auch eine konservative und mobilisierende Behandlung den gleichen oder vielleicht sogar den höheren Nutzen bieten würde. Im Bereich der Psychiatrie sind derartige Regionalbudgets zunächst in Schleswig-Holstein, später auch anderswo erprobt worden. Vereinfacht ausgedrückt erhält das Krankenhaus damit die freie Wahlmöglichkeit, unter Beibehaltung des stationären Budgets und seiner entsprechenden Weiterentwicklung über die Jahre vormals stationär behandelte Patient*innen wahlweise auch ambulant oder in Hausbesuchen zu behandeln. Das Krankenhaus „verliert“ damit kein Budget, erhält aber

größere Freiheitsgrade bzgl. der Behandlungsmöglichkeiten durch Ärzt*innen und psychiatrisch qualifizierte Pflegekräfte. Gerade in der Psychiatrie ist dies mit erheblichen Vorteilen für Patient*innen wie Behandler*innen verbunden, wie Evaluationen zeigen (Afrac et al. (2020), S. 241 ff.). Dennoch zeigen sich auch schon bei dieser noch relativ begrenzten Lösung, die zudem durch die für den Bereich der Psychiatrie existierenden regionalen Versorgungsaufträge noch erleichtert wird, erste Herausforderungen. Wie lassen sich bei einer solchen Lösung neue Fehlanreize wie die Leistungsverchiebungen zwischen dem klassisch finanzierten ambulanten Bereich der psychiatrischen Pflege und Medizin und dem jetzt neuen, aus dem stationären Budget mitfinanzierten „semi“-ambulanten Bereich vermeiden?

Was sich im engeren Bereich der Psychiatrie noch ganz gut überblicken lässt, wird komplexer, wenn Krankenhäuser die Organisationsfreiheit für die gesamte Versorgung erhielten. Sowohl die Vielzahl der Leistungserbringer*innen in der ambulanten Versorgung wie auch die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander wie auch die Vielfalt der Krankenkassen erfordern hier ein komplexes Arrangement, wenn neue Fehlanreize zur Ertragsmaximierung ohne entsprechenden Gesundheitsnutzen für die Patient*innen vermieden werden sollen.

In Deutschland mit seiner Vielfalt von Einzelunternehmerischen Leistungserbringer*innen auf ambulanter wie stationärer ärztlicher, pflegerischer und physiotherapeutischer Seite wurde mit Start zum November 2005, und einem Bestehen seit inzwischen mehr als 15 Jahren, eine spezifische Variante einer Regionalbudget-Lösung entwickelt. Für die Versicherten der AOK Baden-Württemberg und der SVLFG (Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau) im Kinzigtal in Südbaden hat die „Gesundes Kinzigtal GmbH“ als Integratorin eine „virtuelle Budgetmitverantwortung“ übernommen. Wenn diese GmbH es schafft, die Kostenentwicklung der Versicherten der beiden Krankenkassen für alle Sektoren der Versorgung unterhalb des üblichen Kostenwachstums zu halten und damit der Krankenkasse einen Deckungsbeitragsbeitrag zukommen lässt, dann erfährt sie im Nachhinein eine Bonifizierung als Anteil an dem erreichten Gewinn der Kassen. Die Versicherten sind dafür frei, bei wem und wo sie sich ihre Leistungen holen. Auch die Leistungserbringer*innen sind frei, ob sie sich der Lösung anschließen oder nicht. In beiden Fällen bekommen sie ihr Geld weiter nach den üblichen Regeln. Abgerechnet wird dann im Nachhinein zwischen den Krankenkassen und der GmbH. Im Effekt kommt das dem oben diskutierten Modell sehr nahe.

Die Integrator*innen, hier die Gesundes Kinzigtal GmbH (weitere Lösun-

gen hat OptiMedis mit „Gesunder Werra-Meißner Kreis GmbH“ und „Gesunder Schwalm-Eder-Kreis plus GmbH“ in Nordhessen aufgebaut), haben damit das Interesse, die Bevölkerung in der Region möglichst erfolgreich gesund zu erhalten bzw. Erkrankungen wenn möglich ambulant, aber bei stationärer Leistungsbedürftigkeit dann möglichst effizient in dem am besten dafür geeigneten Krankenhaus behandeln zu lassen. Eine Gruppe von Gesundheitsexpert*innen hat unter Ägide des Autors aktuell – auch motiviert durch die Erfahrungen mit der Corona-Pandemie – vorgeschlagen, dieses Modell zum Vorbild für ein Konzept zu verwenden, wie die überwiegend zentralistische Betrachtung von Gesundheit wieder stärker mit einer Verantwortungsübernahme durch die regionale Ebene ausbalanciert werden kann (Hildebrandt et al. 2021). Nur auf einer überschaubaren Ebene, so die Expertengruppe, lässt sich agiles Management entwickeln. Denn kein zentraler Ausschuss muss entscheiden, ob der lokale Sportverein für ein besonderes Angebot für Hochaltrige einen finanziellen Zuschuss erhält oder wie eine digitale Innovation in einer unterversorgten Region die Versorgung optimiert und wie sie finanziert wird. Man griff damit einen Vorschlag auf, der im Herbst 2020 in einem Antrag der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen unter dem Begriff „Gesundheitsregionen“ vorgetragen wurde und im März in einer Anhörung des Gesundheitsausschusses (<https://dbtg.tv/cvid/7508739>) überwiegend positive Unterstützung erhielt. In der ersten Rede der Kanzlerkandidatin von Bündnis 90/Die Grünen vom 20.4.2021 sprach Annalena Baerbock übrigens dieses Konzept mit folgender Aussage an: „An so vielen Orten in unserem Land gibt es so viele Beispiele, wo das Neue schon Realität ist. Die ‚Gesundheitsregionen‘, gerade auch in ländlichen Regionen, wo Pflegekräfte, wo Ärztinnen und Ärzte, wo Therapeuten zusammenarbeiten, um in der Fläche alle gut zu versorgen ... Aber all das funktioniert nur, weil Ausnahmen von festgefahrenen alten Regeln geschaffen wurden. In diesem Ausnahmehodus allein kommen wir aber nicht weiter, es gilt jetzt, neue Regeln zu schaffen, und zwar so, dass das Beste nicht die Ausnahme ist, sondern der zukünftige Standard.“ „Innovative Gesundheitsregionen“, so die Bezeichnung in dem Vorschlag der Expertengruppe, sind dem Konzept zufolge Landkreise oder Stadtbezirke, für deren Bevölkerung jeweils ein eigener Vertrag zwischen möglichst allen Krankenkassen und einer lokalen für die Gesundheitsversorgung verantwortlichen Gesellschaft geschlossen wird. Sie wird im Folgenden Regionale Integrationseinheit genannt. Private Krankenversicherer könnten sich ebenfalls beteiligen. Wegen der Übersichtlichkeit und der Steuerungsfähigkeit geht es um Größenordnungen von zirka 100.000

bis 200.000 Menschen. Der Vertrag soll die Regionalen Integrationseinheiten durch die Art der Vergütung dazu anhalten, im Verbund mit den lokalen Gesundheitsakteur*innen die Bevölkerung bestmöglich in ihrer Gesundheit und Versorgung zu unterstützen.

Die Regionalen Integrationseinheiten sollen deshalb anders als die heutigen Leistungserbringer*innen im Gesundheitswesen nicht für die Anzahl von Leistungen, sondern für das Ergebnis, also für den erzeugten Gesundheitsnutzen wirtschaftlich belohnt werden. Sie sollen ermutigt werden, lokal in die Verbesserung von Gesundheit zu investieren und die Versorgung so gut zu vernetzen und zu integrieren, dass die Bevölkerung im Krankheitsfall gut aufgehoben ist. Immer dann allerdings, wenn es digitale Anwendungen bzw. überregionale Versorgungsstrukturen gibt, die zu besseren Ergebnissen führen, sollen diese bevorzugt werden. Die Regionalen Integrationseinheiten können von regionalen Gesundheitskonferenzen unter Beteiligung der Bevölkerung oder von den demokratisch gewählten Gremien angestoßen werden und sollen diesen und den Krankenkassen gegenüber auch rechenschaftspflichtig sein. Die Rechenschaftspflichten und die Vergütung nach Erfolg wird in regionalen Integrationsverträgen geregelt. Darin sind auch die Form der Anschubfinanzierung und die spätere Rückzahlungspflicht definiert (zur weiterführenden Diskussion vgl. das Diskussionsforum auf LinkedIn www.linkedin.com/groups/9029235/).

Analog zu dem Vorschlag der Grünen schlägt die Gruppe eine Zielmarke von 10% der Bevölkerung für 2025 vor, die in den Genuss der Versorgung nach dem Gesundheitsregionen-Modell kommen sollen. Folgende Vorteile werden in einer solchen Umkehr des Geschäftsmodells möglich:

- Für die lokalen Kommunen und Landkreise hätte diese Lösung den Vorteil, dass regionale Interessent*innen für die Produktion von Gesundheit den öffentlichen Gesundheitsdienst in Prävention und Gesundheitsförderung aus eigenem Interesse heraus aktiv unterstützen wird;
- die lokalen Betriebe (Arbeitgeber*innen wie Arbeitnehmer*innen) finden einen Partner für eine aktive Unterstützung von betrieblichem Gesundheitsmanagement;
- die Beitragssätze für die Krankenkassen können stabilisiert werden bzw. steigen zumindest auf längere Sicht nicht in dem Maße, wie aktuell befürchtet werden muss;

- für Innovator*innen, ob aus dem digitalen, dem medizintechnischen oder dem pharmazeutischen Bereich, entsteht mit einer solchen Regionalen Integrationseinheit ein Interessent, der ihre Innovationen zugunsten eines höheren Gesundheitsbenefits für die Bevölkerung aus eigenem Interesse aktiv unterstützen wird;
- für die Bürger*innen der Region entsteht ein höheres Maß an Versorgungssicherheit, da Integrator*innen aus eigenem Interesse dafür Sorge tragen müssen, dass das richtige Maß an lokaler Versorgung bereitsteht, da ansonsten die aufwändigen Kosten, bspw. für Notarzt-Einsätze, indirekt mit zu seinen Lasten gingen.

Und vielleicht lässt sich damit auch ein neues, nachhaltiges privatwirtschaftliches Unternehmertum entwickeln, das durch sein Geschäftsmodell bereits auf die Produktion von Gemeinwohl ausgerichtet ist. „Social Entrepreneurship“ at its best.

Literaturhinweise

Afraz, F. C./Dreher, C./ Berghöfer, A. (2020). Attraktive Arbeit in Zeiten des Fachkräftemangels? Sektoren-übergreifende psychiatrische Versorgung im Regionalbudget. In: Amelung, V. E./Eble, S./Sjuts, R./Ballast, T./Hildebrandt, H./Knieps, F./Lägel, R./Ex, P. (Hrsg.): Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen. MMW, Berlin. <https://doi.org/10.32745/9783954665372-i>

Benstetter, F./Lauerer, M./Negele, D./Schmid, A. (2020). Prospektive regionale Gesundheitsbudgets. Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. medhochzwei, Heidelberg (Studie im Auftrag der Stiftung Münch)

Braithwaite, J./Mannion, R./Matsuyama, Y./Shekette, P./Whittaker, S./Al-Adawi, S. (Ed.) (2017). Health Systems Improvement Across the Globe: Success Stories from 60 Countries. CRC Press

Hildebrandt, H./Bahrs, O./Borchers, U./Glaeske, G./Griewing, B./Härter, M./Hanneken, J./Hilbert, J./Klapper, B./Klitzsch, W./Köster-Steinebach, I./Kurscheid, C./Lodwig, V./Pfaff, H./Schaeffer, D./Schrappe, M./Sturm, H./Wehkamp, K.-H./Wild, D. (2021). Ein Vorschlag – Integrierte Versorgung jetzt! In: Hildebrandt, H./Stuppardt, R. (Hrsg.): Zukunft Gesundheit – regionalisiert, vernetzt, patientenorientiert. medhochzwei Verlag, Heidelberg (erscheint August 2021). URL: <http://www.optimedis.de/zukunftskonzept> (abgerufen am 18.7.2021)

Aktuelle gesundheitspolitische und –rechtliche Entwicklung aus Sicht von Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen

Kerrin Stumpf

Geschäftsführerin Leben mit Behinderung Hamburg
Elternverein e. V.



Wer mit Behinderung lebt, ist auf Medizin, Pflege, Therapie und Assistenz angewiesen, häufig ein Leben lang. 1,4 Mio. der 2,9 Mio. Menschen mit Pflegebedarf erhalten Leistungen, wie Grund- und auch häusliche Krankenpflege, Terminkoordination und -begleitung, Hauswirtschaft, Mobilisierung und Assistenz, von ihren Angehörigen. Die politische und rechtliche Entwicklung muss neben der fachärztlichen und -pflegerischen Versorgung den größten Pflegedienst Deutschlands, die Familien,

im Blick haben.

Die Qualität der Leistungen ist unerlässlich. Hiervon nicht trennbar ist das Selbstbestimmungsrecht. Bei dem im Oktober 2020 beschlossenen Intensivpflege-Rehabilitationsstärkungsgesetz war der Vorrang stationärer Versorgung hochumstritten und letztlich zu streichen. Nun besteht die gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen, ein flächendeckendes Angebot intensivpflegerischer Leistungen unter Berücksichtigung der Patientenwünsche zu schaffen.

Entbürokratisierung ist ein weiterer Schlüssel, insbesondere bezogen auf die Versorgung im Alltag. Mit der Heilmittel-Richtlinie 2021 verbindet sich die Hoffnung auf die nun barrierefreie Verordnung notwendiger Physio-, Sprach- und Ergotherapie u. a. Die EU-Medizinprodukte-Verordnung (MDR) mit den Hilfsmittelverträgen nach dem Terminservice-Versorgungsgesetz setzt neue Standards bei der Hilfsmittelversorgung. Aus Patientensicht kann daraus ein Erfolg werden bei bedarfsgerechter Verordnung und mit geeigneten, zeitnahen Verfahren und Angeboten.

§ 132g SGB V sieht die gesundheitliche Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase von Menschen mit Behinderung vor. Diese Parallelvorschrift zur Struktur der Pflegeeinrichtungen (für Menschen im Alter) richtet sich

an Einrichtungen der Eingliederungshilfe und ihre Klientel (18+). Entstehen so Transparenz und mehr Selbstbestimmung über Medizin und Pflege in der letzten Lebensphase sowie Verbesserungen der Assistenz zu Abläufen in der letzten Lebens- und während der Sterbephase, in Notfallsituationen, bei palliativer Versorgung und in psychosozialen Fragen, ist das eine begrüßenswerte Entwicklung. Die Rechtslage bleibt zu beachten. Wirksame Patientenverfügungen setzen höchstpersönliche Erklärungen bei voller Einwilligungsfähigkeit voraus. Der Grundsatz „In dubio pro vita“ gilt in der inklusiven Medizin ohne verbindliche andere Erklärung, auch gemäß dem Wunsch vieler Betroffener.

Auf den Patientenwillen kommt es an. Eine Kommunikation auf Augenhöhe ist das A und O. Wer Assistenz zur Gesundheitsvorsorge benötigt, kann diese Leistung nach dem Bundesteilhabegesetz erwirken. Das reformierte Betreuungsrecht betont den Vorrang der rechtlichen Selbstvertretung. Sie wird durch rechtliche Betreuung grundsätzlich nicht eingeschränkt. Voraussetzung ist die Einwilligungsfähigkeit. Kann ärztlicherseits festgestellt werden, dass eine Person bezogen auf die konkrete Behandlung einsichts- und steuerungsfähig ist, besteht für eine Entscheidung im Rahmen der rechtlichen Betreuung kein Raum.



Aktuelle gesetzgeberische Entwicklungen in der Gesundheitspolitik aus Sicht der Patient*innen

Dr. Jochen Sunken

Abteilungsleiter Gesundheit und Patientenschutz,
Verbraucherzentrale Hamburg



Wer aufgefordert ist, aus Sicht der Patient*innen auf das deutsche Gesundheitswesen und seine aktuellen gesetzgeberischen Entwicklungen zu schauen, muss zunächst einmal klären, welche spezifischen Interessen Patient*innen denn überhaupt besitzen. Trotz seiner vermeintlichen Selbstevidenz bleibt es eine Herausforderung, das Interesse der Patient*innen inhaltlich zu füllen. Nach Bandelow (2006) lassen sich vier Grundziele der Gesundheitspolitik unterscheiden: Finanzierbarkeit, Qualität, Solidarität

und Wachstum. Abgesehen vom Wachstumsziel, welches auf die Sicherung und Schaffung von Arbeitsplätzen und Gewinnmöglichkeiten für die Leistungsanbieter abzielt, haben naheliegenderweise Patient*innen insbesondere ein Interesse an einer bezahlbaren (Finanzierbarkeit), aber auch hochwertigen (Qualität) sowie gleichwertigen (Solidarität) Gesundheitsversorgung – wobei zu beachten ist, dass es sich hierbei um spannungsreiche, wenn nicht sogar konfligierende Ziele handelt.

Der (ausschnittshafte) Blick auf einige gesundheitspolitische Gesetze der 19. Legislaturperiode zeigt, dass durchaus einige Schritte in die Richtung der Ziele Qualität und Solidarität gemacht wurden. So entlasten bspw. die Rückkehr zu Beitragsparität in der GKV-Finanzierung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz) sowie ein Freibetrag auf Betriebsrenten (Gesetz zur Einführung eines Freibetrages in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge) die Beitragszahler*innen finanziell. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurden die Aufgaben der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert, um das Problem schwer zu bekommender Arzttermine abzumildern – wenn auch nur auf symptomatischer Ebene, wird doch das struktu-

relle Problem einer nicht immer bedarfsgerechten Verteilung der Ärzt*innen hiermit nicht adressiert. Auch der Referentenentwurf zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung lässt hoffen, dass er einige Probleme zumindest verkleinert, wird hiermit doch bspw. die Pflicht für Ärzt*innen, eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen, verschärft sowie ein Verrechnungsverbot im PKV-Notlagentarif formuliert. Die im MDK-Reformgesetz getroffenen Regelungen zu einer besseren Unterstützung von Patient*innenvertreter*innen in den Gremien der Selbstverwaltung auf Landesebene haben aber bisher nicht zu einer Verbesserung der Situation geführt.

Abzuwarten bleibt, inwieweit sich die Kosten der getroffenen Regelungen mittel- bis langfristig in den GKV-Beitragssätzen widerspiegeln werden: Die steigenden Zusatzbeiträge 2021 sind zumindest ein Indiz dafür – um das Mindeste zu sagen –, dass im Zielkonflikt von Qualität und Solidarität auf der einen Seite und Finanzierbarkeit auf der anderen Seite (s. o.) Letzteres vernachlässigt wurde.

Innovationsförderung durch den Innovationsfonds?

Prof. Dr. Norbert Klusen

Expertenpool/Innovationsausschuss G-BA



Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 wurde ab 1. Januar 2016 die Einführung eines Innovationsfonds für die Gesetzliche Krankenversicherung beschlossen. Die Einzelheiten sind in §§ 92a und 92b SGB V geregelt. Durch die finanzielle Förderung von neuen Versorgungsformen und der Versorgungsforschung sollten Anreize für Prozessverbesserungen (keine Produktförderung) im GKV-System geschaffen werden. Im Vordergrund steht dabei die Qualitäts- und Effizienzver-

besserung im intersektoralen Bereich. Die Projekte sollen eine besondere Patientennähe aufweisen und auf die praktische Umsetzung in die Regelversorgung gerichtet sein. Sie sind wissenschaftlich zu evaluieren. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Für die Jahre 2016 bis 2019 wurden jährlich 300 Millionen Euro zur Verfügung gestellt, davon 225 Millionen jährlich für die Förderung neuer Versorgungsformen und 75 Millionen Euro für die Förderung von Versorgungsforschungsprojekten. 2019 wurde die Fortführung des Innovationsfonds für weitere 5 Jahre beschlossen, allerdings mit einigen Änderungen. So wurde die Fördersumme auf 200 Millionen Euro pro Jahr begrenzt, davon 40 Millionen für Versorgungsforschung. Wie schon von 2016 bis 2019 werden auch bei der Fortführung der Förderung 50% der Fördersumme von den Krankenkassen und 50% aus der Liquiditätsreserve des GKV-Gesundheitsfonds finanziert. Über Förderthemen und Förderung entscheidet der Innovationsausschuss. Dieser besteht aus zehn stimmberechtigten Mitgliedern (3 GKV-Spitzenverband, 1 KBV, 1 KZBV, 1 DKG, 1 G-BA = Vorsitz, 1 BMBF, 2 BMG) und zwei nicht stimmberechtigten Patientenvertreter*innen. Der Innovationsausschuss wird durch eine Geschäftsstelle administrativ unterstützt. In den Jahren 2016 bis 2019 wurde der Innovationsausschuss weiterhin durch einen zehnköpfigen Expertenbeirat aus Vertreter*innen der Versorgungsforschung und Versorgungspraxis beraten. Der Experten-

beirat wurde ab 1. Januar 2020 durch einen Expertenpool abgelöst und breiter aufgestellt. Zurzeit gehören etwa 100 Vertreter*innen aus Versorgungspraxis und -wissenschaft zum Expertenpool. Zu jedem Förderantrag werden drei Gutachten (bis 2019 zwei Gutachten) der Expert*innen erstellt, die in die Entscheidung durch den Innovationsausschuss einfließen. Die Expert*innen dürfen selbst nicht an Förderanträgen beteiligt sein. Mit der Gesamtevaluation des Gesundheitsfonds wurde vom Bundesgesundheitsministerium die Prognos AG beauftragt, die 2019 einen Zwischenbericht vorlegte. Ein Abschlussbericht wird dem Deutschen Bundestag im März 2022 vorgelegt. Änderungsvorschläge der Gutachter*innen wurden bei der Neufassung der Förderung ab 2020 berücksichtigt.

Insgesamt wurden mehrere hundert Projekte gefördert. Bei einigen Projekten wurden Empfehlungen durch den Innovationsausschuss für die weitere Vorgehensweise, z. B. Übertragung in die Regelversorgung, ausgesprochen. Eine endgültige Erfolgsbewertung kann zurzeit noch nicht erfolgen, weil sich die weitaus überwiegende Anzahl der Projekte noch in der Durchführungs- oder Evaluationsphase befindet. Insgesamt kann aber aufgrund der bisherigen Erkenntnisse davon ausgegangen werden, dass durch die Förderung sowohl im Bereich der neuen Versorgungsformen als auch in der Versorgungsforschung wesentliche innovative Impulse für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ausgehen werden.

Weitere Vorträge

Hier finden Sie eine Übersicht über weitere Vorträge von Referent*innen aus der CCG Ringvorlesung. Die freigegebenen Präsentationen sind im Archiv der CCG Website hinterlegt.

Gesundheitsperspektiven für Hamburg

Staatsrätin für Gesundheit Melanie Schlotzhauer

(Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg)

Krankenhäuser im Umbruch: Hat das DRG-System eine Zukunft?

Prof. Dr. Reinhard Busse

(TU Berlin)

Dr. Claudia Brase

(Geschäftsführerin, Hamburgische Krankenhausgesellschaft)

Digitale Arzneimittelversorgung – das eRezept

Dr. Frank Verheyen

(Leiter Arzneimitteldistribution, Techniker Krankenkasse)

Hochkostenmedikamente und Lieferengpässe

Prof. Dr. Gerd Glaeske
(Universität Bremen)

Erfahrungen und Wahrnehmungen von Pflegenden in der Corona-Krise

Prof. Dr. Uta Gaidys
(Leitung Department Pflege und Management, HAW Hamburg)



PRÄSENTATIONEN ZU VORTRÄGEN ONLINE AUF:
[www.haw-hamburg.de/ccg/veranstaltungen/ccg-ringvorlesung/
archiv/aktuelle-gesundheitspolitik-gesetze-fuer-die-praxis/](http://www.haw-hamburg.de/ccg/veranstaltungen/ccg-ringvorlesung/archiv/aktuelle-gesundheitspolitik-gesetze-fuer-die-praxis/)





Präsentationen der Studierenden

Präsentationen der Studierenden

Die Studierenden präsentierten im Rahmen der CCG Abschlussveranstaltung im Februar 2021 wissenschaftliche Poster zu dem übergreifenden Thema der Gesundheitspolitik.

Wird die Akademisierung der Hebammenausbildung die Geburtsversorgung in Deutschland verbessern?

L. Hirsch, E. Rongstock,
L. Finger, J. Rusch

Personaluntergrenzen in Krankenhäusern im internationalen Vergleich

E. Adler, C. Bove,
R. Toigonbaeva, D. Zagrebelnaya

Entwicklung der pflegerischen Arbeitssituation seit Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung

A. Hering, H. Nicolas,
Thu Thao A. Nguyen, J. Schradick

Welche Vor- und Nachteile hat das PsychVVG im Gesundheitssystem? Eine Stakeholder-Analyse

C. Keller, M. Özbudakci, C. Radow,
L. Timmermann, O. Wadislohner

Wie beeinflusst die Akademisierung der Pflegeberufe die Attraktivität des Pflegeberufs in Deutschland?

V. Esipova, M. J. Schmidt, S. Schwan

Zulassung von SARS-CoV-2-Impfstoffen. Eine Pro-Contra-Analyse der beschleunigten Entwicklungs- und Zulassungsverfahren

D. Funk, M. Gödecke,
M. Riefflin, H. Stöhlker

**Pflegeberufereformgesetz:
Einfluss auf Mitarbeitergewinnung und -bindung in der Altenpflege durch lebensphasenorientierte Personalarbeit**

L. Fischer, B. Hille,
M. Westphal, S. Cebeci

Integrierte Versorgung in Hamburg – eine Untersuchung innovativer Gesundheitsprojekte am Beispiel des Gesundheitskiosks Billstedt und der Poliklinik Veddel

C. Appels, K. M. Harms, J. Papajewski

Transporte im Rettungsdienst Hamburg – Erleben und Einflussfaktoren auf Einsätze und Häuslichkeit

G. Brown, B.-M. Margolis, H. Volkert

Nutri-Score als gesundheitspolitische Maßnahme der Ernährungssteuerung

R. Burhonova, J. May, M. May,
C. Slodczyk, A. Stepanek

Mit Nudging den Süßgetränkekonsum senken

F. Ahmadzai, C. Kloske,
R. Naemi, S. - G. Sobetzko

Die COVID-19-Impfung und ihre Akteur*innen

J. Kehden, L. Köhn,
N. Kasizada, A. Rutz

Corona-Warn-App & Datenschutz

A. Bozok, J. Dinh,
K. Sauerhöfer, H. Seidel

Kontakt

CCG LEITUNG



Prof. Dr. Susanne Busch
Susanne.Busch@haw-hamburg.de



Prof. Dr. Joachim Westenhöfer
Joachim@Westenhoefer.de

CCG TEAM



Ralf Schattschneider
Geschäftsführung
Ralf.Schattschneider@haw-hamburg.de



Michaela Weber
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Michaela.Weber@haw-hamburg.de

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN HAMBURG

CCG Geschäftsstelle
Alexanderstraße 1, Raum 7.22
20099 Hamburg

+49 40 42875-7210
ccg@haw-hamburg.de

IMPRESSUM

Herausgeber:
Competence Center Gesundheit

Redaktionsanschrift:
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
CCG Geschäftsstelle
Alexanderstraße 1, Raum 7.22
20099 Hamburg

Redaktion:
Michaela Weber, Ralf Schattschneider

Gestaltung:
Sarah Preuß

Fotos:
Béatrice Król, HAW Hamburg

© HAW Hamburg, Mai 2022



Stimmzettel

Sie haben 2 Stimm

hier 1 Stimme für die Wahl
eines/einer Wahlkreis-
abgeordneten
Erststimm

1 pr



PDF-Download
Dokumentationsband

Gesundheitspolitik zwischen Bundestagswahl und den Folgen der Corona-Pandemie

CCG RINGVORLESUNG
SOMMERSEMESTER 2021

WEITERE INFORMATIONEN FINDEN SIE AUF
WWW.HAW-HAMBURG.DE/CCG