ISSN 2193-4479
D 24953
9. Jahrgang

WELT DER KRANKENVERSICHERUNG

Ausgabe 7-8 | 2020

- > *Gebetsmühle Prävention*
- > *Zukunft Integrierte Versorgung*
- > *Videosprechstunde für alle*
- > *Gesundheitspolitik mit und nach Corona*
- > *Corona individuell meistern*
- > *Misstraue dem Offensichtlichen*

Kostenlose Ausgabe

Juli/August 2020

Die WELT DER KRANKENVERSICHERUNG ist eine unabhängige Plattform für alle Fragen des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung und stellt sich mit erfahrenen Autoren und Gesprächspartnern den drängenden Themen der Branche mit anspruchsvollen, praxis- und zukunftsorientierten Beiträgen.

www.welt-der-krankenversicherung.de

Der Herausgeberbeirat:

Bettina am Orde
Georg Baum
Prof. Dr. Dr. Alexander P.F. Ehlers
Roland Engehausen
Ulf Fink
Birgit Fischer
Dr. Rainer Hess
Dr. Marc-Pierre Möll
Claus Moldenhauer
Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery
Dr. Robert Paquet
Dr. Uwe K. Preusker
Dr. Mani Rafii
Prof. Dr. Herbert Rebscher
Dr. Florian Reuther
Prof. Dr. Eberhard Wille

Herausgegeben von Rolf Stuppardt

medhochzwei

BITMARCK®

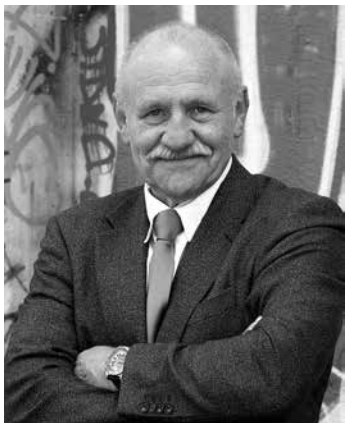
Die Data.Science.Factory

Agile KI-Entwicklung für die gesetzliche Krankenversicherung

- Gemeinsame Entwicklung innovativer und datengetriebener Lösungen
- Vernetzung von Krankenkassen, Partnern und BITMARCK in crossfunktionalen Teams
- Konkrete Kundenprobleme stehen im Mittelpunkt
- Priorisierung und Auswahl der Themen mit Kunden
- Lernendes System: nachhaltig und ganzheitlich angelegt

Noch Fragen? Dann wenden Sie sich gerne an vertrieb@bitmarck.de

Editorial



Gebetsmühle Prävention und Nachhaltigkeit, verlassen wir die Spielwiesen

Obwohl wir noch relativ wenig zur Genese und Bewältigung der Corona-Krise wissen, beginnt nun verstärkt die Diskussion über die Auswirkungen. Ich wollte eigentlich nie ein monothematisches Heft herausgeben, dafür ist die Welt der Gesundheit und Krankheit und derjenigen, die sie als Betroffene, Behandler und Versicherer in den Griff bekommen müssen, zu spannend und zu heterogen. Nun haben wir ein Heft vorliegen, das zwar unterschiedliche Themenfelder bedient, diese aber fast immer in Verbindung mit der Corona-Krise. Die betrifft nahezu jede Nische unserer Gesellschaft und Wirtschaft, unserer Kultur und Freizeit. Die Krise bestimmt unser Leben und natürlich die Gesundheitspolitik ganz vorrangig. Warum ist das so? Wir leben in einer globalen Welt der scheinbar unbegrenzten Möglichkeiten. Na ja, nicht für alle, aber für einen kleinen Teil der Weltbevölkerung mit Sicherheit. Die Vermögensverteilung ist schiefer denn je. Auch in Deutschland ist die Vermögenskonzentration höher als bisher bekannt. Aus den neuesten Zahlen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung vereint das reichste Prozent der Bevölkerung rund 35 Prozent des Nettovermögens auf sich. Doch für den allergrößten Teil der Menschen lief es dennoch nicht schlecht, jedenfalls besser als in den angeblich guten, alten Zeiten. Wachstum und „Geiz ist geil" sind das Credo. Die Gesellschaft produzierte, konsumierte, feierte, mehr als jemals zuvor. Dann kam Corona, wie viele Viren zuvor auch. Aber dieses Mal brachte die Pandemie durch die vielen Lockdowns im wahrsten Sinne die „Atemnot des Kapitalismus"[1] mit sich. Wir sind im pandemischen Zeitalter längst angekommen. Corona verweist auf die systemisch bedingte, erfolgreiche Verdrängung des Nachhaltigen, egal in welcher Frage. Kurzfristig Gewinn- und Kostengetrieben, das macht einen Großteil unseres Motors aus. Das produziert Ungleichgewichte in allen Bereichen. Humanitäre Katastrophen wie die Bedingungen der Flüchtlingskrise, aber auch das Leugnen der Klimakrise, ein Massentourismus der seine Ziele zerstört, privatisierte Versorgungsstrukturen, wenn es sich denn lohnt, einen Pandemieplan haben, ihn aber nicht umsetzen – all das sind nur einige Beispiele dieser Entwicklung. Nun gab es immer auch die hohen Lieder auf Prävention und Nachhaltigkeit. In der Praxis war das aber alles unterbelichtet, das Fundament unseres Seins war nicht wirklich danach ausgerichtet. Corona bringt es noch einmal auf den Punkt: Wann, wenn nicht jetzt, müssen Präventions- und Nachhaltigkeitsstrategien umfassend angegangen werden? Corona zeigt uns, wir müssen raus aus dem Teufelskreis. Der Markt allein wird das nicht richten. Nachhaltigkeit und Prävention dürfen keine Gebetsmühlen mehr sein, keine Spielwiesen im Wettbewerb. Wir müssen künftig nicht nur über einen funktionierenden Infektionsschutz, über genügend technische Infrastruktur, über ausreichend gut qualifiziertes und entlohntes Personal (mehr Geld statt Applaus) im Gesundheitswesen verfügen. Die Erfordernisse weisen weit darüber hinaus. Wir brauchen mehr Integration, mehr Interdisziplinarität in der Willensbildung. Wir müssen auch alles für ein funktionierendes ökologisches Gleichgewicht tun. Corona ist ein Kind des Ungleichgewichts. Beeindruckt hat mich ein Interview mit dem 101-jährigen Universalgelehrten James Lovelock[2], der u. a. feststellte, „die Biosphäre und ich sind beide am Ende unseres Lebens". Die Schlachthofskandale und unsere Ernährung sind im Verein mit dem erwähnten Credo ein Paar Schuhe. Hier muss es zur Umkehr kommen. Und schließlich mit Blick auf die Inflation der sog. Fake-News: Durch Bildung und Erziehung zur Analyse- und Kritikfähigkeit müssen wir auch diesem desinformierenden und destabilisierenden Trend beikommen. Verlassen wir die Spielwiesen und nehmen dies alles und vieles mehr ernsthaft in Angriff.

In diesem Sinne wünsche ich einen schönen Sommer.
Ihr Rolf Stuppardt

1 Ein eingängiger Untertitel des von der bekannten italienischen Philosophin Donatella Di Cesare kürzlich veröffentlichten Büchleins „Souveränes Virus? – Die Atemnot des Kapitalismus", Konstanz University Press 2020.

2 „Niemand versteht Gaia", Gespräch mit James Lovelock. In: Der Freitag 30/2020, S. 15.

HMM
Best in eHealth

DIGITALE VERSORGUNG MIT DER eVERORDNUNG.

Versorgungen in Sekunden digital einleiten und steuern.

Patientenzentrierte, nahtlos elektronische End-to-End-Services mit der elektronischen Verordnung. Für Ärzte, Krankenkassen und sonstige Leistungserbringer.

- Digital und in Echtzeit
- Voller Versichertenservice
- Ohne Medienbruch
- DVG-konform

Gemeinsam schicken wir Ihre Prozesse auf die Überholspur.

www.everordnung.info

Eine Lösung der HMM Deutschland GmbH

Inhalt

161 Gebetsmühle Prävention, verlassen wir die Spielwiesen
Die ernsthafte Beschäftigung mit der derzeitigen Orientierung auf Corona und seiner Zusammenhänge hat es noch einmal auf den Punkt gebracht: Wann, wenn nicht jetzt Prävention nachhaltig angehen? Herausgeber *Rolf Stuppardt* sieht das breit und fundamental angelegt. Gesundheitspolitik ist viel mehr als Kuration und Krisenbewältigung. Ihr Fundament ist nachhaltige Prävention, die weit in Wirtschaft und Gesellschaft reicht.

164 Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene – Teil 1
20 Jahre nach Einführung der §§ 140a ff in das SGB V und in Aufbereitung der Corona-Krise scheint es höchste Zeit für eine Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung mit ihren Insellösungen und verstreuten Einzelverträgen. Die *17 systembekannten Autor*innen* entwickeln in zwei Teilen ein mutiges und durchaus herausforderndes Gesamtkonzept einer Integrierten Versorgung als Regelversorgung für „Innovative Gesundheitsregionen" (IGR) und stellen dieses zur Diskussion für die Entscheidungen der nächsten Legislatur. Autor*innen, Redaktion und Verlag freuen sich über Rückmeldungen. Teil 2 erscheint in der September-Ausgabe.

174 Interview: Videosprechstunde für alle
In der Corona-Krise hat die Telemedizin einen gehörigen Schub erfahren. Nun hat das Münchener Telemedizin-Unternehmen TeleClinic als erste Online-Arztpraxis in Deutschland seine Online-Sprechstunden auch auf den GKV-Markt ausgeweitet. Für WELT DER KRANKENVERSICHERUNG befragte daher *Dr. Monika Sinha* die TeleClinic-Gründerin und Geschäftsführerin *Katharina Jünger* und *Dr. Nikolaus Schmidt-Sibeth*, den medizinischen Leiter bei der 2015 gegründeten TeleClinic.

177 Veränderung der Machtverhältnisse – Gesundheitspolitik nach (und lange mit) Corona
Wie sich durch die Corona-Krise die Machtverhältnisse in der Gesundheitspolitik verändern könnten und welche der bisher schon angelegten Trends damit zusätzliche Kraft gewinnen, diskutiert *Dr. Robert Paquet* und warnt vor Signalen der Fehlentwicklung.

184 Corona: Eine Herausforderung zwischen Erwartungen und Realität
Alle tragen Verantwortung für die Bewältigung der sog. Corona-Krise. Unser Autorenteam, *PD Dr. med. Thomas Häupl, Dr. med Christian Kessler* und *Prof. Dr. med. Andreas Michalsen*, diskutiert die damit verbundenen Herausforderungen aus medizinischer und individueller Biologiesicht und geben Empfehlungen für Vorsorge und Verbesserung der Abwehrlage, um die sog. Corona-Krise trotz noch fehlender SARS-CoV-2 spezifischer Interventionsmöglichkeiten bestmöglich zu meistern.

188 Bei der Aufarbeitung der Coronakrise im Gesundheitswesen muss gelten: Misstraue dem Offensichtlichen
Die Coronakrise hat in der Gesundheitspolitik Enormes und zuvor sicherlich auch Unvorstellbares in Bewegung gebracht. Mit Blick auf die Aufarbeitung des in der Krise Gelernten diskutiert *Dr. Helmut Platzer*, ehemaliger Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern, Gefahren und Potential für Weiterentwicklungsperspektiven des Gesundheitswesens.

193 Leistungs- und Vertragswelt

194 Recht und Gesetz

196 Europa und Internationales

199 Köpfe, Karrieren, Funktionen

200 Impressum

Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene – Teil 1[1]

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt,
Vorstandsvorsitzender OptiMedis AG
Dr. Ottomar Bahrs,
Sprecher Dachverband Salutogenese e.V., Universität Düsseldorf
Uwe Borchers,
Geschäftsführender Vorstand ZIG – OWL
Prof. Dr. Gerd Glaeske,
SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen
Prof. Dr. Bernd Griewing,
Vorstand Medizin RHÖN-KLINIKUM AG
Prof. Dr. Martin Härter,
Institutsdirektor Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Jessica Hanneken,
Vice President Investment und Gesundheitspolitik, BFS health finance GmbH
Prof. Dr. Josef Hilbert,
Vorstandsvorsitzender des Netzwerks Deutsche Gesundheitsregionen e. V. (NDGR e. V.)
Dr. Bernadette Klapper,
Bereichsleiterin Gesundheit Robert-Bosch Stiftung
Dr. Wolfgang Klitzsch,
Mitglied erweiterter Vorstand des BMC; Geschäftsführer a.D. Ärztekammer Nordrhein
Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach,
Geschäftsführerin Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
Prof. Dr. Clarissa Kurscheid,
Geschäftsführerin Figus GmbH
Dr. Volker Lodwig,
Aufsichtsratsmitglied EIT Health Germany
Prof. Dr. Holger Pfaff,
Direktor des IMVR und des ZVFK, Universität Köln
Prof. Dr. Doris Schaeffer,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld
Prof. Dr. med. Matthias Schrappe,
Universität Köln
Dr. Dr. med. Heidrun Sturm,
Leiterin Bereich Gesundheitssysteme - innovative Versorgung, Institut für Allgemeinmedizin & Interprofessionelle Versorgung, Universitätsklinikum Tübingen
Prof. Dr. Dr. med. Karl-Heinz Wehkamp,
SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen

20 Jahre nach Einführung der §§ 140a ff in das SGB V und in Aufbereitung der Coronakrise scheint es höchste Zeit für eine Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung mit ihren Insellösungen und verstreuten Einzelverträgen. Die Autor*innen entwickeln in zwei Teilen ein mutiges und durchaus herausforderndes Gesamtkonzept einer Integrierten Versorgung als Regelversorgung für „Innovative Gesundheitsregionen" (IGR) und stellen dieses zur Diskussion für die Entscheidungen der nächsten Legislatur. Autor*innen, Redaktion und Verlag freuen sich über Rückmeldungen. Teil 2 erscheint in der Septemberausgabe.

Wie schaffen wir es, eine besser koordinierte, sektorübergreifende Integrierte Versorgung zugunsten der Patient*innen, der Beitragszahlenden, der jeweiligen Region mit ihrer gesamten Bevölkerung und zugunsten der Gesamteffizienz des Gesundheitssystems zu gestalten? Dieser Frage geht der Artikel nach und startet mit einer Problemanalyse. Diese wurde zum Teil angeregt durch die Überlegungen von Ron Müller, Dezernatsleiter im Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg, im Heft 1/2020 der WdK. Er fragte, warum die bisherigen Lösungen aus Wettbewerbsgründen nur für die Versicherten einzelner Krankenkassen – und damit für einen sehr begrenzten Teilnehmerkreis – erreichbar sind. Der Artikel bezieht sich zudem auf Diskussionen im Umfeld der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen, des Bundesverbands Managed Care, der PORT-Konzeption der Robert Bosch Stiftung, des Regionalansatzes der Stiftung Münch sowie auf Überlegungen der Bund-Länder-AG zur „sektorenübergreifenden Versorgung".

Warum der Blick auf die Region?

Die Erfahrungen mit der Covid-19-Pandemie helfen, noch einmal klarer zu fokussieren: Wir haben eines der besten Versorgungssysteme weltweit. Doch die exzellente Behandlung eines einzelnen Patienten kommt dann an ihre Grenzen, wenn gleichzeitig die Infektionsketten, z. B. in Wohnheimen von Großschlachtereien, in einkommensschwachen Milieus, bei Veranstaltungen in Kirchengemeinden oder beim großstädtischen „Cornern", nicht konkret vor Ort unterbunden werden. Oder umgekehrt psychische und soziale Probleme durch administrative Regeln neu erzeugt werden, weil Lebensrealitäten

1 Der Inhalt dieses Beitrages stellt nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung jedes Autors bzw. jeder Autorin dar. Die Autor*innen haben als Privatpersonen an diesem Beitrag mitgewirkt.

und Bedarfe nicht differenziert genug berücksichtigt werden.

Schon vor der Pandemie konnten wir den engen Zusammenhang zwischen der regionalen Organisationsebene und der Qualität und Sicherung der gesundheitlichen Versorgung deutlich erkennen. Ob bezogen auf Versorgungsengpässe in ländlichen oder einkommensschwächeren großstädtischen Regionen durch fehlende Praxisübernahmen, lokale Versorgungsabbrüche nach Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalten, Stationsschließungen aufgrund von örtlichem Personalmangel im pflegerischen und ärztlichen Bereich von Krankenhäusern oder die Schwierigkeiten bei der Nachwuchsgewinnung in den therapeutischen Berufen vor Ort: **Gesundheit ist primär ein lokales und regionales Gut.**[2] Erst recht, wenn man die Entstehungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit sowie die lokalen Interventionsmöglichkeiten ins Blickfeld rückt. **Die Region als die unterste Einheit für die Entwicklung von Gesundheit und die Sicherung der Versorgung**[3] **muss deshalb in das Zentrum der Reformen geführt werden.**[4]

Was hindert uns an einer Integrierten Versorgung für alle GKV-Versicherten einer Region?

Gesundheit und Gesundheitsversorgung sind dabei nicht nur auf der „Soll"-Seite zu betrachten. Ein hoher Gesundheitsstatus durch gute Prävention, positiv unterstützende Gesundheitsförderung für Jung und Alt sowie eine saubere und schadstofffreie Umwelt gehen ebenfalls auf der „Haben"-Seite in die Bilanz der Regionen ein. Kommunen und Städte profitieren von einem erhöhten Erwerbsfähigkeitsanteil, geringeren Ersatzleistungen, höherer Wirtschaftskraft und Attraktivität für die Erweiterung oder Neuansiedlung von Betrieben genauso wie von höherer Kreativität der Bevölkerung.

Erstaunlich, dass diese Themen bei der Diskussion über Gesundheitspolitik immer schnell wieder außen vor sind. Dabei können wir die Kernprobleme heute klar benennen und daraus zielgeleitete Fragen hin zu den angestrebten Veränderungen entwickeln:

– Unser Gesundheitssystem folgt immer noch einem veralteten Modell: Es schaut auf den einzelnen Leistungserbringer und nicht auf die Qualität der gesamten Prozesskette – von der Vermeidung bis hin zur Behandlung einer Erkrankung und der Unterstützung beim Leben mit der Erkrankung. Kein Wunder, dass der Gesamtprozess mangelhaft ist, wenn nur eines der Teilelemente und/oder die Übergaben in dieser Prozesskette nicht gut funktioniert haben. Folgerichtig ist das Gesundheitssystem auch in seinen Anreizen zur Leistungserbringung auf individuelle Einzelleistungen statt auf Maßnahmen mit Populationsbezug ausgerichtet. Im Vordergrund steht eine kurative Medizin anstelle einer präventiven Ausrichtung inklusive der Befähigung der Menschen zur Gesunderhaltung bzw. zum Selbstmanagement. Alle Agierenden in den unterschiedlichen Sektoren haben ein eigenes Geschäftsmodell, über das die jeweilige Arbeit vergütet wird. Der ökonomische Nutzen vergrößert sich, wenn durch preisgünstigere Leistungsproduktion, z. B. durch Zeiteinsparung, Einsatz kostengünstigerer Mitarbeiter*innen etc., der freie Anteil am abgerechneten Leistungsvolumen vergrößert werden kann – egal ob dieser jetzt „Unternehmerlohn" oder „Gewinn" genannt wird. Wenn dazu noch die Leistungsmenge ausgedehnt werden kann, zumindest jene außerhalb etwaiger Budgetierungen, dann können die Akteur*innen auch noch Skalenvorteile für sich nutzen.
*Wie schaffen wir es, ein verbindendes ökonomisches Interesse zu entwickeln, das die Prozessqualität und das Versorgungserleben für die Patient*innen insgesamt fördert, den Gesamtprozess der Vermeidung bzw. Linderung und Behandlung von Erkrankungen optimiert sowie Patient*innen bzw. ganze Bevölkerungsgruppen in ihrer Gesundheitskompetenz und ihrem Selbstmanagement fördert?*
– Die Patient*innen werden nicht ausreichend als aktive Partner*innen im Entwicklungsprozess von Gesundheit angesehen und unterstützt: Gesundheit kann nur in den seltensten Fällen über den Kopf der Patient*innen hinweg entwickelt werden. Insbesondere bei den größenordnungsmäßig bedeutsamsten Erkrankungen – nämlich den chronischen Erkrankungen – kann dies immer nur gemeinsam mit den Betroffenen in Co-Produktion gelingen und die „therapeutische Teamleistung" muss im Zentrum der Betrachtung stehen.
*Wie schaffen wir es, eine gute Therapie zu belohnen, die sich daran misst, in welchem Maße die Patient*innen in ihrer aktiven Partnerschaft erfolgreich unterstützt wurden?*
– Bestehende Strukturen werden der interprofessionellen Zusammenarbeit nicht gerecht: Obwohl sich in der Praxis ein interprofessionelles Arbeiten der verschiedensten Berufsgruppen im Gesundheitswesen schon längst durchgesetzt hat, sind die Regularien des Systems, die Verantwortlichkeiten und die Vergütungsformen noch lange nicht hinterhergekommen und behindern damit eine inter- bzw. transprofessionelle Arbeit zugunsten der Patient*innen.[5]
Wie können wir durch eine neue Systemkonstruktion und eine neue Vergütungssystematik diese Hindernisse aus dem Weg räumen und damit zu einer Zusammenarbeit kommen, die von gegenseitiger Achtung und Wertschätzung bei jeweilig maximaler Kompetenz im jeweiligen Feld gekennzeichnet ist?
– Die gemeinsam erzeugte und koordiniert erreichte Qualität der Be-

2 Vgl. u.a. Reimann C: Ländliche Regionen stärken und medizinische Versorgung sichern. G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, Seite 24 - 26, Jahrgang 74 (2020), Heft 2

3 Gleiches gilt für Bedingungen guter Pflege: Auch sie können nur regional gewährleistet werden, vgl. Klie, T.: Pflegereport 2018. Pflege vor Ort - gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. Andreas Storm. Hamburg, 2018 Freiburg: medhochzwei (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 26)

4 Die „Urform" der Region werden dabei sehr wahrscheinlich die 294 Landkreise und 107 kreisfreien Städte darstellen müssen. Schon allein um die demokratische Legitimität und die Anschlussfähigkeit an die vorhandenen Strukturen, u. a. die 380 Gesundheitsämter, darzustellen.

5 Vgl. Ewers, M., Schaeffer, D. (2019): Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten auf steinigen Wegen. In: Ewers, M., Paradis, E., Herinek, D. (Hrsg.): Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten: Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. Weinheim: Beltz-Juventa, 55-69
Vgl. Hildebrandt, H., Gröne, O., Pimperl, A.: Gesundheit schaut nicht auf die Profession der Produzenten: Trans- bzw. Interprofessionalität als Katalysator für die Produktion von Gesundheit in Integrierter Versorgung und Gesundheitsnetzen. In: Löcherbach, P., Wendt, W. R. (Hrsg.): Care und Case Management. Transprofessionelle Versorgungsstrukturen und Netzwerke, Kohlhammer Verlag, 2020.

handlungsergebnisse und der erzielte Gesundheitsstatus von Populationen ist nach wie vor kein Maßstab: Das gilt sowohl für die Vergütung der Leistungserbringer als auch für den Vergleich der Leistungsergebnisse der Krankenkassen oder den der regionalen Gesundheitspolitik.
Wie lässt sich das Patientenwohl und eine Verbesserung des Gesundheitsstatus der regionalen Bevölkerung zum Zielwert und Maßstab machen?

– Keine klare Zielsetzung im Gesundheitswesen zur Angleichung von Gesundheitschancen: Unser Gesundheitssystem – als Teil der gesellschaftlichen Gesamtorganisation von Daseinsvorsorge – versagt trotz aller Einzelerfolge seit Jahren bei der Aufgabe, die Gesundheitschancen, den Gesundheitsstatus und die Lebenserwartung von Menschen aus einkommensschwachen Milieus an den der höheren anzugleichen. Keine Frage, das ist keine triviale Aufgabe und sie reicht weit über die gegenwärtige Aufgabenstellung der Gesundheitsversorgung hinaus.
Aber wie schaffen wir es, uns dies überhaupt als Ziel zu setzen und die Zielerreichung valide zu messen? Und belohnen wir jene für ihre Anstrengungen, die sich erfolgreich dafür einsetzen?
– Die lokale Gesundheitsversorgung, die Public-Health-Infrastruktur und der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) sind nur ungenügend miteinander verknüpft: Dies zeigte sich insbesondere in den Anfängen der Pandemie mit Reaktionsdefiziten und den Herausforderungen in der Kommunikation. Neben der besseren Ausstattung der Gesundheitsämter[6] sind auch ihre engere Verknüpfung zur Versorgungsinfrastruktur sowie zu dem großen Bereich der zivilgesellschaftlichen Aktivitäten für mehr Gesundheit dringend erforderlich.
*Wie kann eine aktivierende und advokatorische Rolle für die Verbesserung des Gesundheitsstatus der regionalen Bevölkerung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst besser entwickelt werden, wie sie etwa auch die Autor*innen des Thesenpapiers zur Pandemie 3.0 mit Recht einfordern?[7] Und wie gelingt uns eine effizientere Verzahnung des ÖGD mit den Versorgern und den Versorgungsstrukturen vor Ort?*
– Die zentralisierte Organisation von Krankenkassen steht lokalen Investitionen in die Gesundheit der Gesamtbevölkerung entgegen: Die Art, wie Krankenkassen aus der Historie heraus organisiert wurden, trägt dazu bei, die Region als den Ursprung von Gesundheit oder Krankheit zu vergessen. Krankenkassen regulieren primär die Leistungen für Erkrankte – demnach sind sie Einkäufer der Leistungen für Kranke und erst danach der Kümmerer (care holder). In dem Versuch, Krankenkassen zu einer Reduktion der Kostensteigerungen anzuhalten, wurden diese in einen Wettbewerb um die geringsten Zusatzbeiträge und die kostengünstigste Erbringung von Serviceleistungen hineingeführt. Zentralisierung war die Folge, lokale Geschäftsstellen wurden notwendigerweise geschlossen bzw. zu Vertriebsorganisationen umgebaut. Entsprechend verringerte sich der Kontakt zum lokalen Geflecht rund um die Entstehung und Förderung von Gesundheit. Hinzu kommt: Eine regional organisierte Optimierung der Entstehungsbedingungen von Gesundheit würde nicht nur den eigenen Versicherten, sondern auch denen der „konkurrierenden" Krankenkassen zugutekommen, sofern die partizipierenden Ärzte, Sportvereine oder anderen Partner keine Selektion nach Krankenkassenmitgliedschaft betreiben.
Wie schaffen wir Anreizstrukturen für Krankenkassen, damit sie über die verpflichtenden Anteile an Aufwendungen für Prävention nach dem Präventionsgesetz hinaus investieren?

Erfolgsbremse: Zu hoher Aufwand für den Leistungserbringer?

Mit der Integrierten Versorgung des § 140a ff SGB V hat die rot-grüne Koalition im Jahre 2000 auf einige dieser Problemfelder reagiert und eine Möglichkeit für innovative Lösungen geschaffen, die eigentlich einige Fallstricke des gegenwärtigen Systems umgehen sollten. Innovative Leistungserbringer und Krankenkassen können alternative Lösungen vereinbaren – zur Probe oder auf Dauer. Wie Brandhorst (2017) schrieb, „war die mit der Gesundheitsreform 2000 in das Krankenversicherungsrecht eingeführte Integrierte Versorgung (…) der bis dahin ambitionierteste Schritt, um den für das deutsche Gesundheitssystem typischen Koordinations- und Kooperationsdefiziten entgegenzuwirken. Vom Gesetzgeber beabsichtigt war die Schaffung einer alternativen Form der Regelversorgung, die die althergebrachten Verhältnisse nach und nach überformen sollte".[8] Roland Berger Strategy Consultants hatten im Oktober 2002 in einer Studie prognostiziert, dass im Jahre 2020 rund 35 Prozent der Versicherten und ca. 20 Prozent des Gesamtvolumens des Gesundheitsmarktes transsektoral integriert versorgt würden.[9]

Wir wissen heute, dass dies bei Weitem nicht so ist. Zunächst ist die Entwicklung einer realen Kooperation immer eine der schwierigeren Aufgaben. Die analoge oder digitale Übergabe von Informationen und konzeptionellen Überlegungen bezüglich der Behandlung oder die Organisation eines Behandlungspfades unter Einbeziehung von präventiven Elementen erfordern immer einen Zusatzaufwand gegenüber der sektoralen Regelversorgung. Und der Nutzen entsteht aus Leistungserbringersicht primär bei den anderen, also den Patient*innen und den Krankenkassen. Und je komplexer die jeweilige Behand-

6 In ihrem Konjunkturpaket vom Juni 2020 hat die Koalition einen „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst" beschlossen. Der Bund soll den Ländern in Form von Umsatzsteuerfestbeträgen die finanziellen Mittel zur Verfügung stellen, um die zusätzlich erforderlichen Stellen in den Gesundheitsämtern vor Ort für die kommenden fünf Jahre zu finanzieren, soweit die Anstellung bis Ende 2021 erfolgt ist. Mit einem Förderprogramm will der Bund die technische und digitale Auf- und Ausrüstung des ÖGD unterstützen. Insgesamt sind bis zu 4 Mrd. Euro für diese Maßnahmen vorgesehen. Vgl. auch den sehr lesenswerten Kommentar von Matthias Gruhl im Observer Gesundheit www.observer-gesundheit.de/quo-vadis-oegd

7 Schrappe et al. Thesenpapier 3.0 Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – eine erste Bilanz. Juni 2020. Abrufbar unter: www.socium.uni-bremen.de/uploads/thesenpapier_3.pdf

8 Brandhorst, A.: Kooperation und Integration als Zielstellung der gesundheitspolitischen Gesetzgebung – Darstellung und Analyse der Reformmaßnahmen seit 1989. In: Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luthe E. W. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens. Wiesbaden. Springer VS. (2017)

9 „Auswirkungen der transsektoral integrierten Gesundheitsversorgung auf die Medizinprodukte-Industrie", Gutachten im Auftrag des BVMed, Roland Berger Strategy Consultants, 2002

lung und Verständigung über diese ist – etwa im Fall multimorbider Patient*innen, bei Krankheiten mit lebensstilbezogenen Herausforderungen oder im Fall von Patient*innen mit sprachlichen Verständigungsproblemen –, umso aufwändiger ist es. Bei einer nach Sektoren getrennt finanzierten und an durchschnittlichen Klienten orientierten Versorgung fällt eine solche Zusatztätigkeit deshalb oftmals als erstes weg, auch wenn sie aus ethischen Gründen gefordert und in den Behandlungsleitlinien abgebildet ist und gesamtökonomisch große Vorteile erzeugen würde.

Nach Knieps (2020) stellt sich folgende Notwendigkeit: „Die vernetzte und die integrierte Versorgung müssen die Regelversorgung bilden und durch eine übergreifende Steuerung von Kapazitäten, Vergütungsformen und Qualitätsanforderungen endlich die jeweilige Binnenlogik der einzelnen Versorgungsbereiche zurückdrängen."[10]

Koordination und Integration: Zwei Wege, große Stolpersteine

Wenn jetzt mittels Verträgen nach § 140a SGB V Leistungserbringer oder eigens gegründete Konsortien bzw. Managementgesellschaften/Institute diese verstärkten Koordinations- und Integrationsleistungen erbringen wollen, dann stehen ihnen im Grunde zwei Wege offen:

1. Sie können in Fortführung der bisherigen Vergütungskonzepte den Krankenkassen zusätzliche Koordinationsleistungen (etwa Lotsentätigkeiten, Edukationskonzepte, intensivierte Beratungsleistungen) anbieten und darauf hoffen, dass Krankenkassen sich überzeugen lassen, dafür zusätzliches Geld auszugeben. Dieses muss die vermehrten Aufwände abdecken, die wiederum auf Dauer zu Minderausgaben bei den Krankenkassen führen (meist setzt das noch über Drittmittel finanzierte Pilotprojekte voraus, die den Kosten-Nutzen-Effekt plausibel machen oder sogar mit gesundheitsökonomischen Studien nachweisen).
2. Sie brechen mit der bisherigen Systematik und investieren selbst in diese Koordination und die analoge und digitale Weiterentwicklung der Abläufe und Prozesse. Damit ihre Investitionen refinanziert werden können, müssen sie allerdings vorab mit den Krankenkassen zu Vereinbarungen kommen, dass diese sie in gesicherter Form an den Erfolgen beteiligen, falls daraus eine „Integrationsdividende" entsteht, d. h. ein verbessertes Verhältnis von Kosten zu Einnahmen (Zuweisungen).

Fünf entscheidende Ursachen lassen Initiator*innen, die der Aufforderung des Gesetzgebers folgen und etwas Neues entwickeln, vielfach daran scheitern.[11]

1. Im Dickicht der Regelungen und der festgefahrenen Strukturen des Gesundheitswesens erleben sie in höchstem Maße Widerstand, wenn sie für koordinierte Leistungen zusätzliche Vergütungen beanspruchen. Den Krankenkassen stellt sich die Frage, ob aus der Plausibilität einer Maßnahme nachher auch tatsächliche Einsparungen entstehen. Sie stehen damit letztendlich im Risiko – gleichzeitig verlangen Gesetzgeber und Aufsicht aber bei Strafe der Vorstandshaftung die gesicherte Wirtschaftlichkeit.
2. Auch dann, wenn die Initiator*innen auf zusätzliche Vergütungen verzichten und stattdessen Verträge anstreben, um sich mit den Krankenkassen eine gegebenenfalls erzielte Integrationsdividende zu teilen, wird dies nicht einfacher. Prinzipiell sind solche Lösungen über den § 140a zwar möglich – und werden z. B. in Baden-Württemberg seit 15 Jahren erfolgreich erbracht –, dennoch stellen sich auch für positiv aufgeschlossene Krankenkassen an dieser Stelle Herausforderungen. Dies betrifft u. a. die Komplexität der Erfolgsmessung, die notwendige interne Umorganisation in Verwaltungsabläufen, die Anforderungen der Aufsicht bezüglich der Abgrenzung gegenüber der Regelversorgung oder die kommunikativen Herausforderungen von national aufgestellten Kassen, wenn bestimmte Versorgungsangebote nur regional einlösbar sind.
3. Wirtschaftlicher Wettbewerb besteht nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der Sektoren, was grundsätzlich als Fortschrittsmotor sinnvoll ist. Kooperation und Koordination mit gemeinsam vereinbarten Behandlungspfaden und einer am übergeordneten Versorgungsziel ausgerichteten, konsentierten Aufgabenverteilung für die Patient*innen erfordern jedoch in Teilen die Überwindung des Denkens um den jeweiligen „Anteil am Vergütungskuchen" zugunsten der patientenorientiertesten Lösung – etwa zwischen Allgemeinmedizin- und fachärztlichen Praxen. Dies steht wiederum der betriebswirtschaftlichen Logik der jeweiligen Praxis bzw. anderweitigen Versorgungseinheit entgegen.
4. Ein anderes Problem stellt sich innerhalb einer Praxis, eines Krankenhauses oder einer Apotheke, um nur einige der Gesundheitsakteur*innen zu benennen: Wenn z. B. 30 Prozent der Patient*innen nach einem selektivvertraglichen und 70 Prozent innerhalb einer Einrichtung nach dem klassischen Regelversorgungsmodell behandelt werden, da nur Krankenkassen mit einem 30-prozentigen Marktanteil den Selektivvertrag abgeschlossen haben, entsteht ein doppelter Aufwand an Verfahrensanweisungen, Trainings für das jeweilige Vorgehen, EDV-Umstellungen u. v. a. m. Auch engagierte Gesundheitsakteur*innen müssen sich deshalb genau überlegen, ob sie den zusätzlichen Aufwand und die damit möglicherweise entstehenden Ablaufunsicherheiten wirklich eingehen wollen und ob zusätzliche Vergütungen (sofern vorhanden) diesen Zusatzaufwand rechtfertigen können.[12] Zumal sie damit auch in argumentative Herausforderungen gegenüber den Patient*innen kommen, wenn sie den Versicherten der einen Krankenkasse eine zusätzliche Option anbieten können, den Versicherten der anderen Krankenkasse aber nicht. Gerade für ethisch hochmotivierte Leistungserbringer (und auch die Öffentlichkeit) ist eine

10 www.background.tagesspiegel.de/gesundheit/das-krankenversicherungsrecht-muss-generalueberholt-werden

11 Amelung führt dazu noch Rahmenbedingungen auf, die „geradezu wie ‚Kontra-Anreize' für mehr Integration, Koordination und Vernetzung" wirken: Geringer Handlungsdruck für die Akteure, hohe Komplexität der Vergütungssysteme, hohes Maß an Intransparenz, Überregulierung des Marktes. Vgl. Amelung, V.: Vorwort. In: Pundt, J.; (Hrsg.), Vernetzte Versorgung – Lösung für Qualitäts- und Effizienzprobleme in der Gesundheitswirtschaft, Apollon University Press, Bremen 2017, S. 11–13

12 Hier nicht weiter erörtert – dennoch soll angemerkt werden, dass diese Problematik auch dazu in der Lage ist, die Höhe der notwendigen zusätzlichen Vergütung so hoch zu treiben, dass inhaltlich gute Ansätze ihre Wirtschaftlichkeit verlieren und dadurch nicht zur Realisierung kommen.

Differenzierung von Behandlungspfaden nach Krankenkassen schwer akzeptabel. Wenn als Konsequenz aber auch die Versicherten nicht vertragsbeteiligter Krankenkassen die Vorteile verbesserter Pfade erfahren, können diese Krankenkassen dann Trittbrettfahrereffekte erhalten, ohne dass sie dafür zahlen. Die Antizipation solcher Effekte reduziert wiederum die Bereitschaft potentieller Initiatoren auf der Seite der Krankenkassen.

5. Für Krankenkassen sind darüber hinaus Verträge zur Integrierten Versorgung[13] eine der wenigen Differenzierungsoptionen im Wettbewerb um die Versicherten. Wenn Krankenkassen wirtschaftlichen Erfolg oder steigende Mitgliedschaftszahlen ihren eigenen Selektivverträgen der Integrierten Versorgung zuschreiben, weshalb sollen sie ein Interesse daran haben, dass Leistungserbringer gleichlautende Verträge mit allen Kassen abschließen?

Trend zu weiterer Fragmentierung statt zu realer Integration

Im Ergebnis kommen viele Initiator*innen, die eigentlich neue Lösungen entwickeln wollen, zu dem Schluss, dass es einfacher und erfolgversprechender ist, an den alten Modellen der Vergütung festzuhalten. Statt auf Koordination setzen sie dann auf die Strategie sektorspezifischer Optimierung. Sie kaufen beispielsweise weitere Praxissitze auf, um dann vom Vorteil der Skalierung zu profitieren, erwerben zusätzliche Gerätschaften, fördern die Bindung von Ein- oder Überweisern, bieten zusätzliche Leistungen z. B. im Krankenhausbereich an oder entwickeln vertikal integrierte, konzernähnliche Strukturen, um zugunsten einer betriebswirtschaftlichen Optimierung die gesamte Wertschöpfungskette zu nutzen. Ob daraus Nutzeneffekte für die Patient*innen entstehen oder sich sogar negative Effekte auf das Patientenwohl entwickeln, steht bei solchen auf betriebswirtschaftliche Effizienzsteigerung angewiesenen Insellösungen weniger im Fokus. Im Effekt wird damit wertvolles Innovationspotenzial zugunsten einer optimierten Versorgung durch unser bestehendes Regelsystem blockiert.

Eine Betrachtung der aktuellen Investitionen im Gesundheitswesen[14] zeigt genau dieses Bild: Statt der volkswirtschaftlich sinnvollen Integration und Optimierung von Gesundheitsförderung und -versorgung erfahren wir eine betriebswirtschaftlich nützliche, aber volkswirtschaftlich unsinnige Vermehrung und Ausdifferenzierung von Leistungen. Diese Überversorgung ist teuer und schadet den Patient*innen und wird zudem noch durch Unter- und Fehlversorgung in anderen Bereichen negativ ergänzt. Die Logik folgt der betriebswirtschaftlichen Optimierung entsprechend der jeweils besten Renditechance, die sich zum Beispiel oft zu Lasten der konservativ-medizinischen und zugunsten des Ausbaus operativer Leistungen auswirkt.[15]

Eine der Barrieren und Hindernisse für eine Ausweitung regionaler Integrationslösungen wird aktuell von dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) dargestellt: Durch eine sehr spezifisch eingegrenzte Interpretation des § 140a SGB V auf selektivvertragliche Produktlösungen, wird das BAS im Moment von vielen Krankenkassen als Bremser innovativer Lösungen auf regionaler Ebene angesehen. Dies gilt in besonderem Maße für Krankenkassen, die direkt der Aufsicht des BAS unterstellt sind. Eine Reihe von Krankenkassenvorständen legt deshalb aktuell in der Antizipation befürchteter negativer Auflagen in der Folge (Vorstandshaftung) alle Verträge vorab dem BAS zur Prüfung vor, obwohl das so nicht vom Gesetzgeber vorgesehen war. Da diese Prüfung zumeist restriktiv und relativ festgefahren unter dem Modus von indikationsspezifischen Add-On-Vergütungsformen erfolgt, werden damit größere Lösungen, die quer über alle Indikationen und auf Populationen in bestimmten Landkreisen oder Stadtbezirken ausgerichtet sind und der Logik einer geteilten Integrationsdividende folgen, eher erschwert.[16]

Die bereits im Jahr 2000 mit der Einführung des § 140a konzipierte Herausforderung bleibt also bestehen: **Wie schaffen wir es, die althergebrachten Verhältnisse nach und nach im Sinne einer echten Integration der Versorgung umzuformen und von Pilotlösungen für Minderheiten von Patienten einzelner Krankenkassen hin zur neuen „Normalität" für alle Patienten zu gelangen?**

Unserer Auffassung nach wird dies nur durch eine stärkere Regionalisierung möglich werden.

Lösungsversuche und ihre Grenzen

Die inzwischen als „Besondere Versorgung" nach § 140a SGB V bezeichnete Integrierte Versorgung erlaubt bereits aktuell die Beteiligung vieler Krankenkassen. In der Praxis gestaltet sich eine Beteiligung verschiedener Krankenkassen an populationsorientierten Lösungen aber so schwierig, dass es nach Kenntnis der Autor*innen[17] in Deutschland bisher nur eine Lösung gibt, die (nahezu) alle Krankenkassen in einen IV-Vertrag einbindet. Das ist eine Lösung,

13 Seit der letzten Reform wurde die Begrifflichkeit Integrierte Versorgung vom Gesetzgeber mit der Überschrift „Besondere Versorgung" überwölbt. Damit wurde gleichzeitig die Abkehr von der ursprünglichen Idee der allmählichen Überformung der Regel- durch die Integrierte Versorgung zumindest begrifflich noch einmal zementiert.

14 Scheuplein, C., Evans, M., Merkel, S.: Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor: eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik. IAT discussion paper, no. 19/01 Link: www.iat.eu/discussionpapers/download/IAT_Discussion_Paper_19_01.pdf

15 Die Corona-Krise und die in den einzelnen Ländern erreichten Ergebnisse demonstrieren gerade sehr anschaulich, wie desaströs sich ein schlecht koordiniertes Gesundheitssystem (und ein schlecht organisiertes politisches Handeln) auf die jeweilige Volkswirtschaft auswirken kann.

16 Eine zum Zeitpunkt der Schriftlegung des Artikels kurz veröffentlichte Formulierungshilfe zu einem Änderungsantrag der Regierungsfraktionen zum GKV-IPReG (BT-Drs. 19/19368) sah einige Veränderungen vor, u. a. die ausdrückliche Aufnahme regionaler Versorgungsinnovationen, die Streichung des besonderen Wirtschaftlichkeitsnachweises nach § 140a Abs. 2 S. 4 (Nachweis der Wirtschaftlichkeit der Verträge nach spätestens vier Jahren), die Ermöglichung gegenseitiger Unterstützung bei Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen inkl. der Möglichkeit, Dritte zu beauftragen und die Möglichkeit, dass Krankenkassen und ihre Verbände auch gemeinsam Selektivverträge abschließen können. Unserer Einschätzung nach sind diese Änderungen positiv zu werten, aber entwickeln noch keine ausreichende Anreizwirkung, um die Investitionen umzusteuern.
Im Übrigen sollte noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die Vorschrift bis 2015 die Vorgabe enthielt, dass die Verträge eine „bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen sollen". Diese Zielrichtung hatte der Gesetzgeber selbst aufgegeben, mit dem Änderungsantrag sollte sie jetzt wieder als spezielle Möglichkeit benannt werden.

17 Allein schon aus der Tatsache, dass es für eine solche Aussage der Marktkenntnis der Akteure bedarf und keine öffentliche Transparenz über die existierenden Verträge der Besonderen Versorgung gibt, macht ohne jeden Zweifel ihren primär wettbewerblichen Charakter deutlich.

die unter Beteiligung eines der Mitautoren für die Klient*innen der evangelischen Einrichtungen der Behindertenhilfe in Niedersachsen vereinbart wurde und inzwischen mit verschiedenen Änderungen über nahezu 20 Jahre besteht. Ansonsten gibt es einige Verträge, die von Serviceeinrichtungen für Krankenkassen gleich für mehrere Krankenkassen abgeschlossen worden sind. Den Autor*innen ist aber kein Vertrag bekannt, an dem sich so viele Krankenkassen beteiligen, dass mehr als 90 Prozent der Versicherten dadurch erreicht würden. Aus Kreisen der Krankenkassen ist zu hören, es sei nicht davon auszugehen, dass es ohne deutlich stärkere gesetzliche Rahmenänderungen (als die im Juni dieses Jahres von den Regierungsfraktionen angekündigten Änderungsanträgen zum GKV-IPReG, die allerdings vor Abschluss des Verfahrens wieder zurückgezogen wurden) zu einem anderen Vertragsverhalten komme. Verträge nach § 140a SGB V werden, wie oben beschrieben, innerhalb der Welt der Krankenkassen zu einem großen Teil als Differenzierungsmöglichkeiten im Wettbewerb gesehen: Wenn alle Krankenkassen den gleichen Vertrag zur Integrierten Versorgung unterzeichnen würden, dann fiele genau diese (latente) Differenzierungsmöglichkeit weg.

Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifenden Versorgung"

Eigentlich hatte sich der Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD von 2018 bereits des Themas der sektorübergreifenden Versorgung angenommen. Darin ist die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe beschrieben, die Vorschläge erarbeiten soll und auch spezifische regionale Ausgestaltungen ermöglichen sollte.[18]

Der dazu bisher im Januar 2020 vorgelegte „Fortschrittsbericht" der Bund-Länder-AG „Sektorübergreifenden Versorgung" erscheint ernüchternd. Der zweifellose Verdienst der AG besteht in der Entwicklung einer Reihe von Lösungsansätzen für einzelne Schnittstellenprobleme, so u. a. in der Notfallversorgung, in der Überlegung von Anreizen zur Ambulantisierung von Krankenhausleistungen und für die Finanzierung von Patientenlotsen und Community Health Nurses sowie in der Sanktionierung für nicht erfolgtes Entlassmanagement. Damit werden aus Patientensicht in jedem Fall gravierende Problemfelder der gegenwärtigen Versorgung angesprochen. Grundsätzlich bleiben die Vorschläge aber dem gegenwärtigen Finanzierungsmodell und den darin enthaltenen Fehlanreizen unterworfen. Ein Ansatz zur Umorientierung in Richtung populationsorientierter Vergütungen oder gar „pay for results", in denen der erzielte Gesundheitsnutzen stärker im Fokus der Vergütung steht, ist nicht abgebildet. Auch ein Entfernen der oben dargestellten Hindernisse für Verträge zur Integrierten Versorgung ist nicht zu erkennen. Sicherlich ist dies auch dem Umstand geschuldet, dass in der gesundheitspolitischen Debatte die sektorenübergreifende Versorgung auf eine bessere Verzahnung von Krankenhausversorgung und ambulanter ärztlicher Versorgung reduziert wird, wie Brandhorst (2017) mit Recht feststellt.[19]

Kommunale Ansätze: Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen

Alternativ wäre denkbar, an der Weiterentwicklung der inzwischen von mehreren Bundesländern eingeführten „Kommunalen Gesundheitskonferenzen", so u. a. verpflichtend in NRW und in Baden-Württemberg, aber auch in Eigeninitiative in einzelnen Landkreisen quer über die Republik, anzusetzen. Ihre Mitglieder setzen sich zumeist aus Vertretern der jeweiligen regionalen mit Gesundheit befassten Administration, der Ärzteschaft und anderer Berufsgruppen, der stationären Einrichtungen, der Sozialversicherungsträger und weiteren Verbänden und Einrichtungen zusammen. Trojan beschreibt 2017 in einem Überblicksaufsatz, dass in „der Realität aber sowohl auf Landes- als auch auf Kommunal-Ebene starke Variationen vorkommen".[20]

Die Erfahrungen mit der Wirksamkeit der Gesundheitskonferenzen sind unterschiedlich. Bis auf wenige Ausnahmen mit sehr engagierten Landrät*innen, die sich des Themas sehr angenommen haben, muss von eher relativ begrenzten Erfolgen ausgegangen werden. Da die meisten Gesundheitskonferenzen keine eigene Investitionsfinanzierung haben, muss zumeist für jegliche Maßnahme jeweils zunächst eine Finanzierung gesucht und gefunden werden. Eigeninteressen der jeweiligen Institutionen und die Konkurrenz zwischen den Anbieter*innen bzw. geringe Entscheidungskompetenzen der Konferenzen, können ebenfalls Entscheidungen behindern und verzögern. Häufig werden Entscheidungen auf überörtlicher Ebene getroffen, die dann zwar Auswirkungen auf die Arbeit der lokalen Ebene haben, aber von dort aus nicht verändert werden können. Insbesondere auf der Krankenkassenseite ist zusätzlich davon auszugehen, dass örtliche Vertreter*innen an die Vorgaben ihrer Landes- bzw. Bundesorganisationen gebunden sind.

Einige Landesregierungen versuchen mittels der Einführung und einer gewissen Anschubfinanzierung von „Gesundheitsregionen" eine bessere Koordination von Versorgung zu ermöglichen, so u. a. sehr aktiv Niedersachsen[21] und Bayern.[22] Die Länder finanzieren damit eine gewisse Grundausstattung der kommunalen Ebenen für die Koordination, greifen damit einen der oben beschriebenen Mängel auf und bieten gleichzeitig in einem geringen Maße Projektfinanzierungen an. Dies erscheint zwar eigentlich ein guter Ansatz, aber leider erfolgt eine reale Verknüpfung von Prävention und Gesundheitsförderung auf der einen und Versorgung und Gesundheitswirtschaft auf der anderen Seite – mit dem Ziel der Steigerung des Patientenwohls bei gleichzeitiger Effizienzsteigerung für das Gemeinwohl – noch viel zu selten. Dazu wären deutlich bessere

18 Siehe www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/koalitionsvertrag_2018.pdf

19 Brandhorst, A.: Kooperation und Integration als Zielstellung der gesundheitspolitischen Gesetzgebung – Darstellung und Analyse der Reformmaßnahmen seit 1989. In: Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luthe E.W. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens. Wiesbaden. Springer VS. (2017)

20 Trojan, A.: Gesundheitskonferenzen. In: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 2017, sowie die Bezugsquelle: Hollederer, A.: Gesundheitskonferenzen in Deutschland: Ein Überblick. Gesundheitswesen 2015; 77: 161–167.

21 www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/gesundheit/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html

22 Vgl. Hollederer, A., Eicher, A., Pfister, F., Stühler, K., Wildner, M.: Vernetzung, Koordination und Verantwortung durch Gesundheitsregionenplus: Neue gesundheitspolitische Ansätze und Entwicklungen in Bayern. Gesundheitswesen, 2015 vgl. auch zu neueren Entwicklungen: www.gesundheitsregionenplus.bayern.de

Voraussetzungen bezüglich der Gesundheitsdaten der jeweiligen Bevölkerung und eine größere Durchsetzungsstärke vonnöten, um die beschriebenen betriebswirtschaftlichen Logiken der bestehenden Versorgungsstrukturen zu überwinden. Stattdessen sind solche Gremien eher der Gefahr ausgesetzt, dass sich Einzelinteressen von Gesundheitsanbieter*innen durchsetzen, die sich zwar gelegentlich zwar zu sinnvollen Projektmaßnahmen bündeln lassen, dann aber mit der zeitlichen Befristung von „Projektfinanzierungen" wieder in sich zusammenzufallen drohen. Im besten Fall lassen sie sich noch zeitweilig mit den Präventionsgeldern der Krankenkassen, zusätzlichen Landesmitteln, dem Innovationsfonds des G-BA oder einzelnen IV-Verträgen weiterführen und dienen dann zeitbegrenzt der Erprobung von neuen Versorgungslösungen. Gerade die Zeitbegrenzung von Projektförderung steht jedoch dem Aufbau komplexer neuer Steuerungsstrukturen innerhalb und zwischen den beteiligten Organisationseinheiten entgegen, denn hier sind häufig umfangreiche Anfangsinvestitionen zu tätigen, die sich erst über längere Zeit hin auszahlen.

Innovationsfonds G-BA

Eingerichtet wurde der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) u. a. mit dem Ziel der „Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung gemäß § 92a SGB V". Einer der zentralen Anforderungen war dabei die Überführung von positiv evaluierten Versorgungslösungen in die Regelversorgung. Zweifellos hat der Innovationsfonds zu einer deutlichen Vermehrung von Ansätzen innovativer Versorgungslösungen geführt.[23] Aber das Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zum Innovationsfonds vom März 2019 legt dafür auch sehr präzise die Grenzen dar: „Bei einer Überführung der Innovation in das Kollektivvertragsrecht sprechen wir uns dafür aus, ausschließlich die im SGB V bestehenden Transformationswege zu nutzen. Zu den Möglichkeiten, die die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung hierfür nutzen können, gehören insbesondere die Richtlinien des G-BA. Ferner kann der Bewertungsausschuss etwaige Gebührenordnungspositionen im einheitlichen Bewertungsmaßstab festsetzen, um eine neue Leistung in die vertragsärztliche Versorgung einzuführen."[24] Damit richtet der GKV-Spitzenverband den Blick der Innovatoren erneut weg von etwaigen Überlegungen hinsichtlich Regionalbudgets und Ergebnisse belohnenden „pay-for-results"-Lösungen hin zu den eingefahrenen sektoralen Vergütungsmechanismen, die ihrerseits wiederum die Ursache für so viele Fehlanreize sind.[25]

Die konzeptionellen Entwürfe verschiedener Stiftungen

Neben dem oben schon erwähnten Sachverständigenrat haben sich auch mehrere Stiftungen in den letzten Jahren zu dem Thema der sektorenübergreifenden Versorgung zu Wort gemeldet. Bereits 2013 legte die gesundheitspolitische Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung ein Konzept vor, wie über eine Reihe von Anreizen und gesetzlichen Veränderungen Krankenkassen stärker auf die Förderung des Gesundheitsnutzens ihrer Versicherten ausgerichtet werden sollten, neue Betriebsformen für multiprofessionelle Teams ermöglicht und eine Vergleichs- und Berichtspflicht für Ergebnisqualität auf regionaler Ebene geschaffen werden könnten.[26] Im Jahre 2017 legte die Friedrich-Ebert-Stiftung nach. Sie beschrieb die Herausforderung wie folgt: „Eine funktionierende sektorenübergreifende Versorgung ist der Schlüssel zu höherer Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens. Die Verbesserungspotenziale durch eine stärkere teamorientierte Zusammenarbeit sind enorm, insbesondere für die Patient_innen."[27] Beide Stiftungspapiere erfuhren in den Fachkreisen eine kurze Diskussion, der Vorschlag der Böll-Stiftung bezüglich der Einrichtung eines Forschungs- und Entwicklungsbudgets aus Mitteln des Gesundheitsfonds wurde zwar mit der Gründung des Innovationsfonds aufgegriffen, auf die anderen Vorschläge ging die Bundesregierung jedoch nicht ein.

Die Robert Bosch Stiftung schlug 2017 einen anderen Weg ein. Sie setzte mit ihrem Projekt „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung" auf die Entwicklung von Pilotlösungen für „lokale, inhaltlich umfassende und exzellente Gesundheitszentren in Deutschland, die die Primär- und Langzeitversorgung in einer Region abdecken können".[28] Inzwischen wurden mehrere Piloten gefördert, außerdem wurden weitere Modelle unter der Bezeichnung „supPORT" unterstützt, die einzelne Module zur späteren Anwendung in diesen PORT-Zentren entwickeln. Die Freie und Hansestadt Hamburg hat ein Programm aufgelegt, das in einer gewissen Analogie zu diesen Lösungen „Interdisziplinäre Stadtteilgesundheitszentren" aufbauen soll.[29]

Derartige „Patientenorientierte Zentren für die Primär- und Langzeitversorgung in einer Region" bzw. „Interdisziplinäre Stadtteilgesundheitszentren" können einen wichtigen Ankerpunkt und ein Testfeld für die Weiterentwicklung der intersektoralen Versorgung bieten.[30] Sie sind zurzeit allerdings noch eher lokale und punktuelle Lösungen und führen damit noch nicht zu einer Lösung für die vorne beschriebene Frage nach der generellen Umwandlung der regionalen Versorgung. Allerdings ist das Projekt zum einen noch in einer laufenden Weiterentwicklung und zum anderen ergänzt die Robert Bosch Stiftung derzeit die Arbeiten mit weiteren Initiativen. Eine ganz besondere Wirkung lässt

23 Vgl. www.innovationsfonds.g-ba.de/innovationsausschuss

24 Positionspapier des GKV-Spitzenverband zum Innovationsfonds: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/20190319_Positionspapier_Innovationsfonds_barrierefrei.pdf

25 Vgl. u. a. auch die schon frühzeitig geäußerte Kritik am Innovationsfonds mitsamt den Alternativvorschlägen, u. a. bei Rebscher, H.: Vernetzte Versorgung – Warum kommen die Konzepte so schleppend voran? In: Pundt, J.; (Hrsg.), Vernetzte Versorgung – Lösung für Qualitäts- und Effizienzprobleme in der Gesundheitswirtschaft, Apollon University Press, Bremen 2017, S. 81–96.

26 Heinrich-Böll-Stiftung (2013) „Wie geht es uns morgen?" Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen. Bericht der Gesundheitspolitischen Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung. Berlin. www.boell.de/de/content/wie-geht-es-uns-morgen

27 Friedrich-Ebert-Stiftung: PATIENT FIRST! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen (2017), S. 5. www.library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf

28 Vgl. www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2019–04/PORT_Neue_Perpektive_Gesundheitsversorgung.pdf

29 SPD, Bündnis 90/Die Grünen: Zuversichtlich, solidarisch, nachhaltig – Hamburgs Zukunft kraftvoll gestalten. Koalitionsvertrag 2020, S. 67

30 weitere Modelle sind z. B. auch noch die „Universitätsambulanz für Integrative Gesundheitsversorgung und Naturheilkunde" an der Universität Witten/Herdecke, vgl. www.uniambulanz-witten.de sowie die Lösungen, die auf der Website www.innovative-gesundheitsmodelle.de/referenzen beschrieben sind.

sich dabei durch das Projekt „Neustart! Reformwerkstatt für unsere Gesundheitswesen" erhoffen. Die Stiftung erarbeitet darin in „Bürgerdialogen" und mit „Experten-Think-Labs" Impulse und Reformvorschläge und sucht nach Lösungen, die weiterreichen als bisherige Reformvorhaben. Gleichzeitig organisiert sie gesundheitspolitische Podien und bringt die erarbeiteten Konzepte in die Politik.

Anfang 2021 wird zusätzlich die Fertigstellung einer Studie unter der Überschrift „Die Rolle der Kommunen im Bereich Gesundheit" erwartet. Damit sollen erstmals in einer empirischen Studie umfassend die Aktivitäten in ausgewählten Kommunen in den Bereichen Versorgung sowie Gesundheitsförderung und Prävention erfasst und ausgewertet werden. Die Studie wird vom Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR) an der Ruhr Universität Bochum durchgeführt und von der Robert Bosch Stiftung und der Bertelsmann Stiftung gefördert.[31]

Die Bertelsmann Stiftung wiederum hat über Jahre hinweg mit dem „Faktencheck Gesundheit" Vorarbeiten geleistet zum Vergleich der gesundheitlichen Situation und der Versorgung in den Landkreisen in Deutschland[32] Daraus entstand ein Datenvergleich, der für jede Planung von Verbesserungen und entsprechenden Interventionen von größter Bedeutung ist. Leider ist dieses Projekt beendet worden.

Die Stiftung Münch baut auf dem Konzept der Netzwerkmedizin auf und fragt, wie eine besser koordinierte, stärker patientenzentrierte und intersektoral angelegte Versorgung helfen kann, die alle Menschen in gleicher Weise teilhaben lässt. Als Voraussetzung sieht die Stiftung dafür ein Vergütungssystem, das die Sektorengrenzen tatsächlich überwinden kann und Qualität belohnt.[33] Sie schreibt: „Internationale Erfahrungen zeigen, dass sogenannte Capitation-Modelle, die auf leistungsunabhängigen und sektorenübergreifenden Pro-Kopf-Pauschalen beruhen, Anreize für eine derartige Versorgung schaffen können. In solchen Modellen übernehmen Leistungserbringer einen Teil des Versicherungsrisikos bzw. der finanziellen Verantwortung für Leistungen, die direkt von ihnen erbracht, veranlasst oder nicht vermieden werden." Ähnliche Überlegungen werden auch in Deutschland vorgeschlagen.[34] Die Stiftung Münch hat kürzlich dazu ein Buch herausgegeben, das Analysen von Modellen aus Spanien, Peru, den USA und der Schweiz zusammenträgt und die Voraussetzungen und Potenziale des Transfers eines derartigen populationsorientierten Vergütungsansatzes nach Deutschland prüft sowie die Optionen einer möglichen Umsetzung in Form prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets aufzeigt.[35]

Hilft ein Blick über die Grenzen hinweg?

Das deutsche Gesundheitssystem steht hinsichtlich seiner Probleme bei der Integration und der Optimierung von Gesundheitsförderung, Versorgung und Patientenzentrierung keineswegs allein. Überall werden die überkommenen Strukturen und ihre Kooperationsbarrieren beklagt, ein „Population Health Management" wird zum international viel beachteten Ziel. Überschaubare regionale Einheiten als Organisationsprinzip scheinen das Rezept für viele dieser Veränderungsansätze darzustellen. Interessanterweise zeichnen sich hier insbesondere Länder aus, deren Gesundheitssystem staatlich organisiert ist.

Es ist hier nicht der Platz, eingehender auf die Aktivitäten in anderen Ländern einzugehen. Dies ist verschiedentlich bereits erfolgt, so u. a. in dem o. a. Buch der Stiftung Münch und wird an anderer Stelle noch einmal in ausführlicherer Form geschehen.[36] Dennoch soll zumindest ein erstes Fazit gezogen werden, welche Lernimpulse aus einer internationalen Betrachtung gezogen werden können:

- Die klassische sektorale Einzelleistungsvergütung wird perspektivisch vielerorts abgelöst durch „outcome-orientierte" Vergütungen, zum Teil als Capitation, zum Teil in Mischform als prospektive Budgets mit Qualitätsbonifikationen, um ein wirtschaftliches Interesse an Gesundheit und Patientenwohl anzureizen.
- Derartige „outcome-orientierte" Vergütungen werden aufgrund der ansonsten gefährlichen Risikoselektionsanreize nicht auf einzelne Leistungserbringer sondern auf regionale Gruppierungen/neue Unternehmensformen ausgerichtet, z. B. auf Ärzte- oder professionell gemischte Gesundheitsnetze, Accountable Care Organisationen, Clinical Commissioning Groups.
- Neue institutionelle Zusammenschlüsse von Leistungserbringern oder auch neue regionale Unternehmensformen als handlungsfähige Einheiten müssen dafür herausgebildet werden, die auch fähig und bereit sind, ideelle und wirtschaftliche Verantwortung mitzutragen.
- Diese Einheiten, sie könnten auch „Netzwerkstellen" genannt werden, müssen in die Lage versetzt werden, die betreffende Population auf Versorgungsprobleme und Optimierungsmöglichkeiten hinsichtlich der Prävention wie der Kuration zu kennen. Sie müssen also die Daten der Versicherten analysieren und sich selber und ihre Interventionen evaluieren können.
- Die Einheiten müssen einer gewissen öffentlichen Kontrolle und einem Monitoring ihrer Qualität unterworfen sein, ihre Ergebnisse sollten durch die Versicherten vergleichbar sein.
- Derartige Veränderungen benötigen klare Anreize durch den Gesetzgeber und ggf. entsprechende Zielvorgaben, um auf der Seite der Leistungserbringer wie auch evtl. auf der Seite der Krankenkassen/Versicherungen/Regionen/Managementgesellschaften entsprechende Investitionsimpulse auszulösen. Eine gezielte Dezentralisierungsstrategie scheint dafür gerade in nationalen Gesundheitssystemen erforderlich.
- Der initiale Investmentbedarf ist sehr hoch, d. h. Sozialleistungsträger, Sozialinvestoren und private wie staatliche Investoren sollten für die Ent-

31 Vgl. www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/kein-kind-zurueckklassen-kommunen-schaffen-chancen/projektthemen/praeventionsforschung/gesundheitsstudie

32 Vgl. www.faktencheck-gesundheit.de/de/startseite

34 Vgl. www.stiftung-muench.org/buecher

35 Vgl. Augurzky B., Graf C., Walter D., Griewing B.: Versorgung und Vergütung regional gedacht: Von der Volumen- zur Wertorientierung, Gesundheits- und Sozialpolitik Jg. 72 Heft 4–5/2018, S. 64–71.
sowie: Walter D., Auner H., Griewing, B.: Und der Patient entscheidet doch! Campusmodell der Rhön-Klinikum AG: Ansätze zur Bewältigung einer altersdominierten Gesundheitsversorgung ohne Rationierung. KU Gesundheitsmanagement 86(1), (2017) S. 53–56.

36 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)

wicklung regionaler Lösungen zusammenarbeiten.

Die Herausforderungen auf dem Weg zu einem ordnungspolitisch vertretbaren Vorschlag für ganz Deutschland

Zunächst wollen wir **das Ziel** deutlich akzentuieren: Es geht um die Entwicklung einer **nachhaltigen, bedarfsgerechten, robusten und gleichzeitig fairen, integrierten Gesundheitsversorgung in einer wachsenden Zahl von Regionen und – in einer überschaubaren Zeit – als Regelversorgung für ganz Deutschland**.

Wir wissen, dass wir dafür in den Regionen nicht weniger als eine Umorientierung der grundlegenden Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen brauchen. Der erzielte Nutzen für die Gesellschaft (der „Value") muss zu einem immer bedeutsameren Maßstab für die Vergütung werden und nicht die Ausweitung von Leistungen bei Minimierung der Produktionskosten (das „Volume").[37] Es geht darum, Verantwortlichkeit für das Gemeinwohl aller herzustellen: Wichtige Elemente sind die Einbeziehung der Zivilgesellschaft,[38] die Versorgungssicherung inklusive einer würdevollen Unterstützung gerade auch für vulnerable Gruppen. Es geht um die Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Prävention mit den vielfältigen Versorgungsleistungen und um Fachkräftesicherung sowie Attraktivitätssteigerung für die Gesundheits- und Sozialberufe durch neue Rollenverteilungen. Es geht um regionale Wirtschaftsentwicklung, die Kosteneffizienz bezüglich tragbarer Krankenkassenbeiträge und um die Reduktion der Zusatzbedarfe an Arbeitskräften bei einem zunehmend begrenzten Arbeitskräfteangebot aufgrund des demografischen Wandels.[39]

Es ergeben sich daraus für die weitere Konzeptentwicklung einige konkrete Fragen, die wir im zweiten Teil des Artikels in der kommenden Ausgabe beantworten möchten. *Wir freuen uns schon heute über eine breite Diskussion und Zuschriften bzw. Anregungen an die Kontaktadresse.*

1. **Wer kann der initiale Akteur sein?**
2. **Wer hat genügend Legitimation, damit eine Initiative auch akzeptiert wird und nicht von vornherein abgewehrt wird?**
3. **Wie generieren wir ein ausreichendes Kapital für die Startinvestitionen?**
4. **Wie können wir die aktuellen Beteiligten an Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung gewinnen?**
5. **Wie kann der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) stärker integriert werden?**
6. **Welche Herausforderungen stellen sich für Krankenkassen, wie kann eine Win-Win-Lösung für sie geschaffen werden?**
7. **Wie kann der Gesetzgeber so deutliche Anreize erzeugen, dass auch genügend Initiator*innen sich auf den Weg machen?**
8. **Welche Rolle können die Landkreise einnehmen?**
9. **Was ist die ideale Größe für eine „Region" in diesem Sinne – was machen wir, wenn sich mehrere Initiatoren einen Wettbewerb liefern?**
10. **Wie definieren und wie messen wir den Erfolg und wie kann dann eine betriebswirtschaftliche Erfolgskalkulation erfolgen?**
11. **Und schlussendlich: Machen die Bürger*innen /Versicherten in den Regionen mit? Welche Risiken müssen die beteiligten Gesundheitsakteure eingehen und welchen Nutzen haben die Bürger*innen/Versicherten?**

Fortsetzung und Schluss in Heft 9.

Die ungekürzte Fassung ist abrufbar unter: www.optimedis.de/iv-als-regelversorgung

Wir bedanken uns bei den folgenden Personen für ihren Beitrag zur Entstehung der Ausarbeitung durch Anregungen, Ergänzungen oder Kritik:

Agentur Deutscher Arztnetze (PD Dr. Thomas Schang), Prof. Dr. Volker Amelung, Prof. Dr. Boris Augurzky, Dr. Carolin Auschra, Georg Brabänder, Andreas Brandhorst, Prof. Dr. Günther Braun, Prof. Dr. Bernd Brüggenjürgen, Dr. Kaschlin Butt, Daria Celle-Küchenmeister, Stefan Göbel, Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Dr. Oliver Gröne, Dr. Matthias Gruhl, Dr. Lutz Hager, Dr. Ursula Hahn, Prof. Dr. Rolf Heinze, Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann, Prof. Dr. Klaus Hüllemann, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Prof. Dr. Thomas Klie, Prof. Dr. Alexis von Komorowski, Florian Kropp, Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthe, Harald Möhlmann, Dr. Prof. Axel Mühlbacher, Dr. Alexander Pimperl, Justin Rautenberg, Prof. Herbert Rebscher, Steven Renner, Dr. Monika Roth, Dr. Almut Satrapa-Schill, Jörg Sauskat, Dr. Viktoria Stein, Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Dominik Walter, Prof. Dr. Jürgen Wasem, Christoph Wiebold

Kontaktadresse:
Dr. h. c. Helmut Hildebrandt
c/o OptiMedis AG
Burchardstr. 17
20095 Hamburg
h.hildebrandt@optimedis.de
www.optimedis.de

37 Eine Veröffentlichung durch einen Teil der Autoren ist in Arbeit. Verwiesen werden soll aber schon einmal auf folgende Publikationen: fmc – Schweizer Forum für Integrierte Versorgung: Denkstoff N°5: Vernetzte Grundversorgung: Trendszenarien 2028. S. 10–11 (Mai 2020) www.fmc.ch/_Resources/Persistent/57a83965ac2b7ab2caa47c79b6b8365dc4583c75/Denkstoff_No5_DE_HE_online.pdf;
Schulte, T., Pimperl A., Hildebrandt, H., Bohnet-Joschko, S. (2017). Accountable Care Organizations als neue Form der Kooperation mit Verantwortungsübernahme. In: Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luthe E.W. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens. Wiesbaden. Springer VS. 535–551
Burwell, SM (2015). Setting Value-Based Payment Goals — HHS Efforts to Improve U.S. Health Care. New England Journal of Medicine. 372. 897–899.
Gerlinger, T.: Konservative Wende in der Gesundheitspolitik: Der Health and Social Care Act 2013. In Bundeszentrale für politische Bildung (2014) www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/183941/der-health-and-social-care-act-2013
Schaeffer, D., Hämel, K. (2017): Kooperative Versorgungsmodelle. Eine international vergleichende Betrachtung. In: Jungbauer-Gans, M., Kriwy, P. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssoziologie. Berlin: Springer VS, 1–18.

38 Vgl. Porter, ME., Teisberg, EO.: Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results. Harvard Business School Publishing. 2006

39 Vgl. die ausführliche Beschäftigung mit der Bedeutung der Zivilgesellschaft für das Gesundheitswesen in: Zweiter Engagementbericht der Bundesregierung 2016: Demografischer Wandel und bürgerschaftliches Engagement: Der Beitrag des Engagements zur lokalen Entwicklung. Link: www.bmfsfj.de/blob/jump/115588/zweiter-engagementbericht-2016---engagementmonitor-2016-data.pdf

40 Vgl. auch die Aufforderung für eine generelle Neuschreibung des SGB V durch Knieps, F.: Brauchen wir eine Generalüberholung des SGB V – Perspektiven für eine Neukodifizierung. G+S 1/2020 S. 75–82

KOSTENFREIE ONLINE-KONFERENZ
MONTAG, 07.09.2020, 10–11:30 UHR

1. Dialog-Offensive Diabetes Digital

DIABETESVERSORGUNG IN ZEITEN VON CORONA – HERAUSFORDERUNGEN, CHANCEN, ERFOLGE

Diabetes hat weltweit mit mehr als 460 Millionen Betroffenen pandemische Ausmaße erreicht. Konsequente und mutige gesundheitspolitische Gegensteuerung wäre nach Auffassung vieler Fachleute recht erfolgsversprechend. Zudem kann das Spektrum der heutigen Möglichkeiten moderner Diabetesversorgung zu deutlich mehr Lebensqualität beitragen.
Nun hat die Corona-Krise auch die Versorgung von Diabetikern in besonderer Weise getroffen. Das Robert-Koch-Institut hat Menschen mit Diabetes als Risikogruppe eingestuft. Diabetes-Experten haben dem gegenüber schon früh festgestellt, dass gesunde Menschen mit Diabetes kein erhöhtes Covid-19-Risiko haben. Entscheidend sei ein gut eingestellter Zuckerwert. Es sind darüber hinaus die Begleit- und Folgeerkrankungen, die den Krankheitsverlauf bei Covid-19 negativ beeinflussen können. Problematisch in Zeiten von Corona war aber sicher auch die deutliche Reduzierung der Diabetesversorgung in den Praxen und Kliniken während des Lock-Downs. Hier haben digitale und telemedizinische Lösungen einschließlich der Videosprechstunden einiges kompensieren können.

In der Online-Konferenz wollen wir die Erfahrungen mit der globalen Herausforderung der Corona-Krise für die Diabetesversorgung aus gesundheitspolitischer und medizinischer Sicht aufarbeiten:

- Welche Erkenntnisse zeigt die moderne Diabetesversorgung?
- Wie können die notwendigen Behandlungspfade gesichert werden?
- Wie weit sind digitale und telemedizinische Lösungen in der Praxis verankert?
- Welche Anforderungen gibt es an die Fortschreibung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen?
- Wie kann die nationale Diabetesstrategie dem Rechnung tragen?

Unter der Moderation von Dr. Annette Mehler und Rolf Stuppardt stehen Ihnen MdB Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Nico Richter, Bereichsleiter Versorgungsforschung und Innovationen der DAK Gesundheit, Dr. Jens Kröger, Vorstandsvorsitzender diabetes DE, Dr. Simone von Sengbusch, UKSH Campus Lübeck, Elke Brückel, Vorstand Deutsche Diabetes Föderation (DDF), und Markus Nass, Director Market Access Abbott GmbH online zur Verfügung.

Melden Sie sich jetzt an: www.medhochzwei-online-akademie.de
Sie erhalten dann umgehend Ihren Zugangslink zur Konferenz am 07.09.2020.

© 2020 Abbott | ADC-25404 v1.0 | Juli 2020

WELT DER KRANKENVERSICHERUNG

Abbott

Videosprechstunde für alle

Interview mit Katharina Jünger, Geschäftsführerin der TeleClinc, München und Dr. Nikolaus Schmidt-Sibeth, medizinischer Leiter der TeleClinic, München[1]

In der Corona-Krise hat die Telemedizin einen gehörigen Schub erfahren. Seit zwei Jahren dürfen Ärzte Patientinnen und Patienten via Internet behandeln. Nun hat das Münchener Telemedizin-Unternehmen TeleClinic als erste Online-Arztpraxis in Deutschland seine Online-Sprechstunden auch auf den GKV-Markt ausgeweitet. Bislang mussten Patienten die ärztlichen Leistungen privat bezahlen, jetzt kann die Teleclinic mit den Kassen direkt abrechnen. Für WELT DER KRANKENVERSICHERUNG befragte daher Dr. Monika Sinha die TeleClinic-Gründerin und Geschäftsführerin Katharina Jünger und Dr. Nikolaus Schmidt-Sibeth, den medizinischen Leiter bei der 2015 gegründeten TeleClinic.

Frau Jünger, Herr Schmidt-Sibeth, Sie und Ihr Team sind zu beglückwünschen, dass nun alle gesetzlich und privat Krankenversicherten die Videosprechstunde der TeleClinic kostenlos nutzen können. Welche wichtigen Hürden haben Sie bis zur Erreichung der Abrechnung Ihrer Leistungen mit der GKV und PKV genommen?

Dr. Monika Sinha, WdK-Redakteurin, Beraterin Digital Patient-Empowerment

Vielen Dank für die Glückwünsche! Wir freuen uns sehr darüber, dass wir als erstes Unternehmen in Deutschland die Videosprechstunde für alle anbieten können.

2016 sind wir mit TeleClinic live gegangen, davor haben wir uns zwei Jahre lang intensiv vorbereitet. Seit den Anfängen bis heute hat sich wahnsinnig viel verändert, alle diese Veränderungen haben wir begleitet, einige auch angestoßen.

Die wichtigsten regulatorischen Weichenstellungen waren im Mai 2018 der Ärztetag zur Fernbehandlung, hier wurde die Fernbehandlung offiziell bundesweit gestattet, und im Oktober 2019 die Aufnahme telemedizinischer Leistungen in die Regelerstattung der GKVn.

Als Unternehmen waren neben dem Anschluss unserer Leistungen an die GKV-Abrechnung im Mai 2020 die Einführung des privaten E-Rezepts (Januar 2018) und der digitale AU-Schein im April 2019 wichtige Meilensteine.

Was meinen Sie, für welche Patientenanliegen und Patientengruppen Ihre Videosprechstunden besonders in Frage kommen?

1 Das Interview wurde geführt, bevor TeleClinic bekannt gab, Teil der Unternehmensgruppe Zur Rose zu werden

Oft führen alltägliche Anliegen Patient*innen zu uns. Frauen, die ein neues Rezept für ihr Verhütungsmittel benötigen, Menschen, mit saisonalen Erkrankungen wie grippalen Infekten oder Husten, Anliegen wie Durchfall, Blasenentzündungen, Bluthochdruck. Daneben gibt es weitere Themenfelder, für die sich unsere Sprechstunden aus verschiedenen Gründen besonders eignen: Erektile Dysfunktionen besprechen Männer gerne mit unseren Ärzten, vielleicht hat das damit zu tun, dass man beim Hausarzt vor Ort hier mehr Scham empfunden wird. Ganz besonders hilfreich sind die Sprechstunden auch für Familien, besonders Eltern mit Babys oder Kleinkindern kann TeleClinic toll helfen, denn hier kommt es ja häufiger zu Unsicherheiten darüber, ob ein Symptom bedrohlich ist und wie gehandelt werden muss. Auch Hauterkrankungen können oft abschließend abgeklärt werden, mit qualitativ guten Fotos und Kameras können aussagefähige Bilder übermittelt werden. Gerade jetzt in Zeiten der Corona-Krise sehen wir zudem eine große Nachfrage nach ärztlicher Beratung und Behandlung im psychischen Bereich.

Bei uns melden sich Patient*innen aller Altersgruppen, natürlich gibt es eine gewisse Neigung zu den digital affineren Jahrgängen, aber auch mehr und mehr ältere Menschen suchen bei uns Rat. Großartig finden wir Initiativen, die Fortbildungen anbieten: kürzlich haben der Hamburger Verein „Wege aus der Einsamkeit" und die Krankenkasse BKK VBU ein Seminar zum Umgang mit digitalen Gesundheitsangeboten durchgeführt, da haben wir sofort zugesagt, unsere Plattform vorzustellen.

Welche Voraussetzung bzw. Qualifikationen müssen Vertragsärzte bei Ihnen erfüllen, um auf der TeleClinic Plattform ihre Sprechstunde anbieten zu können? Und wie stellen Ihre Vertragsärzte die leitlinienorientierte Behandlung sicher?

Die Ärzt*innen in unserem Netzwerk sind approbierte Fachärzte, haben mindestens 5 Jahre praktische Erfahrung und eine Niederlassung in Deutschland. Uns ist es sehr wichtig, dass sie die Arbeit mit uns als Ergänzung zu ihrer Praxistätigkeit sehen. So können wir sicher sein, dass sie immer in Kontakt zu den Patienten bleiben.

Können Sie Ihre Videosprechstunden auch Chronikern und DMP Teilnehmer anbieten, auch wenn Sie als TeleClinic ggf. nicht über die zentralen Vital- oder Laborparameter/Medikationsplan/Befunde im Krankheitsverlauf verfügen? Erfolgt ein Feedback der Behandlungsentscheidung seitens der TeleClinic Ärzte an den Koordinationsarzt/DMP Arzt?

Katharina Jünger, Geschäftsführerin der TeleClinic

Uns nutzen schon heute viele Chroniker, insbesondere, um Rezepte für regelmäßig einzunehmende Medikamente zu erhalten. Dabei ist ganz klar, dass unsere Ärzte dem chronisch kranken Patienten nur dann helfen können, wenn die relevanten Vitalparameter und Messwerte vorliegen. Hier können viele der von Ihnen genannten Daten auch über TeleClinic übermittelt werden: Laborparameter, Medikationspläne und Vorbefunde können in die digitale Gesundheitsakte der Patient*innen von TeleClinic hochgeladen werden und häufig bitten unsere Ärzte den Patienten dann auch, einfach auf die Waage zu steigen oder den Blutdruck selbst zu messen.

Inwieweit fragen Ihre telemedizinischen Assistent*innen bei den Patienten verfügbare Daten/Medikationsplan/Befunde/Bilder zur gezielten Vorbereitung der Videosprechstunde ab, um auch die Patientenmitarbeit zur zielgerichteten gemeinsamen Entscheidungsfindung in der Videosprechstunde zu erhöhen?

Das Abfragen der relevanten Vitalparameter ist ein zentraler Teil der Patientenaufnahme durch die telemedizinischen Assistent*innen, auch um Notfälle auszuschließen und die richtige Facharztgruppe auszuwählen. Daten wie Fotos und Vorbefunde können vom Patienten selbstständig in seine digitale Patientenakte hochgeladen werden.

Sie erwähnten vor kurzem, dass das Projekt docdirekt, über das wir in der WELT DER KRANKENVERSICHERUNG umfassend berichtet haben, mit Ihrem TeleClinic Angebot zusammenhängen würde. Können Sie dazu Näheres ausführen?

Im Rahmen des Projektes docdirekt haben wir das E-Rezept für GKV-Patient*innen in Baden-Württemberg entwickelt. Diese Kooperation ist im Juni dieses Jahres zu Ende gegangen. Jetzt liegt unser Fokus darauf, eine bundesweite Lösung für das GKV-Rezept zu finden, erfreulicherweise hat der Bundestag ja kürzlich das Patientendaten-Schutzgesetz verabschiedet und damit einen weiteren Schritt hin zur Digitalisierung des Gesundheitswesens genommen.

Dr. Schmidt-Sibeth, medizinischer Leiter der TeleClinic

Können Sie etwas zu den Resonanzen aus Behandler- und Patientenkreisen sagen und wie schätzen Sie die zukünftigen Entwicklungen zur Inanspruchnahme Ihrer Plattform insgesamt ein, auch im Zusammenhang mit eRezept und eAU? Meinen Sie Ihr Leistungsangebot könnte zukünftig auch integriert werden in selektivvertragliche Angebote?

Das Interesse an unseren Leistungen ist riesig – seitens der Patient*innen, aber auch seitens der Krankenversicherer und Krankenkassen. Im Bereich der Privaten Krankenversicherung arbeiten wir bereits mit mehr als 50 Prozent der PKVn im Rahmen unserer Premiummitgliedschaften zusammen.

Auch mehr und mehr gesetzliche Krankenkassen entscheiden sich dazu, mit uns Premiumpartnerschaften abzuschließen. Dies erfolgt über Selektivverträge, die wir bereits seit 2017 anbieten. Wir arbeiten hier mit tollen Krankenkassen wie etwa der BKK Mobil Oil, der Pronova BKK, der BKK VBU, der Bosch BKK, der AOK Rheinland-Hamburg und vielen mehr zusammen.

Die Premiumpartnerschaften beinhalten für die jeweiligen Versicherten wertvolle Vorteile wie einen individuellen Concierge, der die Versicherten per Telefon individuell betreut und Fragen beantwortet oder Termine bucht, einen Arzttermin garantiert innerhalb von 30 Minuten, 24/7 Öffnungszeiten auch in der GKV und eine gemeinsame Customer Journey von Marketing über Registrierung bis hin zum Co-Branding in der App mit dem jeweiligen Premiumpartner. Private und gesetzliche Krankenkassen, die sich für eine Premiumpartnerschaft mit TeleClinic entscheiden, entscheiden sich also daher, ihren Versicherten den Arztbesuch über TeleClinic noch angenehmer zu gestalten und selbst einen aktiven Teil in diesem Premium Angebot für ihre Versicherten darzustellen.

Herzlichen Dank für Ihre Zeit und weiterhin viel Erfolg! ■

#Corona

Facetten, Implikationen und Auswirkungen einer Pandemie

10-teilige Online-Seminarreihe

1. Teil: Priorisierung in Zeiten von Corona? Eine gesundheitsökonomische Einschätzung
Prof. Dr. Andreas Beivers – Hochschule Fresenius München

2. Teil: Pflegemanagement: Lehren aus der Krise
Prof. Dr. Uwe Bettig – Alice Salomon Hochschule Berlin

3. Teil: Krankenhausfinanzierung in der Pandemie
Prof. Dr. Björn Maier – Duale Hochschule Baden-Württemberg

4. Teil: Abstand mit Herz – was macht Corona psychisch mit uns?
Priv.-Doz. Dr. Claus Wolff-Menzler – Universitätsmedizin Göttingen

5. Teil: Corona und Recht – Auswirkungen auf das Gesundheitswesen
Prof. Dr. Bernd Halbe – Kanzlei Dr. Halbe Rechtsanwälte Köln/Berlin

6. Teil: Die ökonomischen Folgen der Pandemie
Prof. Dr. Friedrich Heinemann – zew Mannheim

7. Teil: Vom Virus hin zu SARS-CoV-2
PD Dr. med. habil. Philipp Christoph Warnke – Universitätsmedizin Rostock

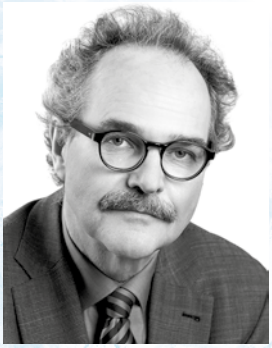
8. Teil: Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Konjunktur und Wachstum
Prof. Dr. Roland Döhrn – RWI Leibniz-Institut

9. Teil: Struktur Gesundheitsversorgung
Prof. Dr. Axel Olaf Kern – Hochschule Ravensburg-Weingarten

10. Teil: New Work & Gesundheit
Prof. Dr. David Matusiewicz – FOM Hochschule

Einzelpreis pro Online-Seminar: 29,-€. Alle im Paket: 190,-€.

Buchung unter: www.medhochzwei-verlag.de



Dr. Robert Paquet,
Berlin[2]

Veränderung der Machtverhältnisse

Gesundheitspolitik nach (und lange mit) Corona[1]

Die Corona-Pandemie wird uns – trotz der aktuellen Lockerungen der einschlägigen sozialen Beschränkungen – auf Jahre beschäftigen und unser Alltagsleben einschneidend verändern. Diese Entwicklung wird sich – das ist heute schon zu sehen – auf das Gesundheitswesen stärker als alle vorausgegangenen Epidemien auswirken. Zu überlegen ist, wie sich dadurch die Machtverhältnisse in der Gesundheitspolitik verändern und welche der bisher schon angelegten Trends damit zusätzliche Kraft gewinnen. Dass sich die Debatten und politischen Bemühungen in den letzten Monaten vor allem um das Krankenhaus gedreht haben (Intensivbetten, Beatmung etc.) könnte bereits das Signal einer Fehlentwicklung sein.

Umfassende Betroffenheit

Man müsste damit rechnen, dass ein Wunder geschieht, mit dem die Corona-Krise überraschend schnell zu Ende ginge: zum Beispiel die überaus schnelle Entwicklung eines massentauglichen Impfstoffs; die Entdeckung eines Medikaments, das den Krankheitsverlauf erheblich mildert und die Letalität massiv reduziert; eine Mutation des Virus, die seine Übertragbarkeit oder seine Krankheitswirkung erheblich verringert. Da Wunder aber sehr unwahrscheinlich sind, muss man realistisch davon ausgehen, dass uns der Kampf gegen das Corona-Virus und die Behandlung von Covis19-Kranken die nächsten Jahre weiter intensiv beschäftigen wird. Das wird allein schon wegen der zu erwartenden Fortdauer von verstreuten Infektionen (weißes Rauschen) und den nicht zu verhindernden regionalen Ausbruchsclustern der Fall sein, auch wenn wir diese – hoffentlich – relativ gut eindämmen können.[3]

Da viele der (jetzt zwar gelockerten) Hygienemaßnahmen und Verhaltensvorschriften voraussichtlich lange Zeit, wenn nicht dauerhaft bleiben werden, wird die Pandemie auch nicht „vergessen", wie frühere globale Krankheitsentwicklungen (SARS, MERS etc.) oder drastische Infektionstragödien, die sich in fernen Ländern abspielen (z. B. Ebola in Sub-Sahara-Afrika, Malaria in Zimbabwe oder HIV in Südafrika). Diese hatten bzw. haben keine massenhaft spürba-

1 Dieser Text ist in einer ersten Fassung bereits im OBSERVER-Gesundheit erschienen (mit Datum vom 30.4.2020): https://observer-gesundheit.de/category/politische-analysen/

2 Robert Paquet ist freier Journalist und Berater für Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft und u.a. Mitglied im Herausgeberbeirat der WELT DER KRANKENVERSICHERUNG

3 Die Entstehung einer zweiten oder dritten Welle (mit exponentiellem Wachstum) ist weniger wahrscheinlich, weil die Aufmerksamkeit für das Infektionsgeschehen hoch ist und einschränkende Sozialmaßnahmen mit ausreichender Vorlaufzeit in Kraft gesetzt werden können. Angesichts der Verbreitung des Virus über symptomfrei Infizierte muss allerdings auf mittlere Sicht mit einem Level von Neuinfektionen gerechnet werden, die sich nur z. T. nachverfolgen lassen, z. T. aber diffus streuen werden (vgl. Projektion des RKI: RKI – an der Heiden M, Buchholz U 2020: Modellierung von Beispielszenarien der SARS-CoV-2-Epidemie 2020 in Deutschland (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Modellierung_Deutschland.pdf?__blob=publi-cationFile)).

ren Auswirkungen und langdauernde schmerzlichen Konsequenzen in Deutschland. Im Gegensatz dazu wird bei Corona die Vigilanz ein sehr viel höheres Niveau behalten. Wir werden – soweit es heute absehbar ist – bis auf weiteres eine Gesellschaft im Risikomodus sein (bzw. bleiben) und die Abwehrreflexe werden sich fortsetzen.

Nicht ganz abgesehen von den allgemeineren gesellschaftlichen und politischen Auswirkungen soll hier nach den kurz- und mittelfristigen Konsequenzen dieser Entwicklung für die Gesundheitspolitik gefragt werden. Dabei werden Tendenzen verstärkt, die schon vor der Corona-Krise angelegt waren.

Krankenhaus

Schon jetzt zeichnet sich ab, dass die Krankenhäuser – jedenfalls mittelfristig – die Gewinner der Krise sein werden. Auch wenn der größte Teil der Infektionen (6 von 7) durch die niedergelassenen Ärzte betreut werden[4], fokussieren sich Medien und Politik auf die Krankenhäuser. Die Frage der Kapazität der Intensivabteilungen und der Beatmungsmöglichkeiten stand (und steht) seit spätestens Mitte März im Zentrum der Diskussion. Auch wenn das Kliniksystem in einer beeindruckenden Anpassungsleistung Tausende von Intensivbetten und Beatmungsplätzen neu bereitgestellt hat, wird dieser Schwerpunkt der Aufmerksamkeit (gerade wegen dieses Erfolgs) allmählich zurücktreten. Größere Aufmerksamkeit bekommen die Schwierigkeiten der z.T. stillgelegten Krankenhausabteilungen bzw. das Wiederanlaufen des „normalen" Krankenhausbetriebs sowie das Nachholen der aufgeschobenen stationären Operationen und Behandlungen. Offen ist zudem, wie sich eventuelle Spätfolgen bei überstandenen Covid19-Erkrankungen entwickeln und welcher Behandlungsbedarf sich aus dem Zurückstellen bzw. Verschleppen von Behandlungen in der Shutdown-Phase ergibt. Ob daraus ein Mehrbedarf resultiert, bleibt abzuwarten.

Wie nicht anders zu erwarten war, wehren sich die Krankenhäuser nun gegen jede Strukturanpassung. Jetzt sei der Beweis erbracht, man brauche jedes Krankenhausbett; die „Bertelsmann-Studie"[5], die im vergangenen Jahr ziemlich viel Wirbel gemacht hat, habe sich nun endgültig als falscher Ratschlag erwiesen etc.[6] Auch andere Projekte zur Modernisierung der stationären Versorgung werden reflexhaft kritisiert[7]: *„Die Corona-Krise zeigt, dass die von NRW-Gesundheitsminister Laumann auf einem Gutachten basierende Krankenhausplanung zur Umstrukturierung und Zentralisierung der Krankenhauslandschaft auf Eis gelegt werden muss. Die Maßstäbe, die zur Planung herangezogen wurden, haben sich im Lichte der Pandemie grundsätzlich verändert"*, erklärten Lisa-Kristin Kapteinat, stellvertretende Vorsitzende, und Josef Neumann, gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Fraktion im Landtag NRW[8]. Dabei geht es bei diesen Studien nicht in erster Linie um einen generellen Bettenabbau, sondern um die Möglichkeiten einer Qualitäts- und Effizienzsteigerung der Versorgung (durch Spezialisierung und bedarfsgerechte Angebots-Anpassung der Fachabteilungen) sowie die Umsteuerung bestimmter stationärer Leistungen, die genauso gut (oder besser) auch ambulant erbracht werden könnten. Aus diesem Grunde hält Minister Laumann bis jetzt an seinen Umstrukturierungsplänen fest. Es dürfte jedoch – angesichts der Landtagswahl im Frühjahr 2022 – nur eine Frage der Zeit sein, bis seine Pläne im Sande verlaufen.[9]

Populismus nutzt die Krise und hat dafür gute Chancen. Wer von den Lokaljournalisten und der allgemeinen Öffentlichkeit will und kann sich schon im Detail mit fachlichen Fragen der Krankenhausplanung auseinandersetzen? In deren Wahrnehmung ist „mehr" einfach besser. Und so werden die Karten in diesem Spiel vollkommen neu gemischt. Das gilt etwa für den Regierungs-Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung[10], in dem sich gerade die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber dem „Diskussionsentwurf" des BMG vom 12.07.2019 die maßgebliche Rolle bei der Sicherstellung erobert haben. Schon bevor sich die Corona-Krise richtig bemerkbar machte, erklärte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Reform müsse grundlegend überarbeitet werden.[11] Die Chancen, dass die Krankenhäuser und die Länder wieder die entscheidende Gestaltungsmacht in diesem Bereich zugewiesen bekommen, ist jedenfalls mit Corona erheblich gestiegen.

Dabei spielt die Frage der Vorhaltung von Reserve-Kapazitäten im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle. Die Aufgabe der „Daseinsvorsorge" der Länder (als Verfassungsaufgabe) wird eine überwältigende Durchschlagskraft in dieser Diskussion gewinnen. Ein Gegenargument könnte höchsten sein, dass die Mobilisierung von zusätzlichen Kapazitäten doch gerade gut gelungen ist und jetzt sogar möglicherweise zu viel „Reserve" geschaffen wurde. Wobei der Preis dafür – Stopp aller elektiven Leistungen und Stillstand in vielen Krankenhaus-Abteilungen – sehr weh tut[12]. Ein Argument, das aber wohl nur bei Fachleuten ankommen dürfte.

Prompt kamen auch Forderungen, das DRG-System abzulösen. So fordert der Marburger Bund in einer Pressemitteilung vom 25. März das „Fallpauschalensystem auszusetzen". Die Rückkehr zum Selbstkostendeckungssystem ist ja bereits mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz für den Pflegebereich eingeleitet. Die nächsten Schritte werden voraussichtlich folgen.

4 So die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in der ersten ihrer inzwischen regelmäßigen Pressekonferenzen zur Corona-Krise am 1. April 2020

5 Bertelsmann-Stiftung (Hg.): „Zukunftsfähige Krankenhausversorgung – Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen", Gütersloh Juli 2019

6 Zum Beispiel Bericht im Tagesspiegel vom 23.4.: „Wie viele Krankenhäuser braucht das Land?" (Woratschka, S. 14). Zum Sprachrohr macht sich auch die SPD-Fraktion im NRW-Landtag: „Wäre NRW dem Vorschlag der Bertelsmann-Stiftung gefolgt, wären die Kliniken jetzt überrannt worden", sagte der gesundheitspolitische Sprecher der SPD im Landtag, Josef Neumann. https://www.wallstreet-online.de/nachricht/12295486-coronavirus-bertelsmann-stiftung-verteidigt-umstrittene-klinik-studie

7 Es geht um die Studie zur Krankenhausbedarfsplanung: „Gutachten – Kurzfassung (KF): Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen", Berlin im August 2019; Herausgegeben von PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH, Friedrichstraße 149, 10117 Berlin. https://www.mags.nrw/pressemitteilung/gutachten-empfiehlt-grundlegende-reform-der-krankenhausplanung-nordrhein-westfalen

8 PM der SPD-Fraktion vom 26.03.2020; https://www.spd-fraktion-nrw.de/news/lisa_kristin_kapteinat_josef_neumann_corona_krise_zeigt_moratorium_zur_krankenhausplanung_muss.html

9 Siehe auch im OBSERVER Gesundheit am 11.11.2019 „Politische Analysen": Dr. Robert Paquet: „NRW-Krankenhausplanung: Jetzt kommt's drauf an!"

10 Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 8.1.2020

11 Pressemitteilung der DKG vom 16.02.2020

12 Mit Belegungs-Rückgängen in Einzelfällen von bis zu 70 Prozent.

Bei der politischen Linken ebenso wie bei den Schützengrabenkämpfern des Status quo wird „Effizienz" zum Unwort (soweit nicht mit Digitalisierung verknüpft), „Daseinsvorsorge" zum Heilsversprechen. Die pauschale Kritik der „Ökonomisierung" wird bei Krankenhäusern und Ärzten wieder Hochkonjunktur bekommen. So rauscht es im Blätterwald: Mindestmengen werden als Qualitätskriterium diskreditiert. Andere Qualitätssicherungs-Ansätze werden mit dem Bürokratie-Vorwurf so weit beschädigt (z. B. durch das Aussetzen der Dokumentationspflichten), dass sie keine interpretierbaren Ergebnisse mehr bringen. Die Liste ließe sich fortsetzen.[13]

Die Länder werden sich erneut als „Paten" „ihrer" Krankenhäuser zeigen und die bundespolitische Strategie der Kapazitätsreduktion wieder blockieren. Die kleinen Ansätze der Diskussionsbereitschaft der Krankenhausseite über Effizienz und Qualität wie zuletzt noch in einem viel beachteten Eckpunktepapier der DKG vom 2.3.2019[14] unter der Überschrift „Neuausrichtung" werden in sich zusammenfallen. Spätestens, wenn's konkret wird.

Trotzdem werden die Länder ihren Investitionsverpflichtungen nicht besser nachkommen. Das gilt allein schon wegen der mit der kommenden Rezession eintretenden Finanznot aller Gebietskörperschaften. Die zusätzlichen Milliarden aus dem ‚Konjunkturpaket' des Bundes werden sich wohl kaum in eine Kontinuität überführen lassen.

Ärzte

Die niedergelassenen Ärzte leisten in der Corona-Krise einen wesentlichen Beitrag. So betonte Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, bereits am 1. April, dass die Vertragsärzteschaft durch die Betreuung vieler leicht und mittelschwer erkrankten Covid19-Patienten einen „ambulanten Schutzwall" schafft, damit die Krankenhäuser nicht übermäßig belastet werden. So zutreffend das auch ist, die Vertragsärzte stehen in dieser Krise nicht im Mittelpunkt. Hausärzte tragen zwar eine erhebliche Last bei der Versorgung; alle Niedergelassenen hatten die Probleme mit der Schutzausrüstung. Vor allem die Fachärzte und ihr Personal (mit häufiger Kurzarbeit) leiden unter dem Ausbleiben vieler Patienten, die nicht akut behandelt werden müssen. Trotzdem richtet sich die Aufmerksamkeit auf die Maximalversorgung, d. h. die stationäre Versorgung der schwersten Fälle.

Daher gewinnt auch das Krankenhaus und nicht die niedergelassene Ärzteschaft in dieser Krise. Im Krankenhaus wiederum dürften die Ärzte (und da bestimmter Fachrichtungen wie Intensivmedizin, Pneumologie) den Gewinn an Einfluss auf ihrem Konto verbuchen. Vor allem dürfte es einen Machtgewinn der ärztlichen Experten von Universitätskliniken, Fach-Instituten und staatlichen Forschungsstellen geben.

Nicht gewinnen werden voraussichtlich auch die nicht-ärztlichen Berufsgruppen. Die Aufwertung des Personals vor allem in der Pflege wird zwar langsam weitergehen, erfährt durch die Corona-Krise aber keinen Schub. Die Delegationsmöglichkeiten ärztlicher Kompetenzen werden nur in homöopathischen Dosen erweitert. Zum Beispiel die Intensivpfleger sind in dieser Krise als eine wichtige „Fachkräfte"-Gruppe überhaupt erst einer breiteren Öffentlichkeit bekannt geworden. Die enorme Differenzierung des Pflegepersonals (z. B. OP-technische und anästhesietechnische Assistenten etc.) dürfte kaum im allgemeinen Bewusstsein verankert sein. Der Widerstand der Ärzteschaft gegen mehr Delegation wird jedoch bleiben und sich bis auf weiteres durchsetzen. Die Organisations- und Artikulationsfähigkeit der Pflegeberufe bleibt weit hinter der der Ärzte zurück. In Krisen setzen sich ja regelmäßig die konservativen Strukturen durch. Die Pflegenden werden sich zusammen mit den Supermarkt-Verkäuferinnen und -Verkäufern mit dem Ehrentitel der „Helden des Alltags" abfinden müssen.

Kommunikation in Krisen

In Krisen triumphiert das Hergebrachte und (angeblich) Bewährte. „Keine Experimente" ist die Parole des Tages. Der Mainstream drückt alles andere weg. Das Lehrbuchbeispiel dafür ist die deutsche Wiedervereinigung. Alle (kritischen) Ansätze der 80er Jahre zum Gesundheitswesen, wie zur Qualitätsdiskussion, zu Managed Care, zu Modellen sektorenübergreifender (integrierter) Versorgung (etwa in HMOs), zur Schwerpunktversorgung mit DMPs etc. hatten plötzlich keine Chance mehr und mussten gegen Ende der 90er Jahre mühsam wiedergefunden werden[15]. So wurden auch die Elemente des DDR-Gesundheitssystems, die potentiell hätten innovativ wirken können (Polikliniken und Dispensaires für Chroniker etc.) mit eisernem Besen weggekehrt, obwohl sie nicht konzeptionell, sondern nur materiell unterausgestattet waren. Dabei findet eine solche Strategie mehrheitlichen Beifall in der Bevölkerung. „Sicherheit" steht im Vordergrund.[16]

Andererseits besteht nur in Krisenzeiten die Möglichkeit, grundlegende Strukturreformen durchzusetzen.[17] Bei der aktuellen Corona-Krise zeichnet sich jedoch in dieser Hinsicht kaum Bewegung ab. Bisher erkennbar ist allein ein Durchbruch bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Das betrifft vor allem die Kommunikation der Patienten mit den Praxen, nicht nur durch Video-Sprechstunden. Der Sachverständigenrat Gesundheit hat in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass sich der Rückstand Deutschlands in diesem Bereich nachteilig auswirkt.[18] Trotzdem ist keineswegs klar, dass die Corona-Krise die Bereitschaft bei den Interessengruppen und der Bevölkerung zu einer schnelleren Digitalisierung auf breiter Front erhöhen wird. Die beim Start sehr breite Akzeptanz der Tracing-App ist allerdings ein positives Zeichen.

13 Die skizzierte Linie verfolgt die DKG z. B. in ihrem Positionspapier „Lehren aus der Pandemie für gute Krankenhauspolitik" vom 30. Juni 2020

14 https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/ende-einer-destruktiven-krankenhauspolitik/

15 Exemplarisch z. B. aufgezeigt in der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung", Endbericht als BT-Drucksache 11/6380 vom 12.02.1990 sowie den ersten Gutachten des 1985 gegründeten „Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen". https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=6

16 Thomas Petersen (Institut für Demoskopie Allensbach): „Gefahr für die Freiheit", in FAZ vom 24. April 2020, Seite 8. – Zumal viele Bürger die Einschränkungen des Öffentlichen Lebens gar nicht so drastisch wahrnehmen, weil sie ohnehin nicht aktiv daran teilnehmen. Von Fußballspielen, Karnevalsveranstaltungen und dem Oktoberfest mal abgesehen. Denn wer geht schon zu Demonstrationen, Kongressen, in die Oper oder ins Theater?

17 So etwa der frühere Bundeskanzler Gerhard Schröder

18 Stellungnahme im Spiegel vom 22.4.2020: https://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/corona-daten-teilen-besser-heilen-sachverstaendigenrat-gesundheit-a-ed21193d-84cf-4765-a085-cca5de840078

Industrie

Bei der Überlegung, wer zu den Gewinnern zählen könnte, kommt man auch auf weitere Leistungserbringer wie die Pharmaindustrie inkl. Impfstoff- und Diagnostika-Hersteller sowie die Medizinprodukteindustrie einschl. Digitalindustrie. Allerdings kann der plötzliche Boom einzelner Produkte (Beatmungsgeräte, Schutzausrüstung etc.) für die Industrie nicht verallgemeinert werden. Ein Beispiel mag das illustrieren.[19] Die Arzneimittelausgaben der GKV sind im März 2020 nach Angaben der ABDA gegenüber dem Vorjahresmonat um 25 Prozent gestiegen, während die Monate Januar und Februar noch unauffällig waren. Dabei dürfte es sich jedoch vor allem um **Vorzieh-Effekte** handeln. Es seien auch größere Packungen verordnet worden, so der Vorsitzende des DAV Fritz Becker, weshalb die Ausgaben stärker als die Rezept- und Packungszahlen gestiegen seien. Das dürfte auch mit der Verhaltensempfehlung des RKI zusammenhängen, Arzt- und Apothekenbesuche auf das unbedingt nötige Maß zu reduzieren. Im Ergebnis verdienen die Apotheken jedenfalls nicht mehr; durch die geringere Zahl der Apothekenbesuche reduziert sich wahrscheinlich auch der Umsatz beim lukrativen OTC- bzw. Begleitsortiment und schließlich entstehen Zusatzkosten für Schutzmaßnahmen (Kleidung, Masken, Trennscheiben etc.). Diese Umsatzschwankungen dürften nach vorne durchschlagen, über den Großhandel bis in die Industrie, auch wenn einzelne Hersteller, z. B. von Impfstoffen (etwa für die in Zeiten drohender Lungenerkrankungen angeratene Pneumokokken-Impfung) Mehrumsätze machen.[20]

Die Pharmaindustrie profitiert jedenfalls nicht generell.[21] Zwar arbeiten viele Unternehmen an Impfstoffen gegen das Virus und Medikamenten zur Linderung der Krankheit. Das löst allerdings zunächst einmal Investitionen aus, deren Rentabilität in den Sternen steht. Nur wenigen Firmen wird es gelingen, diesen Aufwand aus dem Verkauf der Impfstoffe etc. wieder reinzuholen. Daher greift die Bundesregierung der Pharmaindustrie unter die Arme, um die Risiken, die sie beim Aufbau von Produktionsinfrastruktur eingeht, zu bewältigen. Das hat Gesundheitsminister Jens Spahn bestätigt und (wegen der Liefersicherheit) Absatzgarantien für europäische Pharmahersteller in Aussicht gestellt. In den Vereinigten Staaten haben Behörden bereits mit Arzneimittelfirmen Verträge zur Förderung beim Aufbau spezieller Fabriken abgeschlossen. Ziel ist eine bevorzugte Lieferung für amerikanische Bürger, wenn künftig Impfstoffe hergestellt werden können. Bezeichnend sind jedoch bestimmte Reaktionen der Politik auf solche Initiativen: Die stellvertretende Vorsitzende des Europaparlaments, Katarina Barley (SPD), unterstellte der Industrie auf Twitter „Gier", denn den Unternehmen winkten hohe Gewinne. Im Hinblick auf die (Preisgestaltung für) Entwicklungsländer forderte UN-Generalsekretär António Guterres, ein Impfstoff gegen Covid-19 müsse wie ein öffentliches Gut angesehen werden etc. Bei vielen Politkern, vor allem auf der Linken, herrscht Ambivalenz: Einerseits gibt es die Hoffnung, dass die Firmen helfen können, andererseits werden deren Risiken ignoriert und antikapitalistische Reflexe kommen hoch.

Auch ein weiteres Beispiel[22] zeigt, wie differenziert sich die Lage darstellt: Die fachärztlichen Labore haben ihre Kapazität, gezielt zu testen, massiv erhöht. Zum Teil wird dieses Potential aber noch nicht abgefragt. Gleichzeitig ging die Nachfrage in *„anderen Bereichen der Labordiagnostik dramatisch zurück. So sind bei manchen präventiven Tests, wie zum Beispiel dem iFOBT-Darmkrebsscreening, die Anforderungen um über 70 Prozent gesunken."* Das sei nicht nur medizinisch ein Problem, wenn chronisch kranke Menschen nicht mehr adäquat mit Diagnostik versorgt werden. Auch für die fachärztlichen Labore selbst werde das dramatische Auswirkungen haben: *„Einerseits sind unsere bereits grundlegend hohen Fixkosten wegen des Kapazitätsausbaus für die erforderliche Corona-Testung nochmal zusätzlich gestiegen, auf der anderen Seite sinken aber unsere Honorar-Einnahmen drastisch"*, so der ALM-Vorstand Prof. Jan Kramer. Hier brauche es unterstützende Maßnahmen der Politik, d. h. einen weiteren Rettungsschirm.

Rettungsschirm auch für die Krankenversicherung?

Der Leistungskatalog der GKV wird unberührt bleiben. Aber die Kassen, die wegen der Rezession wieder mehr darauf achten müssen, das Geld zusammenzuhalten, werden einen schweren Stand haben. Die Leistungserbringer, vor allem die Krankenhäuser und diverse Arztgruppen dürfen wohl für die Einkommenseinbußen während der Krise auf einen Mitleids-Bonus hoffen. Mit den Krankenkassen hatte noch keiner Mitleid. Erst recht kein Politiker. Stattdessen wird es eine neue Debatte darüber geben, warum es mehrere Kassen gibt und was der Sinn der Unterschiede zwischen ihnen sein soll. Schon jetzt wird der Wettbewerb der Krankenkassen in der GKV kritisiert (von der LINKEN und bis weit in die SPD hinein). Ohne die nötigen Spielräume kann er sich nicht positiv auswirken und wird daher nicht begriffen. Es wird in der Regel erwartet, dass öffentlich-rechtliche Institutionen gleichförmig handeln.

Im Effekt führt das dazu, das ist schon jetzt der Trend, dass die Gliederung der GKV (von ihrem **Wettbewerb** ganz zu schweigen) an Bedeutung abnimmt und von den Politikern eher als irritierend wahrgenommen wird. Die PKV spielt nur noch eine (eher störende) Nebenrolle. Die Legitimation des gegliederten Krankenkassensystems wird weiter sinken. Die Länder würden der Vereinheitlichung der Krankenversicherung in Richtung auf regionale Einheitskassen sicher keinen Stein in den Weg legen. Die Kassen werden inzwischen immer öfter als nachgeordnete Behörden des BMG und der Länderminister betrachtet, die sie für ihre Zwecke einsetzen können.

Die relative Selbständigkeit selbstverwalteter Körperschaften spielt eine immer geringere Rolle. Der Unterschied in der Finanzierungssystematik von Steuern und Beiträgen verschwimmt. Das Geld der Kassen wird als politische Verfügungsmasse betrachtet. Das hatte man schon bei der (finanziellen) Zuständigkeit der GKV-Kassen für die Gesundheits-Prävention in Settings, bei

19 ABDA Pressemitteilung vom 27. April 2020: https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/pressemitteilungen/detail/arzneimittelausgaben-waehrend-corona-pandemie-anstieg-im-maerz-und-rueckgang-im-april/

20 Ebenda

21 Siehe FAZ vom 27.4.2020, „Spahn: Absatzgarantien für Impfstoff" S. 1

22 Akkreditierte Labore in der Medizin – ALM e.V.: Pressemitteilung vom 21. April 2020. https://www.alm-ev.de/pressemitteilung/fachaerztliche-labore-sind-fuer-testung-nach-lockerung-der-kontaktbeschraenkungen-geruestet-kapazitaeten-sind-laengst-nicht-ausg.html

der primären Finanzierung der gematik bzw. der Telematik-Infrastruktur[23], bei der (mittelbaren) Übernahme der Ausbildungskosten für das Pflegepersonal, der Finanzierung des Innovationsfonds und des Strukturfonds für die Krankenhauslandschaft via Gesundheitsfonds etc.

Ein weiteres Beispiel ist die Verpflichtung der GKV-Kassen, „Massenschnelltests" für symptomfreie Bevölkerungsgruppen zu bezahlen.[24] Diese Initiative stieß zwar (erfolglos) auf Widerstand. So erklärte – exemplarisch für die Kassen – AOK-Chef Martin Litsch, grundsätzlich begrüße er die Ausweitung der Tests. Es sei jedoch „rechtlich fragwürdig", die Kosten den Kassen aufzubürden. Schließlich handele es sich um eine Maßnahme zum allgemeinen Bevölkerungsschutz, für die die Länder zuständig seien.[25]

Noch vor etwa einem Jahr wurde von den enormen Überschüssen und Rücklagen der Kassen und des Gesundheitsfonds gesprochen. Sogar Beitragssatzsenkungen wurden verlangt. Aber schon das Jahr 2019 wurde mit einem (weitgehend geplanten) Minus abgeschlossen. Und die neuen Gesetze Spahns aus den letzten Jahren werden teuer, wenn auch langsam. Mit der Corona-bedingten Rezession werden die Einnahmen der Kassen dagegen rasant in den Keller rauschen. Zwar wird es in einigen Bereichen (durch den Shutdown verursachte und unbeabsichtigte) Minderausgaben geben (z. B. beim Zahnersatz, elektiven Operationen wie Hüft- und Knie-Prothesen sowie bei einigen veranlassten Leistungen wie z. B. der Physio-, Ergotherapie und Logopädie). Im Moment geht man bei den Kassen jedoch überwiegend davon aus, dass diese „Einsparungen" die Mehrbelastungen durch die diversen Rettungsschirme nicht kompensieren können. Im Ergebnis werden die Kassen spätestens im nächsten Jahr deutlich höhere Zusatzbeiträge brauchen. Einige Kassen könnten bis dahin durch die genannten Turbulenzen schon im 2. Halbjahr in Liquiditätsengpässe kommen. Eine (traditionelle) Kostendämpfungsrunde wird es zwar nicht geben[26], es sei denn, die seltsame Idee der „Selbstkostendeckung" (siehe unten) macht sich auch für die Arzneimittel insgesamt und weitere Leistungsbereiche breit.

Außerdem ist zu beachten, dass die Kassen u. a. wegen der regionalen Schwerpunkte der Corona-Pandemie unterschiedlich belastet werden. Eine Wettbewerbsverzerrung, die durch den Risikostrukturausgleich (RSA) nicht ausgeglichen wird und nach seiner prospektiven Logik kurzfristig auch gar nicht ausgeglichen werden kann. So sind die einzelnen im morbiditätsorientierten RSA relevanten Krankheiten von der Inanspruchnahme-Veränderung ganz unterschiedlich betroffen; die Corona-spezifischen Kosten dagegen konnten prospektiv nicht berücksichtigt werden. Die Risiko-Zusammensetzung der einzelnen Kassen wird sich somit ganz anders entwickeln als in der Planung berechnet. In Fachkreisen wird bereits darüber nachgedacht, ob man beim RSA für die Krisenzeit (einige Monate oder das ganze Jahr 2020?) zu einem **Ist-Ausgleich** übergeht, weil die aktuellen Kostenunterschiede mit der individuellen Verantwortung der Kassen nichts mehr zu tun haben.

Alle Planungsgrundlagen für die Haushalte sind durch die Entwicklungen obsolet. Im Ergebnis ist es nicht unwahrscheinlich, dass auch die GKV (bzw. einzelne Krankenkassen) einen „**Rettungsschirm**" braucht. Der erhöhte Steuerzuschuss aus dem „Konjunkturpaket" stützt zwar den Gesundheitsfonds insgesamt, kann aber nicht verhindern, dass einzelne Kassen in Schwierigkeiten geraten.

Regulierung

Das staatliche Handeln in der Corona-Krise zeigt stellenweise ein geradezu kriegswirtschaftliches Selbstverständnis. Minister Altmaiers Ideen zu einer nationalen Industriepolitik, die deutsche Unternehmen retten soll, wurden im vergangenen Jahr noch teilweise belächelt. Jetzt überbieten sich Politiker aller Couleur mit Forderungen nach nationalen Vorräten von Masken und Schutzausrüstungen, Laborreagenzien und Arzneimitteln etc. und rufen mindestens nach europäischer, wenn nicht deutscher Produktion dieser Gegenstände. Natürlich lassen die Hersteller von Generika die Gelegenheit für ihre Forderungen nicht aus: Sie wollen die Abschaffung der Arzneimittel-Rabattverträge oder mindestens die gesetzliche Verankerung einer Pflicht zur Mehrfachvergabe.[27] Bei aller Autarkie-Seligkeit wird allzu schnell vergessen, dass die Globalisierung der Lieferketten auch Flexibilitäts- und Sicherheits-Potentiale bietet, wenn man sich nicht allein auf einen Lieferanten konzentriert.

Auch dass der Staat selbst die Beschaffung von Schutzausrüstungen übernommen hat, ist noch keine Erfolgsgeschichte. Die Bevorratung von Impfstoffen vor einiger Zeit war jedenfalls kein Ruhmesblatt. Eine interessante, um nicht zu sagen groteske Idee findet sich in der am 22.04. in Kraft getretenen „SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung". Statt der ursprünglichen Selbstermächtigung des BMG zur Marktüberwachung wird nun den Herstellern und Vertreibern bestimmter Produkte ein **Sicherstellungsauftrag** (zu gerade kostendeckenden Preisen) erteilt. Dabei ist zwar rechtlich völlig unklar, was das wirklich bedeuten soll und welche Konsequenzen z. B. ein Misslingen hätte. Die Verordnung ist bis 30.9.2020 befristet. Sie zeigt aber beispielhaft, wie sich die „Denke" bei der Regierung entwickelt: Dass mit einer Minister-Verordnung – und sei es auch nur zeitweilig – die Marktwirtschaft und das Gewinnprinzip aufgehoben werden, ist schon ein später Erfolg der Planwirtschaft.

Aber abgesehen von diesen Absonderlichkeiten: Der Bund hat sich mit den Veränderungen am Infektionsschutzgesetz Befugnisse verschafft (z. B. erhebliche Grundrechtseingriffe durch Verordnungen **ohne Zustimmung des Bundesrats**), die man bis vor kurzem nicht für möglich gehalten hätte. Aber auch die Länder haben jetzt gemerkt (und die Öffentlichkeit und die Medien haben es registriert), dass sie in der Gesundheitspolitik Verantwortung tragen und einen erheblichen Gestaltungsspielraum haben. Das werden sie sich nicht mehr nehmen lassen. Das wird dazu führen, dass sie z. B. die Gremien nach § 90a SGB V (Gemeinsames Lan-

23 Die PKV ist erst kürzlich dieser Finanzierung wieder beigetreten.

24 Umgesetzt in der BMG-Verordnung zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-COV-2

25 BILD vom 24.4.2020, Seite 2

26 So meint auch Jürgen Wasem im Interview der WELT vom 20.04.2020, Seite 4

27 Siehe etwa: https://www.progenerika.de/presse/zahl-des-monats-februar/ und Pressemitteilung der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag vom 15.04.2020: „Dr. Georg Nüßlein: „System der Rabattverträge anpassen"

desgremium) stärker nutzen werden (z. B. in Sachen „sektorenübergreifende Notfallversorgung"). Außerdem ist damit zu rechnen, dass sie z. B. die Landesausschüsse (§ 90 SGB V) ausbauen und ihren Einfluss durch Mitgliedschaft, Vetorechte und Genehmigungsvorbehalte verstärken wollen. Das führt zwangsläufig zu einer Minderung des Einflusses des G-BA und der zentralen Ebene. (Obwohl die Länder auch auf einen weiteren Ausbau ihrer Beteiligung in diesem Gremium drängen werden).

In der Konsequenz wird der **föderale Flickenteppich** bunter, auch z. B. bei der ärztlichen Zulassung oder durch eine Lockerung der bisher einheitlichen Regelungen zur Qualitätssicherung im Krankenhaus (Mindestmengen etc.). Auch wenn die Folgen noch nicht näher zu fassen sind: Der Staat (und da vor allem die Länder) bekommt mehr Macht gegenüber der (gemeinsamen) Selbstverwaltung. Die Kassen sind die Verlierer und die Krankenhäuser – bis auf weiteres – die relativen Gewinner.

Dazu passt, dass der in der Corona-Krise gerade erst wiederentdeckte Öffentliche Gesundheitsdienst[28] (ÖGD) gestärkt werden soll. Er führte lange Zeit ein Schattendasein und wurde von Ländern und Kommunen meist auf das geringstmögliche Maß heruntergespart. Mit den Meldeverpflichtungen zu Covid19 rückt er plötzlich wieder ins Bewusstsein der Politiker. Die gesetzgeberischen Reflexe sind jedoch typisch: Zunächst geht es bei der vorgesehenen Stärkung des ÖGD nur um Aufgaben des Pandemie-Managements. Wenn diese Institution jedoch tatsächlich aufgewertet werden soll (und schon zur erfolgreichen Bekämpfung der Corona-Krise wäre das erforderlich), müsste sie mit sinnvollen **Daueraufgaben** gestärkt werden, die über die (nach einigen Jahren vorübergehende) Corona-Krisenbewältigung deutlich hinausgehen. Attraktive Arbeitsplätze werden dort nämlich nur geschaffen, wenn die Institution hochwertige und interessante Aufgaben übernimmt. Hier wäre z. B. die gesundheitliche Prävention in den sozialen Settings zu nennen, die die Krankenkassen selbst nicht effektiv leisten können (aber finanzieren müssen) und an der die BZgA als zentrale PR-Agentur gescheitert ist. Regionale Institutionen wie die Einrichtungen des ÖGD könnten hier viel Sinnvolles leisten, auch z. B. im Bereich der Impfangebote in Schulen, Kitas und Betrieben etc. Von Beratungs- und ggf. sogar Behandlungsangeboten in Alten- und Pflegeheimen ganz abgesehen.

Übrigens: Der Europäische Rat hat zwar ein großes Hilfspaket für die Wirtschaft beschlossen. Dessen Umsetzung und Finanzierung sind jedoch noch weitgehend ungeklärt. Im Gesundheitsbereich im engeren Sinne beschränken sich die europäischen Kompetenzen auf die Regulierung von Medizinprodukten und Arzneimitteln im Binnenmarkt. Hier wird sich durch Corona (hoffentlich) langfristig nicht viel ändern. Allerdings ist von zeitweiligen Irritationen auszugehen, die dadurch entstehen, dass die einzelnen Mitgliedstaaten (für diese Krise und künftige Notfälle) unterschiedliche Markteingriffe planen bzw. vornehmen (Bevorratung, Anweisungen für die Produktion, Preisregulierungen etc.). Trotz verschiedener nationaler Autarkie-Bestrebungen scheint sich aber noch keine generelle Tendenz zu verfestigen, die betreffenden Produkte dem Binnenmarkt zu entziehen. Beeinträchtigungen könnte es auch für die Arbeitnehmer-Freizügigkeit geben. Auch bei der Aufhebung der Grenzbeschränkungen und Quarantänevorschriften könnten diskriminierende Regelungen fortbestehen (z. B. besondere Gesundheitsprüfungen für medizinisches bzw. Pflegepersonal aus anderen Mitgliedstaaten).

Insgesamt dürfte die Begeisterung für europäische Regelungen in Deutschland durch die Corona-Krise nicht wachsen. Die Bewältigung der Krise findet vor allem auf nationaler Ebene statt; nur hier gibt es eine handlungsfähige Exekutive. Auch der Wettbewerb der Mitgliedstaaten beim Krisenmanagement und die dabei hervortretenden Unterschiede der Mentalitäten und Maßnahmen dürften die Europa-Skepsis nähren. Aus der Überwindung der Krise dürfte eher die nationale Regulierungsebene gestärkt hervorgehen als die EU-Ebene.

Fazit

Auch in Krisenzeiten wird das demokratische Spiel – und das hat bei aller Dramatik auch etwas Beruhigendes – weitergespielt. Die Interessengruppen fordern das, was sie schon immer gefordert haben, jetzt zur Abwechslung mit der Corona-Krise begründet. So herrscht gewöhnliches Handeln auch in ungewöhnlichen Zeiten.[29] Denn wer hätte „erwartet, dass Bürger und Lobbys Grundüberzeugungen ablegen, weil gerade Pandemie herrscht?",[30] wie der Tagesspiegel fragt. Was sollen in dieser Lage diejenigen tun, die sich – wie im Großen und Ganzen die Krankenkassen und viele wissenschaftliche Experten – für mehr Effizienz und Rationalität in der Versorgung und der Gesundheitspolitik eingesetzt haben?

Ein schönes Beispiel sind die „**Lieferengpässe**" bei Arzneimitteln. Hier haben die Krankenkassen klug reagiert und die Sanktionen für Verstöße gegen die Austauschverpflichtungen der Rabattverträge zügig ausgesetzt. Wenn sie das Instrument bei den Arzneimitteln politisch retten wollen, sollten sie weiter kompromissbereit sein (mit der Perspektive der Mehrfachverträge) und im Sinne eines „taktischen Rückzugs" dafür eintreten, europäische Produktion zu fördern, auch wenn dafür mehr Kosten entstehen.[31]

Die skizzierten Machtveränderungen werden jedoch weitere Wirkungen zeigen. Wenn die Krankenkassen damit rational umgehen wollen, sollten sie die Stärkung des stationären Sektors ohne allzu hörbares Zähneknirschen hinnehmen und sich nicht kräftezehrend dagegen verkämpfen. Sie sollten allerdings ihren verbleibenden Einfluss dahingehend geltend machen, dass die kommenden Investitionen in die Kliniken zur **Modernisierung** beitragen (z. B. für die weitere Spezialisierung, Zentrenbildung und Digitalisierung) und nicht – mit der Gießkanne verteilt – die bestehenden insuffizienten Strukturen stabilisieren.

Die Corona-Krise sollte nicht dazu führen, die Gesundheitsversorgung

28 Formulierungshilfe für die Fraktionen der CDU/CSU und SPD für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden „Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite" vom 20. April 2020

29 DIE LINKE im Bundestag etwa stellt anlässlich der Corona-Krise erwartungsgemäß fest: „Privatisierung von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen war falsch", Pressemitteilung vom 30.03.2020, Statement von Klaus Ernst, wirtschaftspolitischer Sprecher der Fraktion DIE LINKE.

30 Christoph von Marschall im Leitartikel des Tagesspiegel vom 24. April 2020 auf Seite 1.

31 Siehe Kommentar von Dr. Robert Paquet im OBSERVER Gesundheit vom 10.03.2020: „Lieferengpässe und Rabattverträge – Wie ist der Zusammenhang?"

wieder generell auf die Krankenhäuser auszurichten. Dass Deutschland neben Österreich und Südkorea die höchste Bettenzahl pro 100.000 Einwohner vorhält, spricht nämlich nicht für ein besonders leistungsfähiges Krankenhauswesen. Auch die (relativ) bescheidene und auf zu viele (und kleine) Einheiten verstreute Personal- und Qualifikationsausstattung spricht dagegen. Die Fähigkeit zum schnellen Aufbau vieler zusätzlicher Intensivbetten lag und liegt nicht in der Breite der stationären Angebotsstruktur begründet. Die neuen Kapazitäten wurden vor allem dort geschaffen, wo Spezialisierung und Konzentration bereits fortgeschritten sind und „Reserven" durch ein flexibles Management mobilisiert werden konnten. **Insoweit gibt die aktuelle Krise keinen guten Grund, die fortschreitende Ambulantisierung der Medizin zu bremsen bzw. den Trend zur sektorenübergreifenden Flexibilisierung der Versorgung zugunsten der Krankenhäuser zurückzudrehen.**

Spätestens auf mittlere Sicht – dann nämlich, wenn die absehbare Rezession zu einer Finanzierungskrise der Krankenkassen führt – werden Konzepte zur Rationalisierung der Versorgung wieder gefragt sein (auch wenn dafür der Begriff der „Kostendämpfung" füglich vermieden werden sollte). Wissenschaftler wie der Sachverständigenrat für Gesundheit, verschiedene Krankenkassen, aber auch z. B. das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung sollten sich nicht davon abhalten lassen, an diesen Konzepten weiter zu arbeiten. ■

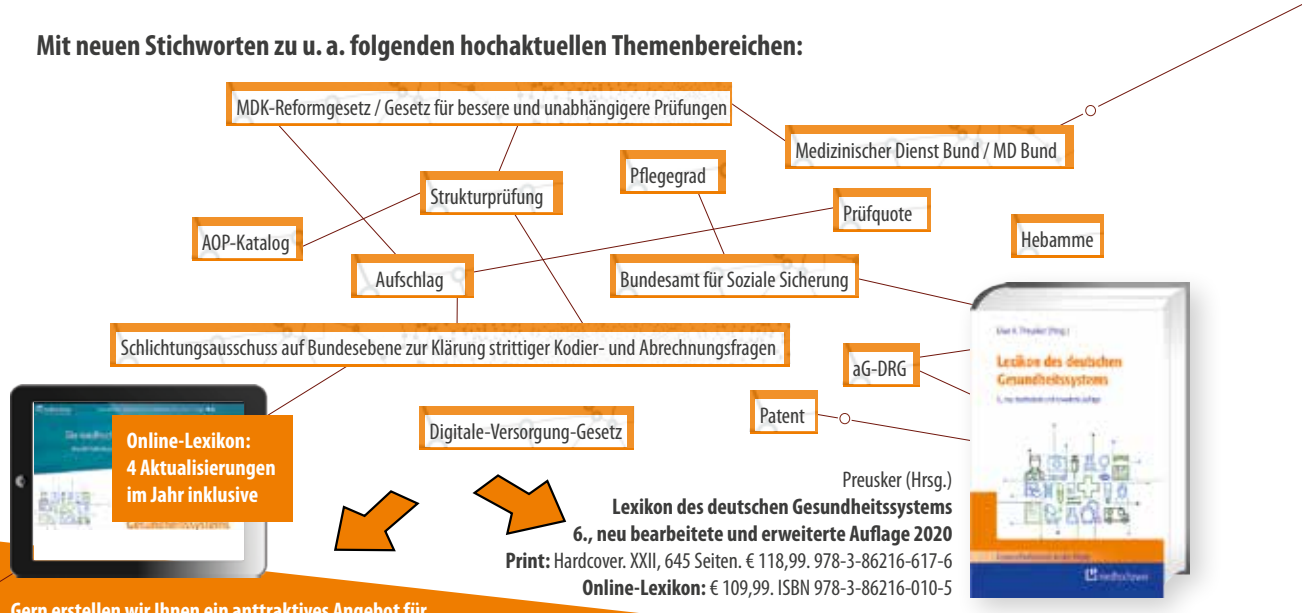
Immer auf dem aktuellen Stand mit dem

Lexikon des deutschen Gesundheitssystems

Das bewährte Nachschlagewerk jetzt in der 6. Auflage!

Seit 2006 kontinuierlich weiterentwickelt, ständig aktualisiert und um zahlreiche Stichworte erweitert, ist das **Lexikon des deutschen Gesundheitssystems** mit seinem umfassenden Ansatz mittlerweile zu einem Standard-Nachschlagewerk geworden, das in Hochschulen, Universitäten und Einrichtungen des Gesundheitswesens genutzt wird. Es ist der optimale Begleiter in Aus- und Fortbildung sowie Studium, dient aber auch gestandenen Fachleuten der verschiedenen Gesundheitsberufe als zuverlässiger Helfer in Zweifelsfragen jenseits des eigenen Fachgebietes. Den damit verbundenen hohen Anspruch will auch die **6. Auflage** erfüllen. Mit mittlerweile **mehr als 1.100 Stichworten** wird das deutsche Gesundheitssystem in seinen vielfältigen Facetten und mit seinen häufig komplizierten Regelungen aufgeschlüsselt und auf diese Weise verständlich gemacht. Durch die systematischen Querverweise wird der Nutzer unterstützt, indem er schnell und unkompliziert auf wichtige ergänzende Begriffe und Schlagworte aufmerksam gemacht wird.

Mit neuen Stichworten zu u. a. folgenden hochaktuellen Themenbereichen:



Preusker (Hrsg.)
Lexikon des deutschen Gesundheitssystems
6., neu bearbeitete und erweiterte Auflage 2020
Print: Hardcover. XXII, 645 Seiten. € 118,99. 978-3-86216-617-6
Online-Lexikon: € 109,99. ISBN 978-3-86216-010-5

Gern erstellen wir Ihnen ein anttraktives Angebot für eine Online-Lizenz für Ihre MitarbeiterInnen (Nutzung über IP-Authentifizierung)
Kontakt: info@medhochzwei-verlag.de

medhochzwei

Corona: Eine Herausforderung zwischen Erwartungen und Realität

PD Dr. med. Thomas Häupl[1]

Dr. med. Christian Kessler[2]

Prof. Dr. med. Andreas Michalsen[3]

Alle tragen Verantwortung für die Bewältigung der sog. Corona-Krise. Unser Autorenteam diskutiert die damit verbundenen Herausforderungen aus medizinischer und individueller Biologiesicht und geben Empfehlungen für Vorsorge und Verbesserung der Abwehrlage, um die sog. Corona-Krise trotz noch fehlender SARS-CoV-2 spezifischer Interventionsmöglichkeiten bestmöglich zu meistern.

Ausbreitung und Eigenverantwortung

Das neuartige Pandemie-Virus SARS-CoV2 breitet sich weltweit zunehmend aus, während in Deutschland die erste große Welle im Vergleich zu anderen Nationen relativ mild verlaufen ist. Eine zweite Welle hat hierzulande bislang nicht stattgefunden, sondern bleibt dank eines umsichtigen Verhaltens der meisten Bürger durch die Rückkopplung aus umfangreichen Erreger-Testungen und täglichen Fallzahlverfügbarkeiten durch das RKI weitgehend auf lokale „Hot-Spots" beschränkt. Dennoch darf dies keine falsche Sicherheit geben, denn die Hot-Spots existierten auch bei der ersten Welle. Regionen wie Heinsberg oder Tirschenreuth und die Ausbreitung über Urlaubsmagneten wie Ischgl zeigen nachdrücklich, wie schnell eine Ausbreitung ab einer bestimmten Häufigkeitsdichte in Verbindung mit Sorglosigkeit unkontrolliert werden kann. Laut einem Hochrechnungsmodell zur räumlichen Ausbreitung hätte Deutschland nahezu 50 Prozent der SARS-Cov2-Infektionen weniger, wenn alle so weit von Ischgl entfernt wären wie Vorpommern-Rügen [1].

Angesichts des aktuell deutlichen Rückgangs der Neuerkrankungen in Deutschland durch den Lockdown ist die Frage nach Möglichkeiten der Lockerung berechtigt, insbesondere für Regionen mit keinen nachweisbaren Neuerkrankungen über den Zeitraum von mehr als einer Inkubationszeit und insbesondere auch für Wirtschaftsbereiche mit besonderer Benachteiligung durch den Lockdown. Dies wird aber nicht ohne verantwortungsvolles Han-

1 Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und Klinische Immunologie, Charité Universitätsmedizin, Berlin
2 Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, und Abteilung für Innere und Komplementärmedizin, Immanuel-Krankenhaus Berlin/Wannsee
3 Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, und Abteilung für Innere und Komplementärmedizin, Immanuel-Krankenhaus Berlin/Wannsee

deln jedes einzelnen möglich sein. Hat sich das anfänglich kontrovers diskutierte Tragen einer Mund und Nase bedeckenden Maske in Risikobereichen inzwischen als sinnvoll und selbstverständlich für die meisten etabliert, sieht man mitunter wieder die Einkehr einer halbherzigen Verhaltensweise, bei der, unabhängig ob selbstgebastelt oder FFP2 Qualität, vermehrt die Nase freigehalten wird.

Erwartungshaltung und Bereitschaft zur Eigenleistung

Im Rahmen der ersten Welle galt für die Maßnahmen gegen Corona als erstes Ziel der Grundsatz der Vermeidung und als zweites die Verfügbarkeit an Intensivbehandlungsplätzen. Damit einhergehend wurde paradoxerweise gerade der Bereich der medizinischen Versorgung, der am stärksten benötigt wurde, offensichtlich in deutliche Defizite gelenkt, da Leerstand und Verschiebungen von planbaren Behandlungen zu mehr Finanzausfällen führten, als das Gesundheitssystem für das Pandemie Versorgungspotential bereit war zu bezahlen [2]. Zusätzlich mehren sich die Stimmen, dass andere Diagnosen, die zum Teil auch akute und lebensbedrohliche bzw. folgenträchtige Erkrankungen ausmachen, zunehmend vernachlässigt werden.

Ein weiterer Punkt, der nachdenklich stimmt, ist die Frage nach der tatsächlichen Risikobelastung und ihren Ursachen. Die Untersuchungen von 80 Prozent der Bevölkerung von Ischgl zeigen eine Antikörperentwicklung gegen SARS-CoV2 bei 42,4 Prozent, wobei 85 Prozent dieser offensichtlich von der Corona-Infektion Betroffenen keine bis milde Symptome hatten, sich der Infektion gar nicht bewusst waren und insgesamt nur zwei Todesfälle und neun Krankenhausbehandlungen gezählt wurden [3]. Dies mag zum Teil an der Altersverteilung liegen (>65 Jahre: 12,7 Prozent bzw. 19.2 Prozent in Ischgl bzw. Berlin (www.citypopulation.de)), teilweise aber auch am Lebensstil. Die extremen Unterschiede, die auch anderenorts von weitgehend symptomlos über stark prolongierte Erkrankungen mit Defizitheilung bis hin zu tödlichen Verläufen reichen, werfen die Frage auf, ob diese Realität schicksalshaft ist und im Bedarfsfall nur auf bestmögliche Behandlung hoffen kann, also einen Anspruch auf eine Erwartung darstellt? Eine Studie aus Korea, wo ähnlich wie hierzulande kein Engpass in der Bewältigung der akuten Fälle herrschte, zeigte an einer über 7000 Patienten einschließenden Untersuchung, dass die COVID-19-Erkrankungen vermehrt mit Alter, männlichem Geschlecht, Diabetes, Osteoporose, rheumatoider Arthritis, Drogenkonsum und Schizophrenie assoziiert war. Ferner traten schwere Erkrankungen gehäuft bei Diabetes, Bluthochdruck, chronischen Atemwegserkrankungen, chronischer Niereninsuffizienz und deren Endstadium auf [4]. Eine weitere koreanische Untersuchung assoziierte die Mortalität mit Alter, männlichem Geschlecht, geringerem Einkommen, vorbekannten Gerinnungsstörungen, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz, Prostatakrebs, akutem Myokardinfarkt, Diabetes und anderen ischämischen Herzerkrankungen[5]. Vergleichbare Assoziationen werden aus den Untersuchungen in der Region Wuhan berichtet[6]. Viele dieser Vorerkrankungen sind als Volkskrankheiten bekannt, die im Alter zunehmen und nicht unerheblich mit dem individuellen Lebensstil einschließlich der Ernährungsform assoziiert werden. Aber auch Erkrankungen wie die rheumatoide Arthritis fallen auf, die in den letzten Jahren mit immer effektiveren immunsuppressiven Therapien behandelt werden. Gerade bei diesen Erkrankungen gilt besondere Vorsicht und möglichst Infektvermeidung, damit potentielle negative Einflüsse, die insbesondere für die Glucocorticoid-Therapie aber auch für Biologika wie Rituximab diskutiert werden[7], nicht zur Wirkung kommen.

Medizin und individuelle Biologie

In der öffentlichen Diskussion wird nach wie vor besonderes Augenmerk auf die Vermeidung des Infektes (soziale Distanz) bzw. auf die Bereitstellung von ausreichenden medizinischen Behandlungsmöglichkeiten gelegt. Die Perspektive für Impfstoffe oder auch Medikamente rückt näher, aber nicht nahe genug, um Risikopatienten bereits heute abzusichern. Auch ist auf dem Weg dorthin noch mit zahlreichen Schwierigkeiten zu rechnen, da nicht bei allen Patienten gleich guter Erfolg erwartet werden kann. Grund dafür sind vor allem die individuellen Unterschiede in der immunologischen Abwehrkraft und in den Vorbelastungen. Alternative Möglichkeiten der Immunstärkung oder der günstigen Beeinflussung im Fall der Infektion werden bislang kaum diskutiert. Empfehlungen werden von gesicherten klinischen Studien abhängig gemacht und somit wird vorwiegend nach möglichst pauschalen Lösungen für alle gesucht. Die individuelle Situation und daran angepasste Möglichkeiten treten in den Hintergrund.

Ein Blick auf die Infektion und befallene Organe gibt dennoch zahlreiche Anregungen für den Einzelnen. COVID-19 ist eine Infektion, die vorwiegend durch Tröpfchen und Aerosole übertragen wird, das heißt, die Ausbreitung erfolgt vor allem über die Atemluft. Die Eintrittspforte sind Mund und Nase. Virus-enthaltende Tröpfchen schlagen sich an den Schleimhäuten nieder, befallen die Zellen der Schleimhautoberfläche und breiten sich von dort in Lunge, Gastrointestinaltrakt aber auch über das Blut weiter aus. Um Zellen zu infizieren, muss sich das Virus an Zellen anheften können. Als eine Bindungsstruktur an der Oberfläche von Schleimhautzellen wurde ACE2 identifiziert[8]. Wissenschaftliche Datenbanken zur Ausprägung dieses Rezeptors zeigen, dass ACE2 insbesondere an den Epithelzellen der Luftwege vorhanden ist, mehr in den großen als in den kleinen (GEO Dataset GSE18385) und mehr bei Rauchern als bei Nichtrauchern (GEO Dataset GSE64614). Die SARS-CoV2 Virus-RNA konnte aber auch in Blut, Schweißdrüsen, Urin und Stuhlproben nachgewiesen werden[9–11] und im Stuhl vermehrt und verlängert, wenn Durchfallsymptomatik im Rahmen der COVID-19-Erkrankung bestand[12]. Durch die Abhängigkeit von Eintrittsrezeptoren entstehen trotz der Ausbreitungsmöglichkeiten über das Blut präferenzielle Organinfektionen [9]. Die Aggressivität der Zellinfektion aktiviert Immunzellen. Da diese Viren neuartig sind, ist davon auszugehen, dass die meisten Menschen dafür noch keine ausreichend schützende Immunantwort besitzen, sondern diese erst entwickeln müssen. Daneben sind auch unspezifische Abwehrfaktoren im Blut und im Gewebe sowie das Gerinnungssystem involviert. Ausbreitung der Viren und Aufbau der schützenden spezifischen Immunabwehr liefern sich ab dem Zeitpunkt der Infektion einen Wettlauf, der Einfluss auf Krankheitsentwicklung und

Verlauf nimmt. Zusätzlich zur Geschwindigkeit, mit der eine Immunabwehr entsteht, wird die Krankheit aber auch vom Ort des Befalls und der Ausbreitungsstärke an diesem Ort bestimmt. Befunde wie Mikrothromben und Gerinnungsstörung sowie ein Zytokin-Sturm als Zeichen der Eskalation der Infektion entstehen erst bei fortgeschrittenen Verläufen und zunehmenden Gewebeschädigungen und werden in der genauen Ursache ihrer Entstehung noch kontrovers diskutiert. Einen möglicherweise nicht unerheblichen Beitrag zur Schwere des Krankheitsgeschehen könnten auch sekundäre Fremdtrigger verursachen. Der Nachweis von Viren in der Darmschleimhaut, deren Ausscheidung im Stuhl, die Durchfallsymptomatik und schließlich auch die Veränderung des Mikrobioms mit einer Zunahme von pathogenen Keimen[13] stützen diese Vermutung und mahnen wie auch die Erfahrungen und Empfehlungen anderer[14] zu mehr Individualität und Ganzheitlichkeit bei Therapie wie auch präventiven Maßnahmen.

Empfehlungen für eine individuelle Vorsorge und Verbesserung der Abwehrlage

Ausgehend von den genannten Einflussfaktoren stehen neben medizinischen Verordnungen und Behandlungsmaßnahmen im Ernstfall zahlreiche Möglichkeiten zur Verfügung, die durch Aufklärung und Eigeninitiative vom Patienten selbst eingesetzt und kontrolliert werden können. Sie versuchen Immunabwehr und Selbstheilungskräfte zu optimieren sowie bestmögliche Voraussetzungen für eine gute Abwehr im Falle der Infektion zu schaffen. Enthalten sind dabei Ansätze der Komplementären und Integrativen Medizin mit Elementen der Naturheilkunde. Es muss allerdings deutlich gemacht werden, dass trotz zum Teil zahlreicher Daten über ihre Einflussnahme auf Viruserkrankungen es bislang keine Untersuchungen gibt, die ihre Bedeutung spezifisch für SARS-CoV-2-Viren oder die COVID-19-Erkrankung belegen.

1. Vermeidung von Belastungen der Lunge bzw. der Immunzellen in der Lunge, wie sie z. B. durch Zigarettenrauch, belastende Stäube oder reizende Dämpfe entstehen;
2. Verbesserung der Reinigung der Lunge und Reduktion kritischer mikrobieller Besiedlungen der Schleimhäute insbesondere im Darm, die opportunistisch bei einer Virusinfektion Probleme bereiten können;
3. Verbesserung der Abwehrfunktion durch ausreichende Verfügbarkeit von essentiellen Nährstoffen für Abwehrleistungen aber auch für Regenerationsfunktionen, damit Gewebezerstörung durch Kollateralschäden bei einer Infektion geringgehalten wird;
4. Versuch der Verzögerung der Virusvermehrung im Fall der Infektion mit Hilfe ausgewählter Nahrungsmittel, für die antivirale Wirkung experimentell gezeigt wurde bzw. die indirekt die Immunabwehr verbessern durch Reduktion belastender Keime an Schleimhäuten (insbesondere im Darm).
5. Reduktion eines psychisch und körperlich überlastenden, durch Stress auszehrenden Lebensstils und bewussten Aufbau einer positiven und körperlich/geistig erholsamen Lebensführung.

Zu 1.) Obgleich oft von Beratungsresistenz überlagert, aber ausschließlich durch das Individuum selbst zu steuern, ist der Raucherstatus nachweislich beeinflussend nicht nur für die Häufigkeit der Eintrittsrezeptoren ACE2 für SARS-CoV2 Viren sondern auch für die Entwicklung bzw. den Schweregrad einer chronischen Lungenerkrankung als Risikofaktor. Kommen zusätzlich beruflich bedingt belastende Stäube oder sogar allergisch asthmatische Beschwerden hinzu, sind diese weit schwieriger zu vermeiden. Anders verhält es sich mit Freizeitbeschäftigungen oder auch Heimwerkertätigkeiten, bei denen Exposition gegenüber Stäuben und Atemwege reizenden Lösungsmittel vermeidbar sind. Neben Atemübungen ist ausreichend Frischluft und an Ausgangsregeln angepasste Spaziergänge eine gezielte Möglichkeit für Prophylaxe. Natürlich sind auch im Erkrankungsfall bei häuslicher Quarantäne vergleichbare Vorkehrungen und Vermeidung von Ping-Pong Effekten durch getrennte Aufenthaltsbereiche im Falle mehrerer Betroffener im gleichen Haushalt als präventiv für einen schweren Verlauf zu sehen. Erhöhte Sauerstoffzufuhr wird als vorteilhaft nicht nur kompensatorisch für die Versorgung des Körpers, sondern auch im Sinne einer Reduktion der Virusvermehrung bzw. einer Erhöhung der antiviralen Leistungen der befallenen Zellen diskutiert. Dies wird gerade im frühen Stadium zur Verlangsamung der Virusausbreitung als bedeutsam erachtet[15]. Deshalb sollte auch nachts an ausreichende Sauerstoffzufuhr gedacht werden.

Zu 2.) Reinigung der Lunge kann durch sekretionsfördernde Nahrungsmittel erfolgen. Hierzu gehören Lauchgewächse wie z. B. Zwiebeln, Knoblauch, aber auch scharf schmeckende Nahrungsmittel wie Meerrettich, Ingwer oder Pfeffer. Verschiedene Gewürze wie Thymian, Rosmarin, Salbei oder Oregano enthalten essentielle Öle, denen antimikrobielle Wirkung zugeschrieben wird[16,17]. Diese haben nicht nur bei der Verdauung einen positiven Einfluss. Zum Teil werden diese Stoffe auch wieder an den Schleimhäuten in das Sekret abgegeben (z. B. Knoblauchgeruch in der Atemluft). Aber auch Inhalationen mit heißem Dampf unter Zugabe von Kräutern wie Salbei oder Thymian können lokal in den oberen Luftwegen (Nase, Nasennebenhöhlen und Rachenraum) sowie in den Bronchien reinigende Wirkung auf opportunistische Mikroben entfalten. Allerdings sollte das Inhalieren bei einer bereits bestehenden Virusinfektion mit Vorsicht erfolgen, denn die vermehrte Tröpfchenbildung beim Inhalieren könnte die Ausbreitung der Infektion in tiefere Regionen der Lunge möglicherweise fördern.

Zu 3.) Wichtige Baustoffe sind Vitamine. Vitamin C ist für den Stoffwechsel von Immunzellen bedeutsam und schützt als Antioxidans vor Kollateralschäden an den körpereigenen Zellen und Gewebestrukturen, die durch Sauerstoff-Radikale im Rahmen der Immunabwehr entstehen. Aus Infektionsstudien in der Zellkultur wird für Vitamin C außerdem eine präventive Wirkung abgeleitet. Vermutlich wird der Stoffwechsel der Zielzellen einer Virusinfektion derart verändert, dass Vermehrung und Ausbreitung der Viren verzögert werden. In einem Mausmodell zur Virusinfektion der Lunge wurde gezeigt, dass die viral ausgelöste Entzündung und die begleitenden Lungenschäden durch Vitamin C reduziert werden. Auch sind regenerative Prozesse beim Aufbau und Erhalt von Bindegewebsstrukturen durch Vitamin C verbessert, eine Wirkung, die bei Skorbut, der Vitamin-C-Mangel-Krankheit, schrittweise verloren geht. Eine direkte antivirale Wirkung ist

weniger wahrscheinlich bzw. wird erst bei Konzentrationen beobachtet, die im Körper nicht erreicht werden. Die Dosierung sollte aktuell großzügig erfolgen (3- bis 5-fache empfohlene Tagesdosis, am besten als Nahrungsergänzungsmittel), um eine gute Grundversorgung zu sichern. Eine Überdosis wird von der Niere entsorgt[18].

Vitamin D wird ebenfalls als ein Schutzfaktor bei Virus-Infektionen der Lunge diskutiert[19]. Dabei stehen vor allem die Makrophagen in der Diskussion, die einen Rezeptor für Vitamin D besitzen[20]. Im Alter besteht oft ein Mangel, der aus einer verringerten Syntheseleistung in der Haut abgeleitet wird. Es werden Wirkungen auf den Blutdruck über Wechselwirkungen im Renin-Angiotensin System sowie protektive Einflüsse auf das Endothel diskutiert[21]. Schließlich werden sogar entzündungshemmende Einflüsse auf die Wechselwirkung mit dem Darm-Mikrobiom vermutet[22]. Grundsätzlich sollte auf eine ausreichende Zufuhr aller Vitamine geachtet werden. Vitamin D ist fettlöslich und wird deshalb bei Überdosierung nicht so leicht ausgeschieden. Eine etwas höhere Dosis zu Beginn ist sicher nicht schädlich, im weiteren Verlauf sollten jedoch die Dosis-Empfehlungen nicht wesentlich überschritten werden. Die Zufuhr über Nahrungsergänzungsmittel ist leichter und konstanter zu realisieren als über die Nahrung selbst.

Zu 4.) Verschiedene Nahrungsmittel, die zum Teil auch sekretionsfördernd sind (siehe 2.), können eine antivirale und antimikrobielle Wirkung aufweisen. Dazu gehören Pflanzen, die die sogenannten Senföle (Isothiocyanate) bilden, also z. B. Meerrettich, Kapuzinerkresse, Senfsaat, verschiedene Kohlarten, Kohlrabi, Radieschen und auch Rettich. Sie verleihen diesen Pflanzen ihren typischen scharfen Geschmack. Beim Knoblauch sind schwefelhaltige Verbindungen wie Alliin Wirkstoffe, die antivirale aber auch antimikrobielle Wirkung besitzen. Interessanterweise wurde für Knoblauch in einem Hühnerei-Modell eine Wirkung auf „Avian infectious bronchitis virus", einem Coronavirus bei Vögeln, nachgewiesen[23]. Auch den oben genannten Kräutern und ihren essentiellen Ölen sowie den Inhaltstoffen der Teepflanze und dem Süßholz werden entsprechende Wirkung auch gegen Arten von Coronaviren zugewiesen. Wahrscheinlich haben viele dieser Stoffe vor allem eine Wirkung, wenn sie bereits beim Verzehr in ausreichender Konzentration mit den Viren bzw. Mikroben in direkten Kontakt kommen, also wenn sie als Tee im Mund und Rachenraum einwirken können, bei der Verdauung auf die Darmschleimhaut Einfluss nehmen oder nach Aufnahme in den Kreislauf über die Schleimhäute wieder abgegeben werden (z. B. Knoblauch). Ein wesentlicher positiver Effekt durch diese Nahrungsmittel könnte auch in der Wirkung auf die Darmkeime bestehen oder gegen eine Persistenz der Coronaviren in der Darmschleimhaut. Das Mikrobiom des Darms wird stark von unserer Ernährung beeinflusst. Es kann insbesondere bei schlechter Ernährung auch das Immunsystem stark belasten und in seiner Abwehrkraft bei akuten Infekten schwächen. Deshalb ist eine gesunde Ernährung, gegebenenfalls unterstützt durch günstige Keime wie Milchsäurebildner (Lactobacillus, Bifidusbakterien) im Joghurt, Sauerkrautsaft oder Brottrunk ein ebenso wichtiger Grundbaustein für Prävention und Therapie[14].

Zu 5.) Stress, ob durch übermäßige körperliche oder auch psychische Belastung, ist für eine Verschlechterung der Immunabwehr jedem bekannt. Dabei sind sowohl Entzündungsfaktoren[24] wie auch immunsuppressive Stoffwechsellagen über endogene Cortisol-Ausschüttung beteiligt und die Ursachen als vielfältig zu erachten. Ein Stress-Ulkus zeigt, wie durch Ungleichgewichte zwischen sympathischen und parasympathischen Reizen Schleimhautstörungen und damit Schädigungen von Grenzflächen zur Darm-Mikrobiota involviert sein können. Das verdeutlicht, dass eine bewusste und individuell angepasste Steuerung des Lebensstils, das heißt Ausgewogenheit bei Arbeit und Entspannung, ausreichend Schlaf und erholsame Bewegung ebenso wichtig sind wie die weiter oben genannten Maßnahmen.

Zusammenfassung

Mit dieser Kurzfassung zu den Herausforderungen und auch zu den Möglichkeiten, die sogenannte Corona-Krise trotz noch fehlender SARS-CoV-2 spezifischer Medikamente und Therapien bestmöglich zu meistern, soll an die Verantwortlichkeit aller appelliert werden, dass jeder seinen Beitrag für sich selbst und auch für andere leisten kann und dass alle Akteure und auch Empfänger im Gesundheitswesen Verantwortung für ein Gelingen tragen. Der Schreck über die gehäuften tödlichen Verläufe ist groß, verführt zu Angst und weckt die Erwartung, dass nur neue Entwicklungen das Problem lösen können. Dies wird allein durch die vielen unscheinbaren Krankheitsverläufe widerlegt. Besinnung auf verfügbare Ressourcen und Einbindung von lange bekannten Naturwirkstoffen, gesunden Ernährungsformen und einfachen Maßnahmen zur Verbesserung der physischen und psychischen Leistungsfähigkeiten sollten auch darauf hinweisen, dass die evolutionär gereiften biologischen Fähigkeiten der Infektabwehr den am meisten Erfolg versprechenden Weg aufzeigen, den es gilt auch in geschwächten Individuen so gut wie möglich wieder herzustellen. Dazu sollte Aufklärung und Hilfe zur Selbsthilfe durch Beratung eine größere Wertschätzung bei der medizinischen Versorgung erhalten und entsprechend in der Versorgung eingebunden sein. Denn die vielen kleinen Schritte, die vom Patienten selbst durchgeführt werden können, tragen am Ende auch zu erheblichen Kostensenkungen bei.

Umfassende Literatur- und Quellenangaben bei den Autoren. ■

Dr. jur. Helmut Platzer,
Ebersberg[1]

Bei der Aufarbeitung der Coronakrise im Gesundheitswesen muss gelten: Misstraue dem Offensichtlichen

Die Coronakrise hat in der Gesundheitspolitik enormes und zuvor sicherlich auch unvorstellbares in Bewegung gebracht. Mit Blick auf die Aufarbeitung des in der Krise Gelernten diskutiert Dr. Helmut Platzer, ehemaliger Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern, Gefahren und Potential für Weiterentwicklungsperspektiven des Gesundheitswesens. Das sollte debattiert werden. Autor, Herausgeber, Redaktion und Verlag freuen sich über Rückmeldungen.

Dem oft als Dauerbaustelle charakterisierten Gesundheitswesen droht ein fataler „Wettstreit der Axiome" mit dem Potenzial, erreichte Weiterentwicklungsperspektiven spürbar zurückzuwerfen. Die Konsequenzen aus der Krise, aus den Versuchen, sie zu bewältigen und der Datenlage, die sie von Beginn an und tagtäglich produziert, scheinen zu sonnenklar zu sein. Auf allen Ebenen machen apodiktische Feststellungen – oftmals jetzt zum wiederholten Mal aufgerufen – Karriere. Viele Fragen, insbesondere, was die Versorgung und ihre Struktur angeht, erscheinen plötzlich ein für alle Mal beantwortet. Gilt also ab sofort unkritisch „Viel hilft viel"? „Alles ist legitim, wenn es der Gesunderhaltung dient"? oder auch „Jetzt ist nicht die Zeit, über Finanzierungsverpflichtungen oder Zuständigkeiten zu diskutieren"? Praktische Beispiele zeigen, dass die Erkenntnis aus der Krise keineswegs lauten kann, die bisherige Systemkritik sei gegenstandslos geworden, der Status quo ante sei sakrosankt oder einfach für die Durchsetzung von Lobbyinteressen sei jedes wohlfeile krisenassoziierte Argument Recht.

1. Betroffene Paradigmen

1.1 Daten- und faktenorientierte Krankenhausstrukturen

Unmittelbar vor Ankunft der Pandemie in der deutschen Versorgungslandschaft und Gesundheitspolitik hatte die Auseinandersetzung über eine Krankenhausstrukturreform eine deutliche Zuspitzung erfahren. Nicht mehr nur immer wieder erhobene Forderungen von Kostenträgern[2] oder Ökonomen,[3] auch aktuelle Studienergebnisse, z. B. der Bertelsmann-Stiftung,[4] oder die Bewertung wissenschaftlich längst adres-

1 Ehemaliger Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern.
2 Z.B. jährlicher KH-Report des AOK-BV, zuletzt vom 10.2.2020.
3 Z.B. Jahresgutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2015/2016.
4 Veröffentlicht am 15.7.2019.

sierter Verbesserungspotenziale, z. B. in der Mindestmengendebatte, sondern auch eine politische Zuspitzung ließen eine baldige gesetzgeberische Aktion immerhin wahrscheinlich erscheinen. Selbst der Bundesgesundheitsminister hatte noch im Februar, notabene während eines Besuches in einem Krankenhaus, also quasi in der Höhle des Löwen, geäußert, bei der Krankenhausstrukturdebatte müsse es vorrangig um Qualität statt Nähe bzw. Entfernung gehen. Er erinnerte auch zum wiederholten Male daran, dass die Qualität von medizinischen Eingriffen davon abhänge, wie oft sie in einem Haus durchgeführt werden und folgerte daraus, es bedürfe mutigeren Vorgehens der Landes- und Kommunalpolitik bei künftigen krankenhausplanerischen Entscheidungen.[5] Speziell mit Blick auf die Notfallversorgung hatte er im Übrigen schon vorher Schritte eingeleitet, die auch zu einem Überdenken der Rolle der Krankenhäuser führen müssen.[6]

Unmittelbar darauf drehte sich – die Bilder von heillos überforderten stationären Einrichtungen in den Nachbarländern und aufkommende Notfallsituationen auch in deutschen Krankenhäusern vor Augen – die Tendenz in der öffentlichen Wahrnehmung aber auch in der Fachdiskussion um 180 Grad. Selbst prominente Kritiker der deutschen Krankenhausstruktur schlossen sich einem ordnungspolitischen Axiom an, das da lautete: Wir brauchen möglichst viele Krankenhausbetten in möglichst vielen Häusern in der Fläche, auf die Größe und die Ausrichtung der Häuser sollte es nicht ankommen und die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Klinik darf keine Rolle spielen. Sogar das längst überwundene Kostendeckungsprinzip als Leitbild feierte fröhliche Urständ.

1.2 Ambulante Versorgungsstrategie

In der ambulanten ärztlichen Versorgung wurde schnell klar, dass sich die Betroffenheit der Praxen ambivalent darstellt. Zwar war initial auch hier der Kampf gegen „Unterausstattung" zu führen, insbesondere was Schutzausrüstung und die Gewährleistung der nötigen Personalstärke angeht. Schnell wurde jedoch offensichtlich, dass anders als in anderen überbeanspruchten Bereichen eher ein Wegbrechen des gewohnten Inanspruchnahmeverhaltens der Patienten die Hauptwirkung der Krise darstellte. Dabei ist festzuhalten, dass die Anzahl der Fallkontakte unter Krisenbedingungen noch immer über den Kennzahlen in vergleichbaren Systemen im Normalbetrieb blieb.[7]

So kippte auch die Diskussion der notwendigen Folgerungen sehr rasch in Richtung einer erwünschten Kompensation und dann eines Ausgleichsanspruchs für ausbleibende Fallzahlen, während gleichzeitig für die doppelte Facharztschiene in der hierzulande praktizierten Form eine neuerliche Rechtfertigung aus der Krise hergeleitet wurde.[8]

Im hausärztlichen Bereich wuchs eine bis dahin wenig vorhandene Affinität zu alternativen Versorgungsmöglichkeiten unter Anwendung digitaler Instrumente und Verfahrensweisen, die auf Patientenkontakt verzichteten (z. B. telefonische Krankschreibung), der auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Rechnung zu tragen versuchte.[9]

Eher am Rande problematisiert wurde die naheliegende Frage, ob sich aus den aktuellen Erfahrungen heraus nicht auch ein neuer Blick auf die Sektorengrenze zwischen ambulant und stationär sowie neue Formen der Kooperation zwischen Niedergelassenen entwickeln müssten.

Der G-BA hat in Bezug auf seine regulären Richtlinienbestimmungen zeitlich limitierte Sonderregelungen getroffen, z. B. die bis 31.5. befristeten Regelungen zur Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie.[10] Neben einer Reihe von Möglichkeiten der Verordnung veranlasster Leistungen ohne persönlichen Kontakt umfasst dies auch ein Paket von ausgesetzten Bestimmungen zur Sicherung der Versorgungsqualität und der Dokumentations- und Nachweispflichten.

1.3 Digitalisierung unter besonderen Rahmenbedingungen

Die Digitalisierung des Gesundheitsbereichs kommt nach wie vor nur schleppend voran. Obwohl auch politisch in jüngerer Zeit starke Impulse gesetzt wurden, führen sogar schon seit längerer Zeit laufende Vorhaben noch immer einen Kampf gegen ein ausgeprägtes Beharrungsvermögen. Dabei sollte der Blick nicht nur auf das tragisch gescheiterte Projekt einer elektronischen Gesundheitskarte gerichtet werden. Andere Bereiche wie etwa das Vorhaben einer Forschungsdatenbank drohen an einer insuffizienten Umsetzung zu scheitern.[11] Mit großem Potenzial versehene Optionen, deren Wirksamkeit bereits nachgewiesen ist, wie der Einsatz von Telemedizin im Versorgungsmanagement, blockieren weiterhin schwer nachvollziehbare Restriktionen im Bereich der Einschreibeverfahren.[12]

Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen den Modulen a) Digitale Umgestaltung der Geschäftsbetriebe, b) den speziellen Bedingungen der Kommunikation der Player untereinander und mit ihren Kunden, Patienten und Versicherten, sowie c) den spezifischen Möglichkeiten, mit digitalen Mitteln neue Versorgungsangebote zu entwickeln und anzubieten.

Es ist deutlich erkennbar, dass die Coronakrise die öffentliche Meinung gegenüber digitalen Lösungen positiv beeinflusst. Sowohl die Wahrnehmung bereits eingeführter Anwendungen, die teilweise gegen eine verbreitete Skepsis anzukämpfen hatten, wie auch die Aufgeschlossenheit gegenüber neuen, zusätzlichen digitalen Lösungsansätzen steigen erkennbar. Auch auf Seiten der Leistungserbringer zeigt sich ein deutlich reduzierter Widerstand gegen (nur scheinbar) konkurrierende Versorgungsoptionen.

Andererseits zeigt sich aber auch, insbesondere in der Debatte um die Rahmenbedingungen für eine „Corona-App", dass ein unkritisches „Alles ist möglich" keine Chance auf Durchsetzung hat, wenn wesentliche Gefahren für das informationelle Selbstbestimmungsrecht erkannt und problematisiert werden, wie das nicht nur von Seiten Privater sondern auch beispielsweise von Datenschutzbeauftragten der Fall war.[13] Dennoch belegt das von

5 Nach Ärzteblatt vom 20.2.2020.
6 Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung vom 9.1.2020.
7 Durchschnittliche Arztkontakte in Deutschland 18,1; im europäischen Durchschnitt 6,6 p. a.
8 Wolfgang Bärtl, BFAV, nach www.bayerischer-facharztverband.de/aktuelles vom 29.3.2020.
9 Befristete Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie, PM v. 8.6.2020.
10 S. o.
11 Vgl. Platzer, NZS 2020/289 ff.
12 Vgl. strittige Anwendung von § 68b Abs. 3 SGB V auf bereits bestehende Programme nach § 140a SGBV.
13 Vgl. strittige Anwendung von § 68b Abs. 3 SGB V auf bereits bestehende Programme nach § 140a SGBV.

Beginn an positive Echo des Marktes auf die Corona-App eine hohe Bereitschaft zur Mitwirkung, wenn Transparenz und Zweckmäßigkeit erkennbar sind.

Eine grundsätzliche Auseinandersetzung mit der Frage, wie aktuelle Vorhaben (z. B. ein Immunitätspass) in die neue Datenschutzwelt unter Geltung der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) passen, ist derzeit erst in Ansätzen erkennbar, z. B. bei Roßnagel, ZD-Aktuell 2020, 07166.

1.4 Finanzierungsarchitektur der Daseinsvorsorge

Zwangsläufig entstanden im Rahmen des Krisenmanagements auch Konflikte hinsichtlich der Finanzierungszuständigkeit und -verpflichtung für bestimmte Maßnahmen. Besonders deutlich wurde dies im Streit über die Finanzierung von Coronatests, die über die Absicherung der Diagnose symptomatischer Patienten hinausgingen, wobei die bayerische Sonderlösung die Frage keineswegs neu beantwortet. Ungeachtet nachdrücklicher Gegenvorstellungen der Gesetzlichen Krankenkassen, insbesondere ihres Spitzenverbandes, besteht die Koalition darauf, die GKV zu verpflichten, die Kosten aller Labortests zu übernehmen, also auch symptomfreier Patienten, sowie abwegiger Weise auch Privatversicherter. Selbst die staatlichen Gesundheitsämter sollen über die GKV abrechnen können.[14]

Nachdem die Fallkosten festgelegt wurden, steht fest, dass damit Aufwände anfallen werden, die im Ergebnis für die Kassen beitragsrelevant sind.

Auch die einmalige Sonderleistung für Beschäftigte in der Pflege geht nach dem Willen der Koalition zu Lasten der GKV, allerdings mit dem kryptischen Vorbehalt, dass später eine teilweise Refinanzierung über Bundeszuschüsse angedacht sei.

Schließlich ist inzwischen auch noch die volkswirtschaftliche Diskussion der Sicherung deutscher Produktionsstandorte für versorgungswichtige Güter wie Schutzausrüstung u. ä. über die ordnungspolitischen Ufer getreten und die Forderung aufgetaucht, die Krankenkassen mögen den Produzenten Differenzbeträge zu Weltmarktpreisen garantieren – marktwirtschaftlich ein Sündenfall und für das System der Beitragsfinanzierung ein Dammbruch.

2. Bewertung der Diskussion

2.1 Stationäre Versorgung

An keiner Stelle der Auseinandersetzung wird die Gefahr der Vereinfachung der Argumentation bis hin zum Populismus bei gleichzeitiger Exposition gegenüber schlichter Interessenwahrung so deutlich wie zum Thema stationäre Versorgung. Deshalb ist gerade dazu die Messung von Schlussfolgerungen an objektiven Daten und Sachverhalten so wichtig.

Die wichtigsten Argumente für eine grundlegende Strukturreform werden durch die Erfahrungen aus der Coronakrise nicht nur nicht widerlegt, sondern sogar noch bestärkt:

- Die Konzentration von besonders anspruchsvollen Aufgaben auf wenige Häuser sichert die Prozess- und Ergebnisqualität. Trotz initial hoher Unsicherheit über die numerische Bedarfsdeckung und des tatsächlichen Bedarfs an Intensiv- und vor allem Beatmungskapazitäten sicherten vor allem die hochspezialisierten Einheiten die Versorgung und entsprechende Ergebnisse. Selbst unter größtem Druck der Krise entwickelten die besonders qualifizierten Häuser sich laufend methodisch weiter und waren in der Lage, neue Erkenntnisse zielsicher einzusetzen. Eine wesentlich verbesserte Kooperation von Häusern niedrigerer Versorgungsstufe mit Zentren tat sein Übriges.
- Die umfangreiche Verfügbarkeit von Betten mit sonst hohem Auslastungsgrad belegt, dass die Reduzierung der stationären Aufnahmen nach unabweisbarem Bedarf weit mehr Effekt aufweist als nur der als Erklärungsmuster herangezogene Aufschub von planbaren Operationen. Die These, zum Teil werde dies dadurch erkauft, dass an sich behandlungsbedürftige Erkrankungen mit fatalen Folgen unbehandelt geblieben sind, ist erst noch zu evaluieren.
- Die Reduzierung der Kapazitäten auf ein bedarfsgerechteres Maß ermöglicht – zusammen mit der Entlastung von nicht pflegerischen Aufgaben – die Überwindung des Mangels an Pflegekräften. Die rechnerische Annahme, dass bei einem gegenüber dem europäischen Durchschnitt doppelten Angebot an Betten ein Mangel an Pflegekräften von rund 30 Prozent pro Bett mehr als ausgeglichen werden kann, wenn die Bettenanzahl angepasst wird,[15] hat sich bei steigendem Bedarf bestätigt.
- Was die Ausstattung der Kliniken mit Bedarfsgütern angeht, sind neue Formen der Bewirtschaftung und insbesondere auch der Kooperation erforderlich. Die Beschaffung als Aufgabe einzelner Häuser unter Wahrung der dort angewandten Wirtschaftlichkeitskriterien hat sich nicht bewährt. Kartellrechtliche Vorbehalte dagegen sind nicht länger haltbar.[16]
- In erster Linie ist die Forderung nach einer bedarfsgerechteren Finanzausstattung der Häuser nicht mit einem neuen Finanzierungsmodell oder der Wiederherstellung eines überkommenen Kostendeckungsprinzips zu beantworten, sondern zunächst mit einer konsequenten Durchsetzung der bestehenden Finanzierungsregularien, namentlich was die Investitionsförderung durch die Länder angeht.

2.2 Ambulante Versorgung

Im niedergelassenen Sektor wurde bereits in einer frühen Phase der Krise deutlich, welche Tendenz der reaktive Wunsch nach Veränderungen haben sollte. So zeigten sich in einer Pressekonferenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 19.3.2020 bereits Forderungen die ggf. über die Pandemiebewältigung hinausreichende systemische Konsequenzen haben könnten:

- Zum einen war dies die Intensivierung der Betreuung außerhalb persönlicher Patientenkontakte, v. a. mit digitalen Mitteln, gezeigt am Beispiel der Videosprechstunde und der telefonischen AU-Bescheinigung.
- Weiter wurde die Notwendigkeit betont, die Risikovorsorge im stationären Bereich und die Absicherung der ambulanten Versorgung abgestimmt zu behandeln und Spezialisierungen im Bereich der ambulanten Versorgung einzufordern.
- Primär wurde aber verdeutlicht, dass die Praxen bei reduzierter Inan-

14 Rechtsverordnung des BMG vom 9.6.2020.

15 U. a. der Verfasser in Münchener Merkur v. 26.2.2018, Bezug HCHE, Expertise zur Quantifizierung der Pflegezahlen in Deutschland …, März 2016; Busse, Ärztezeitung, 23./24.3.2018.

16 Pia Meetz (Fieldfisher), Kartellrecht in Zeiten von Covid 19, 24.3.2020.

spruchnahme einen Anspruch auf einen Schutzschirm hätten, der einen Einnahmeverlust ausgleichen soll.

Dies sind aber letztendlich Beispiele für eine Umkehr der bisherigen ärztlichen Argumentation zu wesentlichen Forderungen nach einer Reform der ambulanten Versorgung.

Gegenüber Digitalisierungsvorhaben war die Haltung der verfassten Ärzteschaft bisher stets eine sehr kritische, die vor allem an vielen Stellen mit einer Zusage von erheblichen wirtschaftlichen Vorteilen aufgeweicht werden musste, wobei der Tenor unüberhörbar war, die Ärzte selbst hätten daran kein Interesse, erwarteten keinen Benefit und seien letztlich oftmals die Leidtragenden solcher Innovationen.

Ähnliches gilt für die Kooperationspraxis sowohl der Niedergelassenen untereinander als auch an der Schnittstelle zum stationären Bereich. Hier sei an die Thematik der Notfallversorgung erinnert, und schließlich auch an die zunehmende Beteiligung nichtärztlicher Leistungserbringer an der Versorgung der Patienten. Wenn insoweit ein Umdenken in Coronazeiten erkennbar wird, ist es wichtig, diesen Ansatz nicht auf die Coronafolgen zu beschränken oder später wieder rückgängig zu machen.

Im Covid-19-Krankenhaus-Entlastungsgesetz vom 27.3.2020 sind Umsatzgarantien für den ambulanten Bereich enthalten, die sowohl auf Seiten der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) als auch der Extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) ansetzen. Die MGV wird in unveränderter Höhe fällig, die Honorarverluste in der EGV sind zu 90 Prozent auszugleichen. (Über die Modalitäten und formellen Anspruchsgrundlagen zu berichten, würde den Rahmen dieser Darstellung sprengen.)

Über Krisenzeiten hinausgedacht, würde dies bedeuten, dass ein (ohnehin sehr abstraktes) unternehmerisches Risiko des Freiberuflers Arzt nicht mehr existieren würde. Die Morbidität als Parameter der Honorierung würde letztlich durch die Fallzahl ersetzt und eine kontaktunabhängige Pauschale zur Grundabsicherung eingeführt. Aus Sicht der Niedergelassenen sicher ein willkommener „Systemwechsel", für das GKV-System aber ein Sprengsatz erster Ordnung.

2.3 Datenschutz und Telemedizin

Das Nürnberger-Institut für Marktentscheidungen hat in einer repräsentativen Stichprobe zur Ausgestaltung der Corona-App Ergebnisse ermittelt,[17] die im Grunde die Wertentscheidungen der DSGVO abbilden, sicher ohne dass den fast 1.500 Befragten dies bewusst gewesen wäre.

70 Prozent der Befragten wären bereit, eine App anzuwenden, wenn ein unabhängiges Institut die Verantwortung dafür hätte, die Nutzung freiwillig bleibt und die Daten lokal, anonym und zeitlich begrenzt dezentral, also auf dem eigenen Gerät abgespeichert werden. Das Prinzip des geringstmöglichen Eingriffes und der Verhältnismäßigkeit, der begrenzten Verfügbarkeit der Daten und eines maximalen Schutzniveaus, insbesondere für besonders schutzwürdige Daten, wie es Gesundheitsdaten nun einmal sind, prägt also auch die Erwartungen der Betroffenen. Die Forderung, den Datenschutz auszublenden, wenn es um scheinbar höherwertige Rechtsgüter geht, tritt demgegenüber zu Recht völlig in den Hintergrund.

Der Umgang mit dem Instrument der Videosprechstunde könnte sich als geeignet erweisen, die Digitalisierung im Bereich der Versorgung als Katalysator entscheidend voranzubringen. Mehr als die Hälfte der Praxen bieten inzwischen nach einer Studie des Gesundheitsministeriums diese Form der Versorgung an. 94 Prozent davon haben sich zur Einrichtung im Jahre 2020 entschlossen. Zwar geht man davon aus, dass sich nach einem Ende der Pandemie wieder ein Rückgang der Inanspruchnahme zeigen könnte, rechnet aber mit einer Stabilisierung auf einem durchaus hohen Niveau, gemessen an der Zeit vorher. Das sollte Anlass sein, im gesamten Gefüge der Regularien, also bei der Vergütung, der Gestaltung der Prozesse und bei der Bewertung und Zulassung von Projekten auf Einschränkungen zu verzichten.

Die Signalwirkung, die daraus entstehen kann, würde auch in anderen Bereichen, z. B. bei der Akzeptanz von telemedizinischen Angeboten des Versorgungsmanagements, vorhandene Vorbehalte abbauen, weil deutlich wird, dass es nicht um eine Konkurrenz zwischen telemedizinischer und „klassischer" Versorgung geht, sondern der versorgungsergänzende und -stärkende Aspekt sowohl den Interessen der Ärzte als auch der Patienten entspricht.

Auch ein neues Verständnis von technisch basierter Kooperation unter Leistungserbringern gewinnt unter dem Eindruck der Krise Raum. Es hat sich gezeigt, dass gerade unter hoch anspruchsvollen Bedingungen nur Teamarbeit eine Chance bietet, optimale Versorgung zu gewährleisten, was durch digitale Instrumente wesentlich erleichtert wird.

Eine entlastende Wirkung durch deren Einsatz erwartet auch der stationäre Sektor. Dies gilt nicht nur für die bekannten Schauplätze wie die Notfallversorgung, Online-Terminsteuerung oder das Fallmanagement nach Entlassung des Patienten, sondern auch für neue Einsatzbereiche wie Telekonsile, die z. B. im Bereich der Infektiologie Zuspruch und Akzeptanz von Mitbehandlern wie Patienten fanden, die bislang nur schlecht vorstellbar gewesen wären.

2.4 Versicherungsfremde Leistungen

Das hierzulande verwirklichte Finanzierungsmodell für alle relevanten Leistungsbereiche folgt seit langem einer strikten Logik, die auf einigen wenigen, aber sehr soliden Säulen beruht. Infektionsschutz ist Teil der staatlich garantierten und gerade nicht auf die Träger der Sozialversicherung delegierten Daseinsvorsorge, auch hinsichtlich der Finanzierungsverantwortung,[18] die die Länder zu tragen haben.

Die Sozialversicherungsträger, also auch die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, finanzieren aus Beitragsmitteln die Lasten, die ihrem versicherten Risiko entsprechen. Die Übernahme von versicherungsfremden Leistungen muss die Ausnahme bleiben und zumindest prinzipiell ggf. einen Ausgleich über Steuermittel finden, die haushaltswirksam in den Gesundheitsfonds eingespeist werden.[19] Die zuständigen öffentlich-rechtlichen Körperschaften sind bewusst generell „staatsfern" organisiert und finanziert, was sich über weit mehr als hundert Jahre hinweg äußerst bewährt hat.[20]

Eine Mischfinanzierung von staatlichen Aufgaben ist verfassungsrechtlich

17 Siehe www.nim.org/presse.
18 § 69 IFSG, i. d. F. v. 19.5.2020.
19 Seit 2004 (GKV-ModernisierungsG), übernommen 2007 in den Gesundheitsfonds durch GKVWStG.
20 Dazu z. B. Schroeder, Zur Reform der sozialen Selbstverwaltung.

ausgeschlossen. Zwar ist umstritten, ob die einschlägige Vorschrift des Art. 104a GG lediglich eine Regelung im bilateralen Verhältnis zwischen Bund und Ländern darstellt,[21] oder aber das Prinzip, der Konnexität, also das Verbot der Vermischung von Aufgabe und Finanzierung im Rahmen staatlichen Handelns, auch für die mittelbare Staatsverwaltung gilt. Als Grundsatz hat sich der Verfassungsgeber aber durchaus erkennbar festgelegt.

Im Rahmen des Krisenmanagements spielt diese Architektur derzeit an wichtigen Stellen erkennbar keine Rolle mehr. So wird die GKV für die Finanzierung nicht nur der Testung von privat Krankenversicherten herangezogen, sondern sogar generell als Kostenträger angesehen für Maßnahmen, die symptomfreie, also zumindest prima facie Gesunde betreffen. Die Systemwidrigkeit dieses Vorgehens ist gleich in mehrfacher Hinsicht evident.

Angesichts der unvermeidlichen neuen Lasten für die Versichertengemeinschaften werden auch langsam wieder Stimmen laut, die ein Dauerthema der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme ansprechen, nämlich wie die Lastenverteilung unter den Beitragszahlern deren Leistungsfähigkeit am zutreffendsten abbilden könnte, ein Thema, das ebenso alt ist wie das System insgesamt.[22]

3. Mögliche (tages-)politische Reaktionen

Für die Politik war es sicher schon lange nicht mehr so leicht, unpopuläre oder sogar systemsprengende Maßnahmen mit Krisenzwängen zu begründen und auch durchzusetzen. Vor einem Regime des Grundsatzes „Not kennt kein Gebot" kann nicht dringend genug gewarnt werden. Dies gilt primär auf der höchsten rechtspolitischen Ebene, der Wahrung der Gebote der Verfassung, die zumindest hierzu keine Wertehierarchie kennen und muss, soll nicht auf längere Sicht deren Akzeptanz leiden, auch in der sozialen Sicherung streng beachtet werden.

Systemimmanente Reformspielräume reichen aus, um auf die Krise angemessen reagieren zu können.

Deutlich werden sollte bei allen Maßnahmen, dass „Mehr Geld ins System" keine Probleme löst, sondern tendenziell eher dazu beiträgt, bestehende Zustände inklusive aller Probleme noch einige Zeit zu stabilisieren und damit möglicherweise spätere Lösungen noch komplizierter und auch teurer zu machen.

Die Erstellung eines faktenbasierten Masterplans für die stationäre Versorgung in Deutschland ist unverzichtbar und dringlich. Er muss nicht nur die Frage aufgreifen, wie viele Krankenhausbetten in wie vielen Häusern und in welcher räumlichen Verteilung erforderlich und versorgungsqualitativ sinnvoll sind bzw. wie die Häuser die Sicherstellung der Versorgung untereinander aufteilen. Auch die Frage der Verzahnung mit dem ambulanten Bereich, die Lösung des Notfallversorgungsproblems, die Digitalisierung der Kliniken oder die Finanzierungsverantwortung sind Pflichtinhalt. Die Notfallversorgung kann dabei als Mikrokosmos dringend anempfohlen werden, in dem viele der anstehenden Lösungen mit späterer Außenwirkung erprobt werden könnten.

Im ambulanten Sektor ist die zentrale Zukunftsfrage, wie die künftigen „Produktionsbedingungen" für ambulante ärztliche Leistungen mit der Zahl der Niedergelassenen und ihren Vorstellungen von der Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen in Einklang gebracht werden können. Die Fragen der Kooperation von Niedergelassenen, des zweckentsprechenden Einsatzes der doppelten Facharztschiene und der Verzahnung mit nichtärztlichen Versorgern aber auch die „digitale Versorgung" sind nicht neu, aber von neuer Aktualität.

Die Beeinflussung des Inanspruchnahmeverhaltens der Bevölkerung kann nicht nur in Zeiten dramatischer Veränderungen der Angebotsstruktur ein Thema sein. Es hat sich gezeigt, dass hier eben doch größte Flexibilität besteht, die nicht mit dem Argument erledigt werden kann, an sich notwendige Nachfrage sei ausgeblieben und hätte den Status der Gesundheit der Bevölkerung insgesamt beschädigt.

Eine ganz eigenständige Chance liegt in der deutschen Ratspräsidentschaft im 2. Halbjahr 2020. Wesentliche Konsequenzen aus der Krise können nur in einem europäischen Kontext gezogen werden und nicht dem nationalen Gesetzgeber überlassen bleiben. Hier trägt Deutschland große Verantwortung dafür, die Zeit zu nutzen und nicht zuzulassen, dass später mit zunehmender Entfernung vom Höhepunkt der Krise die Entschlossenheit zu handeln leidet.

4. Ein Vorschlag zum Umgang mit dem Gelernten: In der Krise die Chance sehen

Nicht nur politisch Verantwortliche, auch die Vertreter der unterschiedlichen Interessen im Gesundheitswesen sollten – nicht nur floskelhaft, sondern sehr real – „in der Krise die Chance sehen". Eine ganze Reihe von Weichen muss nach der Bewältigung der Krise und unter Anwendung gelernter Lektionen neu gestellt werden. Das sollte Anlass sein, die Entwicklungspotenziale eines ohnehin nicht nur als reif, sondern sehr bewährt anerkannten Systems, das noch dazu die aktuelle sehr schwerwiegende Herausforderung gut zu meistern scheint, offen aufzulisten und unter Anwendung bereits vorhandener und nunmehr neu gewonnener Erkenntnisse einen Entwicklungsplan für die nächsten Jahrzehnte aufzustellen. Sicher fällt es unter den jetzt gegebenen Umständen leichter, über scheinbare Zwangsläufigkeiten neu nachzudenken.

Gesundheitspolitik allein wird nicht in der Lage sein, diesen Anspruch zu erfüllen. In den letzten Jahren wurden zu vielen Einzelthemen Kommissionen und Expertengruppen mit der Erarbeitung von Vorschlägen beauftragt, von denen viele respektable Ergebnisse erzielt haben, deren Qualität nicht nach der politischen Realisierung bemessen werden sollte. Jetzt ist ein derartiges Vorgehen berechtigter denn je. Zu wünschen ist, dass das Spektrum der einbezogenen Expertisen und Fakultäten mit Blick auf die gesamtgesellschaftliche Bedeutung mutig breit angelegt wird. Gefragt sind neben medizinischen, juristischen und ökonomischen Perspektiven z. B. auch IT und die Gesellschaftswissenschaften. ■

21 Maunz/Dürig, GG-Kommentar, Art. 104a, Rn. 31 ff.

22 Z. B. Platzer DRV 2000, S. 439 ff.

Leistungs- und Vertragswelt

Medizinische Dienste unterstützen Gesundheitsämter und Versorgung

Die Corona-Pandemie stellt eine große Herausforderung für den öffentlichen Gesundheitsdienst sowie für die medizinische und pflegerische Versorgung dar. Daher haben die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) ihre Unterstützung zur Bewältigung der Krise angeboten. Über 800 MDK-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind derzeit in den Gesundheitsämtern sowie in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern auf freiwilliger Basis tätig. 210 Ärztinnen und Ärzte, 540 Pflegekräfte und 60 weitere Mitarbeiter aus den MDK arbeiten in den unterschiedlichsten Bereichen, die in der Corona-Krise besondere Unterstützung benötigen. Mehr als die Hälfte unterstützt die Gesundheitsämter beim Infektionsschutz vor Ort: Die MDK-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter spüren Infektionsketten auf, sie verfolgen Kontakte von Infizierten und begleiten die Quarantänemaßnahmen. Ärzte und Pflegekräfte sind außerdem in Fieberambulanzen und Abstrichzentren für Corona-Tests tätig. Weitere Mitarbeiter sind in Krisenstäben auf Landesebene eingesetzt und bauen regionale Netzwerke zur Versorgung von Covid-19-Patienten auf. MDK-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter helfen zudem in Pflegeeinrichtungen aus, wenn dort infiziertes Personal ausgefallen ist. Weitere Mitarbeiter sind in Krankenhäusern tätig. Die Beanspruchung der Medizinischen Dienste ist je nach Problemlage und Bedarf in den Bundesländern, Landkreisen und Kommunen unterschiedlich ausgeprägt. Die Koordination der Unterstützung ist auf Landesebene organisiert. Einrichtungen, die Corona-bedingt Hilfe benötigen, können sich an die zuständigen Stellen vor Ort wenden. ■

Media4Care und der Computerhersteller Lenovo stellen kostenlos Tablets mit besonderer Software für Senioren zur Verfügung

Die Corona-Krise und die mit ihr verbundenen Einschränkungen haben alle in bislang nicht gekanntem Ausmaß getroffen. Das gilt insbesondere für Menschen mit Demenz, unabhängig davon, ob sie zu Hause oder in einer Einrichtung leben, sowie ihre betreuenden und pflegenden Angehörigen. Durch Kontaktbeschränkungen und fehlende Betreuungs- und Unterstützungsangebote sind sie häufig auf sich allein gestellt und isoliert. Media4Care, seit Jahren erfahren mit Tablets in der Betreuung von Menschen mit Demenz, und der Computerhersteller Lenovo, stellen deshalb in einer Corona-Hilfsaktion Tablets für Senioren kostenlos bis zum 31. Dezember 2020 zur Verfügung. Auch die Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg unterstützt diese Aktion. Neben Beschäftigungs- und Unterhaltungselementen bietet das Tablet auch die sehr einfach zu bedienende Möglichkeit zur Videotelefonie – gerade in Corona-Zeiten ein wichtiges Mittel, um Kontakte zu pflegen und mit der Familie zu sprechen. Das seniorengerechte Tablet, das in enger Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen entwickelt wurde, bietet nicht nur eine mediale Unterhaltungsmöglichkeit, sondern fördert zudem die mentale Fitness von Demenzkranken durch spielerische Denksportaufgaben. Technische Vorkenntnisse sind für die Nutzung des Tablets nicht notwendig. Die Programme sind einfach und ohne Barrieren entwickelt worden und sollen vor allem Freude machen. Für Teilnehmende an dieser Aktion entstehen keine Kosten und weiteren Verpflichtungen. Nach Ende der Aktion am 31. Dezember 2020 wird das Tablet einfach über den beigelegten Retourenschein kostenlos an Media4Care zurückgeschickt. Weitere Informationen zum Tablet und das Teilnahmeformular: www.Media4Care.de/corona-hilfsaktion. ■

Einblicke ins Digital Patienten-Empowerment auf der digitalen DMEA 2020

Dem digitalen Patienten-Empowerment widmeten sich auf der diesjährigen digitalen DMEA (Digital Medical Expertise & Applications) mehrere Rundgänge und Diskussionsrunden. Im Mittelpunkt standen digitale Informations- und Kommunikationslösungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung durch Einbindung des Patienten mit Apps, Patienten-Portalen, ePA, eVerordnungen, Wearables u. a. Ganz getreu der 4 Ps: präzise, prognostisch, personalisiert, partizipativ. An dieser Stelle können nur sechs patientenorientierte Digitallösungen bzw. -events herausgegriffen werden: ThiemeTeleCare, präsentierte eine für GKV und PKV Versicherte auf ihre Co-Morbiditäten und individuellen Präferenzen zugeschnittene App mit Anbindung an eine smarte Gesundheitsplattform. Beispielsweise für Patienten mit KHK und Diabetes Typ 1 oder Typ 2 bietet ThiemeTeleCare multimediale Wissensvermittlung, einschlägige Score-Erhebung, Medikationsmanagement-AMTS, Monitoring Vitalparameter, Zielvereinbarungen und Checklisten für Selbstmanagement, so Geschäftsführer Wolfgang Weber. Die Gesundheitsplattform realisierte ThiemeTeleCare mit dem Kölner Unternehmen m.Doc.m.Doc unterstützt auch die digitale Patientenkommunikation und Vorbereitung des Reha-Aufenthalts bei Medical Park mit auf den Patienten zugeschnittenen Content und individualisierten Tipps, Alarms und Erinnerungen, erläuterte Karsten Hoop, Leiter IT Applikationen Medical Park Holding.

ATOS als Trust-Center Betreiber integriert die ePA mit Mehrwertdiensten wie elektronisches Impfpasssystem. ATOS stellte heraus, dass zukünftige Key Performance Indicators für das Gesundheitswesen auf personalisierten, echtzeitbasierten, prognostischen Datenanalysen beruhen würden, um die richtige Information zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort für die Patienten bereitzustellen. Mit dem Telemonitoring der teamplay myCare Companion Lösung von Siemens Healthineers können chronisch kranke Patienten zu Hause sicher betreut werden, erklärte Tilo Christ. Nicht nur Mitarbeiter des Telehealth-Zentrums erhalten die aktuellen Vitalparameter im Patienten-Dashboard, um Maßnahmen und Interaktionen mit dem Patienten zu planen und zu dokumentieren. Zukünftig soll KI helfen, eine noch größere Anzahl an Patienten aus der Ferne zu versorgen. Auch eine intuitive Smartphone-App motiviert den chronisch Kranken, sich aktiv am Versorgungsprozess zu beteiligen,

seine Vitalwerte regelmäßig zu übermitteln und individuelle Patientenfeedbacks (ePRO) zu geben. In bidirektionaler Kommunikation erhält der Patient auch vom Telehealth-Zentrum personalisierte Rückmeldungen, z. B. zur Medikamenteneinnahme. HMM, so Geschäftsführer Istok Kespret unterstützt den kompletten eVerordnungsprozess für Hilfsmittel für den Patienten mit Wahl des Leistungserbringers, optionaler Service App, Krankenkassenunterstützung und Arztunterstützung – vollumfänglich digital, sofern gewünscht.

In der digitalen Diskussionsrunde waren die Siemensbetriebskrankenkasse (SBK), das Aktionsbündnis für Patientensicherheit& UPD Kooperationen und das Innovationsfondsprojekt „Making Shared-Decision Making a Reality" unter Leitung SBK Unternehmenskommunikation, Franziska Hermann vertreten. Die Runde fokussierte auf Rahmenbedingungen, fördernde und hemmende Faktoren für gemeinsame Entscheidungsfindungen zwischen Arzt und Patient. Ausgehend von den Ergebnissen einer yougov Umfrage im Auftrag der SBK wurden vertrauenswürdige Informations- u. Kommunikationswege für den Patienten, mögliche Veränderungen bei Arzt-Patienten- und Krankenkassen-Patient -Interaktionen erörtert. Aus Sicht der SBK, Dr. Gabriele Gonschor, Leiterin Neue Versorgungangebote könnten Krankenkassen, ihre Versicherten unterstützen, selbstbestimmt, gut informiert und vorbereitet Arzt-Patienten-Gespräche wahrzunehmen. Sie könnten zukünftig individueller ihre Versicherten beraten. Gemäß Frau Dr. Gonschor und Marcel Weigand, Generalsekretär des APS u. UPD – Kooperationen wird der neue § 20k des SGB V eine wesentliche Grundlage für Unterstützungsangebote zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz bilden. Aber auch Ärzte, Therapeuten, die Pflege müssten mitgenommen werden auf den neuen digitalen Kommunikationswegen, unterstrich der APS Generalsekretär. Das Projekt „Share to Care" mit der entwickelten E-Health-Plattform hält eine Vielzahl leitlinienbasierter Entscheidungshilfen für Patienten im stationären Bereich, angereichert mit Erklärvideos und interaktiven Beiträgen bereit, erläuterte Dr. Christian Weymayr, stellvertretender Projektleiter. Sog. Decision Coaches (Pflegekräfte Case-Manager oder Therapeuten) unterstützen die Patienten bei der Umsetzung der Entscheidungshilfen unter Beachtung ihrer Präferenzen. ■

G-BA: Interstitielle Glukosemessung als Leistung der Behandlungspflege gemäß HKP-RiLi

Die kontuinuierliche interstitielle Glukosemessung (CGM) ist künftig unter bestimmten Voraussetzungen eine Leistung der Behandlungspflege. Bei den CGM-Geräten wird über einen fadenförmigen Sensor kontinuierlich der Glukosegehalt in der interstitiellen Flüssigkeit des Unterhautfettgewebes an Bauch oder Oberarm gemessen und an ein Empfangsgerät gesendet. Um den Sensor zu platzieren, muss eine dünne Nadel in die Haut eingestochen und der Sensor an der betroffenen Hautstelle fixiert werden. Bei Patientinnen und Patienten, deren Fähigkeiten so eingeschränkt sind, dass sie bei Durchführung der Messung, beim Wechseln des Sensors oder bei der Gerätekalibrierung Hilfestellung benötigen, kann künftig die Behandlungspflege-Leistung 11a verordnet werden. Der Beschluss vom 18. Juni 2020 tritt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. ■

Erstmalige Honorarvereinbarung für das Impfen in Apotheken, bundesweit erstes Modellprojekt

Der Apothekerverband Nordrhein hat mit der AOK Rheinland/Hamburg ein Modellvorhaben über Grippeschutzimpfungen in Apotheken abgeschlossen. Wenn sie die persönlichen und räumlichen Voraussetzungen für das Impfen nach den gesetzlichen Vorgaben erfüllen, können demzufolge die Apotheken in vier Modellregionen dem Modellvorhaben beitreten. Allerdings sei derzeit noch kein Beitritt möglich, weil vor dem endgültigen Abschluss der Verträge die Stellungnahmen abzuwarten seien. Etwaige Anmerkungen des Robert Koch-Instituts und des Paul-Ehrlich-Instituts seien zu berücksichtigen, welche zu Stellungnahmen aufgerufen sind. Zu den persönlichen Voraussetzungen gehöre unbedingt eine ärztliche Schulung eines Apothekers aus der jeweiligen Apotheke. Die Schulungen würden spätestens nach der Sommerpause angeboten. Außerdem müsse für die Impfungen ein geeigneter Raum in der Apotheke zur Verfügung stehen. Dieser müsse über Sitzmöglichkeiten und eine Liege verfügen. Nach Angaben des Apothekerverbands Nordrhein erhalten die Apotheken für die Impfung eine pauschale Vergütung von 12,61 Euro netto. Damit seien der Impfvorgang, die Verbrauchsmaterialien und die Erhebung der Daten für die notwendige Evaluation des Projektes abgegolten. Der Impfstoff werde zusätzlich gemäß Arzneimittelpreisverordnung orientiert an 10er-Packungen abgerechnet. Der Aufschlag betrage 1 Euro pro Dosis. In einem Gutachten wurde dagegen eine pauschale Vergütung in Höhe von 15 Euro zuzüglich Mehrwertsteuer empfohlen, denn der angesetzte Stundenlohn solle die Honorierung eines hochqualifizierten Heilberufs widerspiegeln. Inwieweit die nun getroffene Honorarvereinbarung Signalwirkung für andere Modellvorhaben haben wird, bleibt abzuwarten. Es soll evaluiert werden und es ist eine Laufzeit von drei Jahren vereinbart worden. ■

Recht und Gesetz

BSG: Rentner müssen Sozialbeiträge für Direktversicherungen zahlen

Wer Kapitalbeträge aus einer betrieblichen Direktversicherung erhält, muss weiterhin Beiträge für die Krankenversicherung zahlen. So entschied jüngst das Bundessozialgericht. Damit bleibt die sogenannte Doppelverbeitragung bestehen. Das Gericht argumentierte, dass die Beitragspflicht auch dann gilt, wenn die Versicherungsleistung

noch vor Rentenbeginn und somit in der aktiven Erwerbsphase als Kapitalbetrag ausbezahlt wird. Diese Auffassung hat weitreichende Konsequenzen, weswegen die Klägerseite nun eine Verfassungsbeschwerde prüft. Das Problem an der sogenannten doppelten Verbeitragung ist für viele heutige Rentnerinnen und Rentner, dass sie die Beiträge für eine Direktversicherung in der Regel als Beschäftigte aus ihrem Nettoeinkommen bezahlt haben und somit aus Auskünften, für die bereits die Sozialbeiträge abgeführt worden sind. Wenn sie dann die Summen entweder auf einen Schlag oder als monatliche Summe ausbezahlt bekommen, fallen aber erneut Beiträge für die Sozialversicherungen an. Die Betroffenen fühlen sich daher zweimal zur Kasse gebeten. Auch die spezifischen Voraussetzungen des Klägers, so das Gericht, würden der Beitragspflicht nicht abhelfen. Die Versicherung sei eine betriebliche Direktversicherung gewesen. Eine zusätzliche „Versorgungszusage" durch den Arbeitgeber sei daher nicht erforderlich gewesen. Maßgeblich sei, dass die Beiträge „ganz oder teilweise aus dem Arbeitsentgelt geleistet wurden." Auch auf eine monatliche Zahlweise oder eine vertragliche Zweckbindung komme es nicht an. Generell sei davon auszugehen, dass eine Lebensversicherung, die ab dem 60. Geburtstag ausbezahlt wird, der Altersvorsorge dient. Das gelte auch dann, wenn das Geld noch vor Renteneintritt als Kapitalbetrag ausbezahlt werde. ■

BSG: Ansprüche des Versicherten bei (zu) später Entscheidung der Krankenkasse

Bei einer sog. „Genehmigungsfiktion" galt eine vom Versicherten beantragte Leistung automatisch als genehmigt, wenn die Krankenkasse nicht fristgerecht über den Antrag entschieden hat. Versäumte die Krankenkasse Fristen, galt die Leistung bisher – auch nach der Rechtsprechung des BSG – als genehmigt. Mit seinem aktuellen Urteil vom 26.05.2020 hat der 1. Senat des BSG diese Position nun aufgegeben. Nach seiner Entscheidung begründet die Genehmigungsfiktion keinen eigenständigen Anspruch mehr auf die beantragte Sachleistung. Vielmehr vermittle sie dem Versicherten laut BSG (nur) eine vorläufige Rechtsposition. Diese erlaube es ihm, sich die Leistung selbst zu beschaffen. Das bewirke die vom Gesetzgeber beabsichtigte Verfahrensbeschleunigung und sanktioniere verspätete Entscheidungen der Krankenkasse. Sie muss die Kosten der selbstbeschafften Leistung nämlich auch dann erstatten, wenn nach allgemeinen Grundsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kein Rechtsanspruch auf die Leistung besteht. Dies gilt allerdings nur dann, wenn der Versicherte im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung „gutgläubig" war. Gutgläubig war er dann, wenn er weder Kenntnis noch grob fahrlässige Unkenntnis vom Nichtbestehen des Anspruchs hatte. Die eingetretene Genehmigungsfiktion ist kein Verwaltungsakt und schließt das Verwaltungsverfahren nicht ab. Die Krankenkasse ist deshalb weiterhin berechtigt und verpflichtet, über den Leistungsantrag zu entscheiden. Die durch die Genehmigungsfiktion eröffnete Möglichkeit der Selbstbeschaffung endet, wenn über den materiell-rechtlichen Leistungsanspruch bindend entschieden worden ist oder sich der Antrag anderweitig erledigt hat. Die bestandskräftige Entscheidung über den Leistungsantrag vermittelt dem Versicherten positive Kenntnis darüber, ob er die beantragte Leistung beanspruchen kann. Während eines laufenden Widerspruchs- oder Gerichtsverfahrens bleibt das Recht, sich die Leistung selbst zu beschaffen, erhalten, solange der Versicherte gutgläubig ist. Dem lag folgender Sachverhalt zugrunde: Der bei der beklagten Krankenkasse versicherte Kläger beantragte zur Behandlung seiner Gangstörung die Versorgung mit dem Arzneimittel Fampyra. Dieses Medikament ist nur zur Behandlung einer Gangstörung bei Multipler Sklerose zugelassen; der Kläger leidet jedoch an einer anderen Krankheit. Die Beklagte lehnte den Antrag erst nach Ablauf der maßgeblichen Frist ab. Der Kläger hat sich das Medikament nicht selbst beschafft, sondern verlangt die zukünftige Versorgung im Wege der Sachleistung auf „Kassenrezept". Die Vorinstanzen haben – gestützt auf die bisherige Rechtsprechung des 1. Senats zur Genehmigungsfiktion – die Beklagte verurteilt, den Kläger entsprechend ärztlicher Verordnung mit einem Arzneimittel zu versorgen. Das BSG hat das Urteil des Landessozialgerichts (LSG) aufgehoben, weil sich allein aus der Genehmigungsfiktion kein Sachleistungsanspruch ergibt, und die Sache an das LSG zurückverwiesen. Es bleibt nur ein möglicher Anspruch nach den vom BSG entwickelten Grundsätzen zum Off-Label-Use. Dazu hat das LSG – nach seiner Rechtsauffassung folgerichtig – bisher keine Feststellungen getroffen. ■

LSG Niedersachsen korrigiert Prognosepraxis bei Mindestmengen-OPs

Um komplexe Operationen durchführen zu dürfen, müssen die Krankenhäuser aus Qualitätsgründen bestimmte Mindestmengen leisten. Um diese Eingriffe auch zukünftig abrechnen zu dürfen, erstellen die Krankenhäuser zur Jahresmitte zunächst eine Prognose, die in einem zweiten Schritt von den Krankenkassen widerlegt werden kann. In diese Praxis hat das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen (LSG) korrigierend eingegriffen. Im zugrundeliegenden Fall wollte ein Wolfsburger Krankenhaus auch 2020 komplexe Operationen an der Speiseröhre anbieten. Hierfür prognostizierte es im Juli 2019 das Erreichen der Mindestmenge von 10 OPs im Folgejahr. Grundlage waren die Vorjahreszahlen mit genau 10 Eingriffen, sowie geplante OPs im laufenden Jahr. Die Krankenkassen bezweifelten diese Prognose. Nach ihrer Ansicht käme es auf die aktuelle Leistungsmenge der letzten vier Quartale (Q3/18 – Q2/19) an, wonach die Mindestmenge nicht erreicht werde. Auf die Vorjahreszahlen oder eine pauschale Mitteilung geplanter Fälle sei nicht entscheidend abzustellen. Dies sei bloße Erwartungshaltung. Das LSG hat die Rechtswidrigkeit des Widerlegungsbescheides der Krankenkassen festgestellt, da das Krankenhaus seine Prognose auf fehlerfreie Grundlage gestützt hat. Zur Begründung hat das Gericht ausgeführt, dass die Krankenkassen schon den Wortlaut der Mindestmengenregelungen missachtet hätten. Bei dem „vorangegangenen Kalenderjahr" handele es sich zweifelsohne nicht um die letzten vier Quartale. Die Regelvermutung könne nicht mit dem Argument konterkariert werden, dass die Vorjahreszahlen in einem anderen Zeitraum nicht erreicht würden. Die Sichtweise der Krankenkassen würde die Mindestmengenregelung ins Gegenteil verkehren. Denn durch die Betrachtung des Quartalszeitraums

solle vielmehr den Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben werden, auch bei Unterschreitung der Mindestmenge im Vorjahr eine positive Prognose abzugeben, sofern die neueren Zahlen in diese Richtung zeigten. Auch konkret geplante OPs könnten einbezogen werden; dies sei das Wesen einer in die Zukunft blickenden Prognose. „Die Zentralisierung komplexer Leistungen ist im System angelegt", erläutert Pressesprecher Carsten Kreschel „die bisherige Praxis schießt aber deutlich über das Ziel hinaus." *Urteil vom 16. Juni 2020 – L 16 KR 64/20, veröffentlicht bei www.sozialgerichtsbarkeit.de; Vorinstanz: SG Braunschweig* ■

SG Dresden: Krankenkassenbonus nicht nur für Fitnessarmbänder

Wenn eine Krankenkasse einen Bonus für Fitnesstracker anbietet, muss sie diesen auch für ein Smartphone gewähren, wenn dieses die relevanten Gesundheitsdaten erfassen kann. Sie kann nicht als Voraussetzung zur Erlangung des Bonus den Kauf eines entsprechenden Armbandes verlangen. Das entschied das Sozialgericht Dresden im Falle eines Klägers, der zwar kein Fitnesstracker-Armband erwarb, aber über sein Smartphone entsprechende Gesundheitsdaten gleichfalls erfassen konnte. Der Kläger beantragte den Bonus und die Kasse verweigerte ihm den, weil sie argumentierte, dass nur die Fitnessarmbänder als Voraussetzung für den Bonus gemeint gewesen seien. Der Klage gab das SG Dresden statt, weil es für den Erhalt des Bonus ausreiche, wenn ein Smartphone ebenfalls die relevanten Daten des Nutzers messen und erfassen könne. Denn nur darum gehe es, nicht um die Art und Weise der Messung. *Sozialgericht Dresden Az.: S 44 KR 653/17* ■

Bundesverwaltungsgericht: Zugabeverbot ist den Apotheken zumutbar

Das Bundesverwaltungsgericht hat kürzlich die Auffassungen anderer Gerichte bis hin zum BSG bestätigt, wonach Apotheken in Deutschland auch nach dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 19. Oktober 2016 ihren Kunden keine Zugaben versprechen, wenn sie Rx-Arzneimittel abgeben. Diese Diskriminierung gegenüber EU-Versendern, denen solche Zuwendungen erlaubt sind, sei zumutbar, entschieden die Leipziger Richter und setzten damit einen Schlusspunkt unter den als „Kuschelsocken" apostrophierten Streit. Es entschied am vergangenen Donnerstag einen Fall, der schon seit Jahren unter einem Stichwort bekannt ist: Kuschelsocken. Begonnen hatte es in den Jahren 2013 und 2014. Damals hatten zwei Apothekerinnen aus dem Kreis Coesfeld Gutscheine für eine Rolle Geschenkpapier bzw. ein Paar Kuschelsocken ausgegeben. Diese Gutscheine konnten Kunden „bei Abgabe eines Rezeptes" einlösen. Die zuständige Apothekerkammer Westfalen-Lippe sah darin einen Verstoß gegen die Rx-Preisbindung. Sie untersagte ihnen daraufhin durch Ordnungsverfügung, „gekoppelt mit dem Erwerb von verschreibungspflichtigen und/oder sonstigen preisgebundenen Arzneimitteln Vorteile wie z. B. eine Rolle Geschenkpapier, ein Paar Kuschelsocken oder Gutscheine hierfür zu gewähren oder gewähren zu lassen sowie dafür zu werben oder werben zu lassen". Die Apothekerinnen wollten sich allerdings nicht fügen und so folgte ein langer Rechtsstreit, der nun in Leipzig sein Ende gefunden hat. Sie wiesen die Revision der Klägerinnen zurück. *Bundesverwaltungsgericht, Urteile vom 9. Juli 2020, Az.: 3 C 21.18 und 3 C 20.18* ■

Europa und Internationales

Gesundheitsreform in Finnland

Nach dem Willen der Regierung soll in Finnland die Rolle der öffentlichen Gesundheitsversorgung gestärkt werden, ohne das derzeitige duale System in der Grundversorgung zu ändern. Nach einer Regierungserklärung im Juni sollten die über 300 Gemeinden des Landes bisher für die öffentliche Gesundheitsversorgung zuständig sein, doch sollte die Verantwortung jetzt auf 21 Provinzen und die Hauptstadt Helsinki verlagert werden. Sirpa Paatero, der finnische Minister für Kommunalverwaltung, betonte auf einer Pressekonferenz, dass in Zukunft der öffentliche Sektor die Hauptrolle spielen werde, während private Dienstleistungen ergänzende Dienstleistungen unter Kontrolle des öffentlichen Sektors anbieten würden. Krista Kiuru, die Ministerin für Familienangelegenheiten und soziale Dienste, sagte auf der Pressekonferenz, dass einige der derzeitigen Vereinbarungen zur Auslagerung der Gesundheitsversorgung an private Betreiber die neuen Kriterien nicht erfüllen und annulliert würden. Das Konzept der Provinzverantwortung war bereits in den Plänen der Vorgängerregierung enthalten. Die Änderung erfordert die Einrichtung einer Provinzverwaltung und Wahlen für Provinzversammlungen im Jahr 2022. Die Reform wird jedoch das derzeitige duale System in der finnischen Grundversorgung nicht ändern. Neben den öffentlichen kommunalen Gesundheitszentren kümmert sich ein separates Gesundheitssystem für Mitarbeiter um rund 1,5 Mio. Bürger, ohne dass der Patient Kosten dafür zahlen muss. Das Gesundheitssystem der Arbeitnehmer wird von Arbeitgebern und Regierung gemeinsam finanziert. Beide Systeme senden Patienten in dieselben Krankenhäuser und in eine höhere Versorgung. Während das Gesundheitssystem der Mitarbeiter in der Regel am selben Tag Zugang zu einem Arzt bietet, müssen Patienten, die öffentliche Gesundheitszentren nutzen, möglicherweise bis zu drei Monate warten, was von den Finnen seit langem beanstandet wird. ■

EU-Kommission zählt Coronavirus zur zweithöchsten Risikostufe für Arbeiter

Die EU-Kommission hat das Coronavirus in die zweithöchste Risikogruppe für Arbeitnehmer eingestuft. Nach Beratungen mit Wissenschaftlern und Experten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde im Juni die dritte von insgesamt vier Stufen ausgewählt. Dabei beschreibt die

vierte Stufe das höchste Risiko für biologische Gefahren, gegen die es keine vorbeugenden Maßnahmen oder Behandlungsmöglichkeiten gibt. Die Entscheidung hat Auswirkungen auf die Schutzmaßnahmen, die Arbeitgeber am Arbeitsplatz ergreifen müssen und damit auch auf die Kosten, die auf Unternehmen nach dem Ende der Lockdown-Phase zukommen. ■

Malariafonds der EU startet

Die erste Finanzierungsrunde für den EU-Malaria-Fonds wurde im Juni abgeschlossen. Er soll realisierbare und preiswerte, innovative Lösungen zur Prävention und Behandlung von Malaria ermöglichen. Die Europäische Investitionsbank (EIB) und die Europäische Kommission schießen zunächst 64 Mio. Euro in den Fonds ein. Weitere sechs Mio. Euro bringen die Investitionsbank Berlin (IBB), die Bill & Melinda Gates Foundation, die Fondazione Monte Dei Paschi Di Siena, die Jacques und Gloria Gossweiler Stiftung, Invethos AG, FINDdx und das Unternehmen Novartis ein. Der neue EU-Malaria-Fonds solle die Forschung vorantreiben und Marktlösungen im Kampf gegen diese vermeidbare tödliche Krankheit beschleunigen. Er sei ein Beispiel dafür, wie wichtige globale Akteure mit vereinten Kräften Infektionskrankheiten wie die Malaria bekämpfen und denen helfen könnten, die es am nötigsten hätten, so Gabriel. ■

WHO: Kritik am Austritt der USA, WHO will dennoch weiter mit den USA zusammenarbeiten

Mit scharfer Kritik hat die Bundesregierung auf die Entscheidung der USA reagiert, die Beziehungen zur Weltgesundheitsorganisation (WHO) inmitten der Corona-Pandemie zu beenden. Das sei „das falsche Signal zur falschen Zeit", sagte Außenminister Heiko Maas. „Die Corona-Pandemie ist die erste wirklich weltumspannende Krise unseres Jahrhunderts. Um diese Herausforderung zu bewältigen, brauchen wir weltweite Kooperation statt nationaler Alleingänge", sagte Maas. Auch EU-Kommissionsvorsitzende Ursula von der Leyen hat US-Präsident Donald Trump aufgefordert, den angekündigten Bruch mit der Weltgesundheitsorganisation WHO zu überdenken. Im Kampf gegen das Coronavirus helfe nur globale Zusammenarbeit und Solidarität. Jens Spahn (CDU) erklärte im Kurznachrichtendienst Twitter, der Rückzug der USA sei ein „enttäuschender Rückschlag für die internationale Gesundheitspolitik". Zugleich wies er auf Reformbedarf bei der WHO hin. „Damit die WHO eine Zukunft hat, braucht sie Reformen", erklärte Spahn. Dies wolle er zu einer der Prioritäten während Deutschlands EU-Ratspräsidentschaft machen. Die Appelle sind nicht auf fruchtbaren Boden gefallen. Inzwischen haben die USA ihren Austritt erklärt. Politische Forderungen laufen darauf hinaus, dass sich die EU stattdessen stärker in die WHO einbringt. Der Generaldirektor der WHO will dennoch mit den USA weiter zusammenarbeiten. Die US-Mitgliedschaft in der UN-Unterorganisation sei in den vergangenen Jahrzehnten sehr wichtig gewesen, sagte WHO-Chef Tedros Adhanom Ghebreyesus bei einer virtuellen Pressekonferenz in Genf. ■

EU: Parlamentsentschließung will Gesundheitsunion schaffen

Ein Entschließungsantrag im Europäischen Parlament zur Strategie der EU im Bereich der öffentlichen Gesundheit für die Zeit nach der COVID-19-Pandemie fordert die Mitgliedsstaaten auf, Lehren aus der COVID-19-Krise zu ziehen und im Bereich der Gesundheit deutlich stärker zusammenzuarbeiten als bisher. Im Ergebnis soll eine europäische Gesundheitsunion geschaffen werden. So werden die Mitgliedstaaten aufgefordert, ihre Gesundheitssysteme schnellstmöglich Stresstests zu unterziehen, um sich zu vergewissern, dass sie für ein etwaiges Wiedererstarken von COVID-19 und für künftige Gesundheitskrisen gerüstet sind. Auf der Grundlage dieser Test soll die Kommission eine Richtlinie über Mindeststandards für eine hochwertige Gesundheitsversorgung vorschlagen. Weiterhin soll die Kommission einen Europäischen Gesundheits-Reaktionsmechanismus (European Health Response Mechanism, EHRM) entwerfen, um auf alle Arten von Gesundheitskrisen reagieren zu können. Hierzu soll eine eigene Dienststelle für Krisenmanagement im Gesundheitswesen eingerichtet werden, ebenso wie eine digitale Austauschplattform für epidemiologische Daten, Empfehlungen für Angehörige der Gesundheitsberufe und Krankenhäuser sowie für den Stand der verfügbaren Kapazitäten und Lagerbestände an medizinischen Produkten. Auch sollen gemeinsame Vergabeverfahren der EU für die Beschaffung von COVID-19-Impfstoffen und -behandlungen weiter genutzt und systematisch eingesetzt werden, um zu verhindern, dass die Mitgliedstaaten miteinander in Wettbewerb treten. Schließlich wird die Kommission aufgefordert, eine neue Verordnung über grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren vorzuschlagen. Darüber hinaus werden eine Menge weiterer Themen in der Entschließung Gegenstand künftiger gesundheitspolitischer Ausrichtung angesprochen. ■

Gesundheitswirtschaft Europa

Seit 1. Juli 2020 weht ein neuer Wind in Europa, denn Deutschland übernimmt für die nächsten sechs Monate den Vorsitz der EU-Ratspräsidentschaft. Oberstes Ziel ist die Überwindung der Corona-Pandemie und ihrer Folgen. Die Kanzlerin will so rasch wie möglich einen neuen EU-Haushalt aufstellen und Aufbaumaßnahmen verabschieden, durch welche die europäische Wirtschaft wieder wachse und der soziale Zusammenhalt nachhaltig gesichert werde. „Wir – und ich auch – als rotierende Ratspräsidentschaft werden dem Ratspräsidenten [Charles Michel] zu Seite stehen. Ich unterstütze ihn dabei, eine zügige Einigung zu erreichen, damit die wirtschaftliche Erholung rechtzeitig und nachhaltig möglich ist", sagte Kanzlerin Merkel im Rahmen der Regierungsbefragung vor dem Deutschen Bundestag zum Beginn der deutschen EU-Ratspräsidentschaft. Man wolle diese Erwartungen erfüllen und sich intensiv dafür einsetzen, gut aus der Krise herauszukommen und Europa gleichzeitig auf die Zukunft vorzubereiten. Damit ist auch der Anstoß von gewaltigen Transformationsprozessen im Bereich des Klimawandels und der Digitalisierung sowie weiterer wichtiger Zukunftsthemen gegeben, die Europa wieder stark machen sollen.

Auf Unterstützung kann die Kanzlerin dabei insbesondere auch von der Gesundheitswirtschaft hoffen, die sich mit ihren Produkten und stetigen Innovationen als wesentlichen Teil zur Lösung der Herausforderungen begreift. Dass Deutschland im internationalen Vergleich wenige In-

fektions- und Sterbefälle zu verzeichnen hat(te), liegt laut Position des Verbandes der Diagnostica-Industrie (Diagnostic im Gespräch 1.2020) vor allem an der leistungsstarken Gesundheitsindustrie, die mit ihren über 40.000 Beschäftigten in Deutschland für Innovationskraft, Pioniergeist und Reaktionsschnelligkeit im Dienst der Gesundheitsversorgung steht. 65 der mehr als 100 Mitgliedsunternehmen des VDGH haben die Produktion seit Bekanntwerden der Pandemie hochgefahren und verlässliche Corona-Tests sowie die dazugehörenden Produkte und Dienstleistungen sehr zeitnah zur Verfügung gestellt.

Auch der Bundesverband Medizintechnologie hat kürzlich (Pressemeldungen 91/20) eine weiterhin enge Zusammenarbeit beim Aufbau einer europaweiten strategischen Reserve für Medizinprodukte und weitere smarte Lösungen, wie auch die Nutzung bestehender und intelligent gesteuerter Lagerkapazitäten mit einem rotierenden System online vernetzter Hersteller als ein Baustein eines effizienten Katastrophenschutzes in einem denkbaren europäischen Pandemieplan, angeboten.

Im Gegenzug müsse sich Europa aber für die Beseitigung von Handelsbarrieren und die Vereinfachung von Zollverfahren einsetzen, um den freien Warenverkehr für Medizinprodukte weiterhin sicherzustellen. Auch sollten die Rahmenbedingungen für Forschung und Entwicklung in der EU verbessert werden, um MedTech-Innovationen noch schneller voran und insbesondere an den Patienten zu bringen. In diesem Zusammenhang muss sich die deutsche EU-Ratspräsidentschaft ihrer besonderen Verantwortung auch im Hinblick auf die neue EU- Medizinprodukte-Verordnung (MDR) bewusst sein. Die Politik und die Behörden sollten das gewonnene Jahr durch die Verschiebung des MDR-Geltungsbeginns nutzen, um das System besser vorzubereiten.

Angesichts der zunehmenden Digitalisierung in Deutschland und Europa sieht sich die MedTech Branche tiefgreifenden Transformationsprozessen ausgesetzt. Der enorme Zuwachs der Nutzung von telemedizinischen Anwendungen und digitalen Versorgungsangeboten gerade während der Covid-19 Pandemie zeig(t)en einmal mehr, dass MedTech Produkte erhebliche Mehrwerte insbesondere mit Blick auf die nachhaltige Patientenversorgung generieren. Für die zukünftige, nachhaltige und bedarfsgerechte Versorgung mit der gesamten Bandbreite notwendiger Medizinprodukte und Arzneimittel müssten daher Lösungen, wie eine europäische Industrie- und Digitalstrategie inkl. angemessener Finanzierung- und Erstattungsmöglichkeiten, auf den Weg gebracht werden.

Für die Aufrechterhaltung der Wettbewerbsfähigkeit durch die Entwicklung neuer Technologien und Geschäftsmodelle sind die Unternehmen auch auf einen adäquaten Zugang zu versorgungsrelevanten und medizinischen Daten angewiesen. Eine Harmonisierung europäischer Gesundheitsdaten und der Zugang zum European Health Data Space seien daher unumgänglich. „Um Medizinprodukte neu zu entwickeln oder bestehende Produkte weiter zu verbessern, müssen unsere MedTech-Unternehmen einen Zugang zu Patientendaten haben", erklärte BVMed-Geschäftsführer Dr. Marc-Pierre Möll (Pressemeldung 72/20). Eine bessere Datennutzung durch die MedTech-Branche würde neben der Verbesserung von Bestandsprodukten zur Entwicklung von patientenspezifischen und outcome-fokussierten neuen Angeboten beitragen. Mit der Darlegung von Behandlungspfaden zu einzelnen medizinischen Indikationen über Sektorengrenzen hinweg könnten zudem Schwachstellen in der medizinischen Versorgung aufgedeckt, neue Wege in der Behandlung eröffnet und stärker präventive Maßnahmen und Frühwarnsysteme gefördert werden. ■

Belgien: Regierung macht 600 Mio. für Gesundheitssektor frei; Corona-Tracing-App kommt im September

Die belgische Föderalregierung will 600 Mio. Euro in den Pflege- und Krankenhaussektor stecken. 500 Mio. Euro sind vorgesehen, um die Löhne anzuheben. 100 Mio. Euro sollen dazu verwendet werden, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Das haben Gesundheitsministerin Maggie De Block und Arbeitsministerin Nathalie Muylle am Dienstag angekündigt. Die Corona-Krise habe gezeigt, dass genügend qualifiziertes Personal im Gesundheitswesen dringend gebraucht werde. In den letzten Wochen hat die Regierung mit den Gewerkschaften aus dem öffentlichen Dienst und dem Privatsektor über Hilfen verhandelt. Nun müssen die Sozialpartner dem Vorschlag noch zustimmen, dann kann im September das Parlament über das Hilfspaket abstimmen. Zugleich arbeitet man mit Hochdruck an einer Smartphone-App für ganz Belgien, planmäßig soll die App, die hinsichtlich der technischen Standards sich an Deutschland, Holland und der Schweiz orientiere, im September landesweit verfügbar sein. 40 Prozent der Belgier seien bereit, die App zu installieren, so eine Umfrage Ende Juni. ■

EU-Kommission schlägt neues Gesundheitsprogramm vor

EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides hat ein neues europäisches Gesundheitsprogramm vorgeschlagen. „EU4Health" soll für die Jahre 2021 bis 2027 mit einem Etat von rund 9,4 Mrd. Euro ausgestattet werden und ist Teil des Wiederaufbauprogramms, das Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen vorgestellt hatte. „Als Teil dieses Pakets wird das neue EU4Health-Programm einen echten Paradigmenwechsel herbeiführen hinsichtlich der Art und Weise, wie die EU mit Gesundheit umgeht. Es ist ein klares Signal, dass die Gesundheit unserer Bürger mehr denn je eine Priorität für uns ist", sagte Kyriakides in Brüssel. Neben einem besseren Schutz vor grenzübergreifenden Gesundheitsgefahren soll das Programm nach ihren Angaben auch die Verfügbarkeit von bezahlbaren Medikamenten und medizinischer Ausrüstung sicherstellen und die Gesundheitssysteme in der EU stärken. Nach Zustimmung der EU-Staaten und des Europäischen Parlaments könnte „EU4Health" am 1. Januar 2021 anlaufen, kündigte die Gesundheitskommissarin an. Die Covid-19-Pandemie habe gezeigt, dass eine bessere Koordinierung und Kooperation der EU-Staaten im Krisenfall notwendig seien. Neben der Krisenbewältigung soll das neue Programm laut Kyriakides aber auch zur Bewältigung weiterer Herausforderungen beitragen. Dazu gehören nach ihren Angaben Ungleichheiten beim Zugang zu Gesundheitssystemen, Belastungen durch nichtübertragbare Krankheiten wie Krebs und Hindernisse bei der Digitalisierung im Gesundheitsbereich. ■

Köpfe, Karrieren, Funktionen

Alexander Stütz neuer Vize-Chef der AOK Baden-Württemberg

Alexander Stütz

Alexander Stütz ist seit dem 1. Juni neuer stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Der 49-jährige Diplom-Kaufmann soll Vorstandschef *Johannes Bauernfeind* mit seiner Expertise im Bereich Digitalisierung und insbesondere im Bereich elektronische Patientenakte unterstützen. Stütz stammt aus Gmünd und kommt aus der BARMER, wo er zuletzt als Bereichsvorstand Mitglied im Bundesvorstand war. ■

Leonhard neue Gesundheitssenatorin in Hamburg

Melanie Leonhard

Neue Gesundheitssenatorin in Hamburg ist die Sozialsenatorin *Melanie Leonhard* (SPD). Die Bürgerschaft in Hamburg bestätigte den rot-grünen Senat Mitte Juni. SPD und Grüne hatten in ihren Koalitionsgesprächen entschieden, die Gesundheitsbehörde aufzulösen und der Sozialbehörde zuzuschlagen. 83 der 123 Abgeordneten stimmten für die von Tschentscher berufenen elf Senatoren. Es gab 38 Nein-Stimmen und zwei Enthaltungen. Rot-Grün verfügt in der Hamburgischen Bürgerschaft über 87 Mandate. Leonhard löst *Cornelia Prüfer-Storcks* (SPD) ab, die dem neuen Senat nicht mehr als Gesundheitssenatorin angehört. Sie verabschiedete sich in den Ruhestand. Prüfer-Storcks war eine der dienstältesten Gesundheitsministerinnen der Länder, in Hamburg seit 2011 Ministerin – und hatte bereits angekündigt, ihr Amt aufzugeben. ■

Dr. Gerald Gaß wird Hauptgeschäftsführer der DKG

Der Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Dr. Gerald Gaß

(DKG) hat frühzeitig die Nachfolge in der Hauptgeschäftsführung im kommenden Jahr geregelt und einstimmig *Dr. Gerald Gaß* (57) gewählt. Der Präsident der DKG und Geschäftsführer des Landeskrankenhauses Rheinland-Pfalz wird zum 1. April 2021 die Nachfolge des langjährigen Hauptgeschäftsführers *Georg Baum* (65) antreten, der in den Ruhestand tritt. Die Neuwahl für das Amt des DKG-Präsidenten wird turnusgemäß im November erfolgen. ■

BVmed: Meinrad Lugan im Vorstandsvorsitz bestätigt

Dr. Meinrad Lugan (56) ist auf der BVMed-Mitgliederversammlung am 19. Juni 2020 in Berlin als Vorstandsvorsitzender des Medizintechnik-Verbandes für zwei weitere Jahre wiedergewählt worden. Er ist Vorstand bei B. Braun und übernahm im April 2007 den BVMed-Vorsitz. Als stellvertretende Vorsitzende des

Dr. Meinrad Lugan

BVMed-Vorstandes wurden *Dr. Manfred W. Elff* (Biotronik) und *Marc D. Michel* (Peter Brehm) gewählt. ■

Prof. Thomas Seufferlein ist neuer Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft

Prof. Thomas Seufferlein

Die Mitglieder der Delegiertenversammlung der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) haben *Prof. Thomas Seufferlein* zum Präsidenten gewählt. Seufferlein löst *Prof. Olaf Ortmann* vom Caritas-Krankenhaus St. Josef in Regensburg ab, der die DKG weiterhin als Vorstandsmitglied unterstützt. Darüber hinaus wählten die Delegierten der DKG *Prof. Anja Mehnert-Theuerkauf* vom Universitätsklinikum Leipzig, *Prof. Ullrich Graeven* von den Kliniken Maria Hilf GmbH Mönchengladbach und *Prof. Frederik Wenz* vom Universitätsklinikum Freiburg in den Vorstand der Fachgesellschaft. Seufferlein ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Innere Medizin I an der Uniklinik Ulm. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten zählt die Internistische Onkologie und die Gastroenterologie. ■

Dr. Sebastian Biedenkopf folgt Dr. Jürgen Götz im Vorstand von Fresenius

Dr. Sebastian Biedenkopf

Dr. Sebastian Biedenkopf (56), derzeit noch General Counsel der Robert Bosch GmbH, wird spätestens zum 1. Januar 2021 neuer Vorstand von Fresenius für Recht, Compliance und Personal sowie Arbeitsdirektor. Er folgt in dieser Funktion auf *Dr. Jürgen Götz*, der zum 30. Juni 2020 auf eigenen Wunsch aus dem Unternehmen ausscheidet. Dr. Sebastian Biedenkopf leitet seit September 2013 den weltweiten Rechtsbereich der Bosch-Gruppe. ■

Impressum

WELT DER KRANKENVERSICHERUNG ist eine unabhängige Plattform für die gesamte Themen- und Partnerwelt des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung. Sie stellt sich mit erfahrenen Autoren und Gesprächspartnern den drängenden Fragen der Branche mit anspruchsvollen, praxis- und zukunftsorientierten Beiträgen.
WELT DER KRANKENVERSICHERUNG verfolgt das Ziel, eine Brückenfunktion zwischen den Partnern in Gesundheitswesen und Gesundheitswirtschaft einzunehmen und zu einer neuen Dialogkultur beizutragen.
www.welt-der-krankenversicherung.de

Herausgeber und Schriftleitung (V.i.S.d.P.)
Rolf Stuppardt, Büscherhöfchen 28, 51491 Overath
E-Mail: rst@stuppardtpartner.de
Tel.: (02206) 912 104

Redaktion
Rolf Stuppardt (Chefredaktion)
Dr. Monika Sinha
Dr. Annette Mehler
E-Mail: redaktion-WdK@medhochzwei-verlag.de

Verlag
medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg, Annette Xandry, Tel: (0 62 21) 914 96 12, Fax: (0 62 21) 914 96 20, annette.xandry@medhochzwei-verlag.de

Anzeigen
Sabine Hornig, medhochzwei Verlag GmbH, Tel: (0 62 21) 914 96-15, Fax: (0 62 21) 914 96 20, sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de

Satz
Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck
Schleunungdruck GmbH
97828 Marktheidenfeld

Bezug und Bedingungen
Jahresabonnement Print Inland*: € 154,– (inkl. Versandkosten)
Jahresabonnement Print Ausland*: € 174,– inkl. Versandkosten)
Jahresabonnement Online**: € 104,–
Schnupperabonnement Print (3 Ausgaben): € 33,– (inkl. Versandkosten)
* Das Abonnement umfasst die Lieferung von 10 Ausgaben und den Zugang zum Onlinearchiv.
** Das Abonnement umfasst den Zugang zum Onlinearchiv.
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt.

Erscheinungsweise
WELT DER KRANKENVERSICHERUNG erscheint zehnmal im Jahr mit zwei Doppelausgaben (2-3 und 7-8).

Urheber- und Verlagsrechte
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Rechteinräumung
Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).
Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

a) Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
b) das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
c) das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung – sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
d) das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung.

Auf die für den Versand der WELT DER KRANKENVERSICHERUNG erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich der Verlag, der Kundenservice des Verlages und der Lettershop des Verlages Zugriff.

WELT DER KRANKENVERSICHERUNG

Die unabhängige Fachzeitschrift für alle Fragen des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung stellt Ihnen 10 Mal im Jahr aktuelle, praxis- und zukunftsorientierte Beiträge von erfahrenen AutorInnen und GesprächspartnerInnen zu drängenden Themen der Branche zur Verfügung. Herausgegeben wird die Zeitschrift von Rolf Stuppardt.

Mit den Themenschwerpunkten:

- Finanzierungs- und Tariffragen der GKV und PKV
- Leistungs- und Versicherungsrechtsfragen
- Versorgungs- und Vertragsmanagement
- Medizintechnologische Entwicklungen
- Stationäre Versorgung und Krankenhausfinanzierung
- Qualitäts-, Transparenz- und Bewertungsfragen
- Ambulante ärztliche Versorgung und Vergütung
- Sektorenübergreifende Entwicklungen
- Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation
- Pflegemarkt und -politik
- Marktentwicklungen und Innovationen im Gesundheitswesen

Jetzt abonnieren und Thermosflasche als Geschenk sichern!

Welt der Krankenversicherung (10 Mal pro Jahr)
Kombi-Abo Inland: 166 €
Kombi-Abo Ausland: 196 €
Online-Abo: 104 €

Preise inkl. MwSt. und Versandkosten.
Die Zusendung der Thermosflasche erfolgt 14 Tage nach der Bestellung.
Nur solange der Vorrat reicht.

Bestellung unter:
Mail: medhochzwei-verlag@sigloch.de
Tel: 07953/7189076

medhochzwei