Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

ISSN 2193-4479
D 24953
9. Jahrgang

WELT DER KRANKENVERSICHERUNG

Ausgabe 11 | 2020

> *Selektivverträge und Administration*
> *Diabetes und Corona*
> *Interview Spitzenfrauen*
> *Neu + Nützlich: edith.care*
> *Integrierte Versorgung*

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

© medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg. Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Weiterleitung und das Einstellen der Daten in interne oder externe Netzwerke.

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

BITMARCK®

Beratung zur Aktionssteuerung|ng

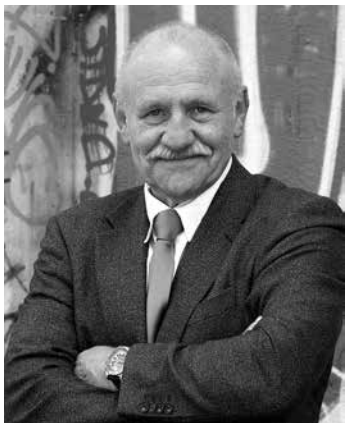
Prozessmodellierung in BITMARCK_21c|ng

- Beratung rund um die Aktionssteuerung|ng
- Unterstützung bei der Prozessoptimierung und -automatisierung
- Begleitung von der Analyse bis hin zur Implementierung
- Bedarfsgerecht und individuell für jeden Kunden
- Schaffung von standardisierten Lösungen

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

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Editorial



Integrierte Versicherten- und Patientenorientierung ist möglich und nötig

Die derzeitige COVID-19-Pandemie macht noch einmal sehr deutlich, was wir lange schon wussten und proklamierten: Patientinnen und Patienten stehen mit ihren individuellen Befindlichkeiten und Indikationen im Mittelpunkt der gesundheitlichen und medizinischen Versorgungskette. So sollte es sein, so ist es aber längst noch nicht. In der Pandemie nimmt die Erfahrung mit digitalen Steuerungsformaten für alle Beteiligten zu. Hierin steckt inhärent die Möglichkeit zur individuellen Integration der notwendigen unterschiedlichen Behandlungs- und Leistungsmaßnahmen. Hierin steckt aber auch das Potenzial, Patientinnen und Patienten über Compliance und Adhärenz hinaus zu Mitgestaltern ihrer höchst eigenen gesundheitlichen Anliegen zu machen, Awareness zu fördern und zu entwickeln. Schließlich ist auch die Integration ihrer Erfahrungen ein wesentliches Element der Weiterentwicklung von Behandlungs- und Versorgungsqualität. Patientinnen und Patienten sind technisch gesprochen die lebenslang konstanten, verbindenden Schnittstellen in allen versorgenden und administrativen Prozessen. Sie sind objektiv daran interessiert, dass alle Informationen, die über sie existieren, in verwertbarer (auswertbarer) und strukturierter Form zur Verfügung stehen. Diese Chancen und Möglichkeiten bedürfen über die generelle Entscheidungshoheit des Patienten über diese Daten hinaus auch der Kompetenzvermittlung als Anspruch des Patienten/der Patientin zur Förderung von Souveränität.

Die nun vorliegenden Eckpunkte für ein weiteres Digitalisierungsgesetz orientieren sich in diese Richtung und komplettieren bislang Fehlendes. Es ist eine starke integrative Ausrichtung der digitalen und telemedizinischen Methoden, Verfahren und Anwendungen erkennbar. So sollen z. B. die digitalen Gesundheitsanwendungen konsequent in die Versorgung integriert werden, z. B. soll die integrierte Nutzung von DiGA, ePA und Hilfsmitteln ermöglicht werden, z. B. das Zurverfügungstellen von Daten aus internetfähigen Hilfsmitteln und Plantaten in digitalen Gesundheitsanwendungen.

Der weitere Ausbau der Telemedizin auch mit Blick auf die Information und Schulung der Versicherten und Patienten mit der Absicht eines souveränen Zugangs zu dieser Versorgungswelt ist in diesem Zusammenhang begrüßenswert. Beachtenswert finde ich aber auch die Absicht der Einführung und Erstattungsfähigkeit sog. Digitaler Pflegeanwendungen (DiPAs) über die Soziale Pflegeversicherung und den begleitenden Ausbau der Telepflege mit eigenen Verfahren, die der Pflegespezifik Rechnung tragen.

Schließlich ist eine grenzüberschreitende Integrationsorientierung ebenfalls in den Eckpunkten erhalten, indem die europäische Öffnung der IT vorangetrieben und grenzüberschreitende Versorgung mit dem Austausch von Gesundheitsdaten möglich gemacht werden sollen.

All dies schafft – möglicherweise trotz der (noch) bestehenden Sektorengrenzen – große Schritte in Richtung der Integration individueller Versicherten- und Patientenorientierung und von Austausch- wie Kommunikationsstrategien und -praktiken, die schneller, durchlässiger, transparenter und damit auch effektiver und effizienter sind wie bislang. Das alles ist möglich und das alles ist schon längere Zeit nötig.

In diesem Sinne, kommen Sie gesund und munter durch die nicht selten trüben Novembertage

Ihr

Rolf Stuppardt

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

EINFACH FÜR ALLE PATIENTEN

OHNE ROUTINEHAFTES FINGERSTECHEN[1,2]

Agenturfotos. Mit Models gestellt.

Mit den digitalen Produkten von FreeStyle Libre 2 Diabetes jetzt noch einfacher managen.

FreeStyle LibreLink[3,4]

Für Ihre Patienten

Schnell Glukosewerte abfragen[2-4]

LibreLinkUp[5]

Für Angehörige Ihrer Patienten

Messwerte mit ausgewählten Personen teilen[5-7]

LibreView[8]

Für Sie und Ihre Patienten

FreeStyle Libre Daten online analysieren[7,8]

FreeStyle plus Ich

Für Ihre Patienten

Unterstützung rund um Diabetes, Lifestyle und FreeStyle Libre 2

FreeStyle Libre 2

Mehr erfahren unter:
www.FreeStyle.de

life. to the fullest.

Abbott

1. Das Setzen eines Sensors erfordert ein Einführen des Sensorfilaments unter die Haut. Der Sensor kann bis zu 14 Tage lang getragen werden. **2.** Eine zusätzliche Prüfung der Glukosewerte mittels eines Blutzucker-Messgeräts ist erforderlich bei sich schnell ändernden Glukosespiegeln, weil die Glukosewerte in der Gewebeflüssigkeit die Blutzuckerwerte eventuell nicht genau widerspiegeln, oder wenn das System eine Hypoglykämie oder eine anstehende Hypoglykämie anzeigt oder wenn die Symptome nicht mit den Messwerten des Systems übereinstimmen. **3.** Die Nutzung von FreeStyle LibreLink erfordert eine Registrierung bei LibreView, einem Dienst von Abbott und Newyu, Inc. **4.** Die FreeStyle LibreLink App ist nur mit bestimmten Mobilgeräten und Betriebssystemen kompatibel. Bevor Sie die App nutzen möchten, besuchen Sie bitte die Webseite www.FreeStyleLibre.de, um mehr Informationen zur Gerätekompatibilität zu erhalten. **5.** LibreLinkUp ist eine mobile Applikation, die von Newyu, Inc. bereitgestellt wird. Die Nutzung von LibreLinkUp erfordert eine Registrierung bei LibreView, einem Dienst von Abbott und Newyu, Inc. **6.** Es besteht die Möglichkeit, die LibreLinkUp Einladung anzunehmen oder diese abzulehnen. Eine Entscheidung hierüber sollten Sie basierend darauf treffen, ob Sie bei dem Erhalt eines zu hohen oder zu niedrigen Glukosewerts angemessen reagieren können. **7.** Die Übertragung der Daten zwischen FreeStyle LibreLink, LibreLinkUp und LibreView erfordert eine Internetverbindung. **8.** LibreView ist eine cloudbasierte Anwendung, die von Newyu, Inc. bereitgestellt wird.
Das Lesegerät der FreeStyle Libre Messsysteme ist sowohl in mg/dL als auch mmol/L erhältlich. Die FreeStyle LibreLink App kann beim initialen Setup sowohl auf mg/dL als auch mmol/L eingestellt werden. FreeStyle, Libre und damit verbundene Markennamen sind eingetragene Marken von Abbott Diabetes Care Inc. in verschiedenen Ländern. Apple, das Apple Logo und iPhone sind Marken von Apple Inc., mit Sitz in den USA und weiteren Ländern.

© 2020 Abbott | ADC-25420 v2.0 | sense&image

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Inhalt

273 Editorial: Integrierte Versicherten- und Patientenorientierung ist möglich und nötig
Gerade vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Pandemie und der zunehmenden Anwendung digitaler Versorgungsmöglichkeiten, ist ein weiteres Digitalisierungsgesetz mit bislang fehlenden integrativen Orientierungen konsequent, meint Herausgeber *Rolf Stuppardt*.

276 Selektivverträge im Spannungsfeld zwischen Innovation und Administration
Selektivverträge sind ein gängiger Weg, um Versorgungsinnovationen ins Gesundheitssystem zu transportieren. Hinsichtlich des Managements haben sich in der Praxis jedoch zahlreiche Parallelstrukturen entwickelt, welche die Administration für alle potenziellen Nutzer erschwert. *Florian Brandt, Roland Engehausen, Markus Lelle und Daniel Schilling* diskutieren dieses Problem und bieten eine Lösung.

280 Diabetesversorgung in Zeiten von Corona
Diabetes hat weltweit mit mehr als 460 Mio. 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. Was das vor dem Hintergrund der derzeitigen COVID-19-Krise bedeutet und welche Erfahrungen, Erkenntnisse und Perspektiven hier zu konstatieren sind, erörtern *Dr. Annette Mehler und Rolf Stuppardt* nach einer Online-Konferenz zu diesem Thema.

284 Interview: Mehr Frauenexpertise in Spitzenpositionen
In der Berliner Gesundheitsszene hat sich mit „Spitzenfrauen Gesundheit" eine junge Vereinigung etabliert, deren Anliegen deutlich über die Hauptstadt hinausweist. Das fällt inzwischen auf. Daher haben wir bei zwei der Initiatorinnen und Gründerinnen – *Antje Kapinsky und Cornelia Wanke* – nachgefragt, welche Mission und praktische Ausrichtung sie und der Verein verfolgen.

287 Neu+Nützlich: Digitalisierung in der Pflege beginnt bei Angehörigen
Wie die neue App edith.care als digitale Assistentin die Organisation der Pflege vereinfacht und Mehrwerte für Angehörige und Versicherungen bietet, beschreiben in unserem Format Neu+Nützlich die Macher der App, *Axel Seemann und Christian Klann*.

291 Diskussion: Integrierte Versorgung regelhaft verankern
Nachdem in den Ausgaben Juli/August und September ein Autorenkollektiv das Thema Integrierte Versorgung in Deutschland mit einer Status-Quo-Analyse und mit entsprechenden Gestaltungs- und Lösungsvorschlägen zur Diskussion gestellt hat, haben uns dazu eine Reihe von Kommentaren und Stellungnahmen erreicht. Die Diskussion begann in Heft zehn und wird an dieser Stelle fortgeführt.

300 Leistungs- und Vertragswelt

301 Recht und Gesetz

302 Europa und Internationales

303 Köpfe, Karrieren, Funktionen

304 Impressum

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Fortschritt durch Standardisierung:

Selektivverträge im Spannungsfeld zwischen Innovation und Administration

Selektivverträge sind ein gängiger Weg, um Versorgungsinnovationen ins Gesundheitssystem zu transportieren. Hinsichtlich des Teilnahme- und Abrechnungsmanagements von Selektivverträgen haben sich in der Praxis jedoch unzählige Parallelstrukturen entwickelt, welche die Teilnahme an bzw. Administration von Selektivverträgen für alle potenziellen Nutzer erschweren. Hierdurch entstehen Hemmschwellen bei der Gewinnung von Nutzern und unnötig hohe Transaktionskosten, was letztendlich die innovative Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung ausbremst. Unsere Autoren diskutieren dieses Problem und bieten eine Lösung.

Florian Brandt,
PL Innovation, IKK Südwest, Saarbrücken

Roland Engehausen,
Geschäftsführer bayerische Krankenhausgesellschaft, München[1]

Markus Lelle,
Leiter Versorgungsmanagement und Innovation, IKK Südwest

Daniel Schilling,
Vorstand, IKK Südwest, Saarbrücken

Soziale und technologische Entwicklungen stellen das Gesundheitswesen vor anhaltende Herausforderungen. So führt der demografische Wandel zu einer Zunahme bestimmter, insbesondere altersbedingter, Erkrankungen[2], die Urbanisierung belastet die ärztliche Versorgung in ländlichen Regionen[3] und die Digitalisierung durchdringt unweigerlich den medizinischen Versorgungsalltag[4]. Die kontinuierliche Identifikation von Problem- und Entwicklungsfeldern und die daraus abgeleitete Entwicklung und Umsetzung innovativer Lösungen ist somit Grundbedingung einer zeitgemäßen und nachhaltigen Gesundheitsversorgung.[5] Die Implementierung von Innovationen in die Versorgungspraxis kann über verschiedene Zugangswege erfolgen.[6] Ein klassischer Zugangsweg im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist der Selektivvertrag.[7] Selektivverträge ermöglichen Krankenkassen und Leistungserbringern die Erprobung neuer, d. h. über die Regelversorgung hinausgehender, Versorgungsformen bei grundsätzlich freier Wahl der Vertragspartner, Definition der Versorgungsleistungen sowie Festlegung der Vergütung. Selektivverträge ergänzen insofern die systemseitig vorgegebenen Strukturen der Regelversorgung und machen die beteiligten Akteure

1 Bis 30.9.2020 Vorstand der IKK Südwest in Saarbrücken.
2 Vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
3 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung, Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014.
4 Vgl. Elmer (2017): Die Digitalisierung des Gesundheitswesens, in: GGW, 17 (3), S. 23 – 30.

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

von Systemverwaltern zu Systemgestaltern.

Status Quo von Selektivverträgen

Eine zentrale Norm und häufige Rechtsgrundlage für die Umsetzung von Selektivverträgen ist § 140a SGB V. Hiernach können Krankenkassen und Leistungserbringer Verträge schließen, die z. B. eine sektoren- oder fachübergreifende Versorgung oder die Versorgung mit digitalen Versorgungsangeboten zum Gegenstand haben.[8] Unabhängig vom Vertragsinhalt müssen Patienten, die im Rahmen des Vertrags versorgt werden, zu Beginn eine Teilnahmeerklärung abgeben.[9] Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt regelmäßig elektronisch.[10] Das Teilnahme- und Abrechnungsmanagement bildet insofern den „kleinsten gemeinsamen Nenner" und muss bei allen Selektivverträgen nach § 140a SGB V grundsätzlich in gleicher Weise umgesetzt werden. In der Praxis zeigt sich hierbei allerdings ein sehr uneinheitliches Bild. Für das Teilnahme- und Abrechnungsmanagement eines jeden Vertrags werden unterschiedliche Systeme genutzt, wodurch ein infrastruktureller Flickenteppich entsteht. Dies führt auf allen Seiten zu einem erhöhten administrativen Aufwand und so letztendlich zu einer Hemmschwelle bei der innovativen Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Dabei entsteht auch ein Henne-Ei-Problem: die tatsächlichen Nutzerzahlen bezüglich der Anzahl aktiv teilnehmender Leistungsanbieter und Patienten hält sich oft in Grenzen und die Transaktions- bzw. Verwaltungskosten je Teilnehmer sind entsprechend hoch. Skalierungen sind durch den Flickenteppich kaum möglich. Durch das Versorgungsverbesserungsgesetz (GPVG) wird sich dieses Problem voraussichtlich noch verschärfen.[11] Im Zuge des GPVG wird der Abschluss von Selektivverträgen mit weiteren Akteuren des deutschen Gesundheitswesens ermöglicht, die bislang nicht zum Abschluss von Selektivverträgen berechtigt waren. Hierdurch erhöht sich die Komplexität der administrativen Beziehungen und Prozesse erneut.

Ziel des Artikels ist die Herausarbeitung einer Lösungsstrategie für das aufgeworfene Problem. Hierbei wird auf die Etablierung systemweit einheitlicher Standards für das Teilnahme- und Abrechnungsmanagement von Selektivverträgen eingegangen. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Reduktion des administrativen Aufwands durch die Nutzung einer zentralen Vertragsinfrastruktur im Sinne der Plattformökonomie. Der Artikel richtet sich damit insbesondere an Entscheidungsträger aus Politik und Praxis, Versorgungsinnovatoren aber auch an einen darüber hinausgehenden interessierten Leserkreis.

Das Problem: Uneinheitliches Teilnahme- und Abrechnungsmanagement

Die thematische Vielfalt im Bereich der Selektivverträge ist nahezu grenzenlos. So können Selektivverträge zu verschiedenen Krankheitsbereichen (z. B. Onkologie, Kardiologie, Psychotherapie), zu verschiedenen strukturellen Themen (z. B. Einsatz digitaler Versorgungsleistungen, Einsatz von Patientenlotsen) sowie unter Einbezug verschiedener Leistungssektoren (z. B. Arzneimittelversorgung, stationäre oder ambulante Versorgung) geschlossen werden. Entsprechend groß sind die Anbietervielfalt und die Vielfalt selektivvertraglicher Kooperationsstrukturen. Selektivverträge können entweder direkt zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer oder mit Zwischenschaltung einer Managementgesellschaft geschlossen werden, welche die Leistungserbringer anbindet und für diese das Teilnahme- und Abrechnungsmanagement übernimmt.

Die patientenseitige Teilnahme kann entweder elektronisch oder in Papierform erklärt werden.[12] Zur Übermittlung der Teilnahmeerklärung an die Krankenkasse kommt entweder der Postweg, Fax oder die elektronische Übermittlung in Betracht, sofern die Teilnahme nicht ohnehin direkt gegenüber der Krankenkasse erklärt wird. Eine weitere Möglichkeit ist die Hinterlegung der Teilnahmeerklärung bei der Managementgesellschaft (physisch) oder in einem digitalen Portal (z. B. webbasiert) zu dem alle Vertragspartner einen Zugang haben. So ist bereits der Zugang des Patienten zur selektivvertraglichen Leistung durch eine große Unterschiedlichkeit zwischen den verschiedenen Selektivverträgen geprägt. Ähnlich verhält es sich mit der Abrechnung selektivvertraglich erbrachter Leistungen durch die teilnehmenden Leistungserbringer. Die Abrechnung kann entweder direkt elektronisch gegenüber der Krankenkasse erfolgen oder muss über die Managementgesellschaft abgewickelt werden, die den Rechnungsbetrag dann wiederum gegenüber der Krankenkasse geltend macht. Die Einbindung einer Managementgesellschaft als Abrechnungsdienstleister ist insbesondere dann erforderlich, wenn der Leistungserbringer technisch nicht zur elektronischen Übermittlung der Abrechnung in der gesetzlich vorgesehenen Form in der Lage ist. Bei Rechnungsstellung unter Einbeziehung eines Abrechnungsdienstleisters gibt es wiederum mehrere Alternativen:

1. Die Abrechnung erfolgt über eine (vorab entwickelte) technische Schnittstelle, direkt aus der regulären IT-Umgebung des Leistungserbringers.
2. Die Abrechnung erfolgt, getrennt von der übrigen Leistungserbringung, in einem gesonderten Portal. Hierbei sind webbasierte Portale vorzuziehen. Andernfalls wäre die Beschaffung und Lokalinstallation einer Software notwendig, was eine weitere Hemmschwelle für den Leistungserbringer hervorbrächte.
3. Übermittlung der Abrechnung außerhalb einer spezifischen technischen Umgebung (z. B. Übermittlung der Rechnung als PDF per Mail).

Die verschiedenen Pfade im Zusammenspiel zwischen Krankenkasse, Leistungserbringer und ggf. Managementgesellschaft bzw. Abrechnungsdienstleister sind in Abbildung 1 dargestellt.

Insgesamt ergibt sich also für alle Beteiligten ein sehr unübersichtliches

5 Vgl. Brandt/Znotka (2019): Influencing factors and outcomes of entrepreneurial activities in German healthcare organizations – a qualitative study, in: International Journal of Healthcare Management, published online: 3.12.2019.
6 Vgl. zu den Zugangswegen Reimers (2009): Wie kommen Innovationen in den Gesundheitsmarkt?, in: GGW, 9 (1), S. 22–30.
7 Vgl. zum Selektivvertrag z. B. Bundesministerium für Gesundheit (Online): www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/selektivvertrag.html.
8 Vgl. § 140a Abs. 1 S. 2, Abs. 4a SGB V.
9 Vgl. § 140a Abs. 4 S. 1 SGB V.
10 Vgl. § 295a Abs. 1 S. 3 SGB V.
11 Das GPVG soll voraussichtlich im Januar 2021 in Kraft treten und u. a. den Spielraum für Selektivverträge erweitern. Vgl. hierzu Bundesministerium für Gesundheit (Online): www.bundesgesundheitsministerium.de/versorgungsverbesserungsgesetz.html.
12 Vgl. § 140a Abs. 4 S. 1 SGB V.

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

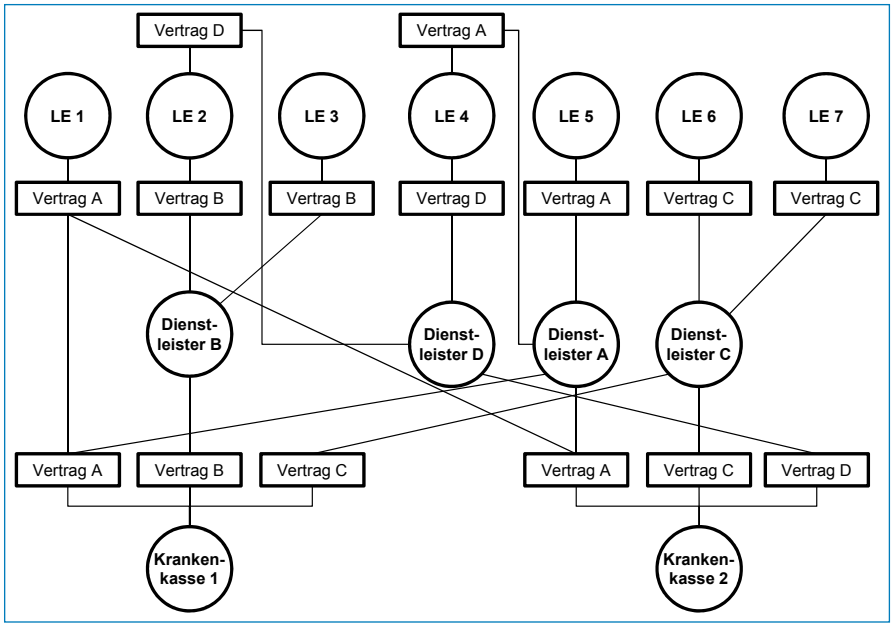


Abb. 1: Selektivvertragliche Parallelstrukturen (eigene Darstellung). Die Selektivverträge werden über verschiedene Systeme abgewickelt. Leistungserbringer 1 (LE 1) ist technisch zur Direktabrechnung mit den Krankenkassen in der Lage. Die übrigen Leistungserbringer (LE 2 bis LE 7) wickeln ihre Selektivverträge über verschiedene Managementgesellschaften/ Dienstleister ab.

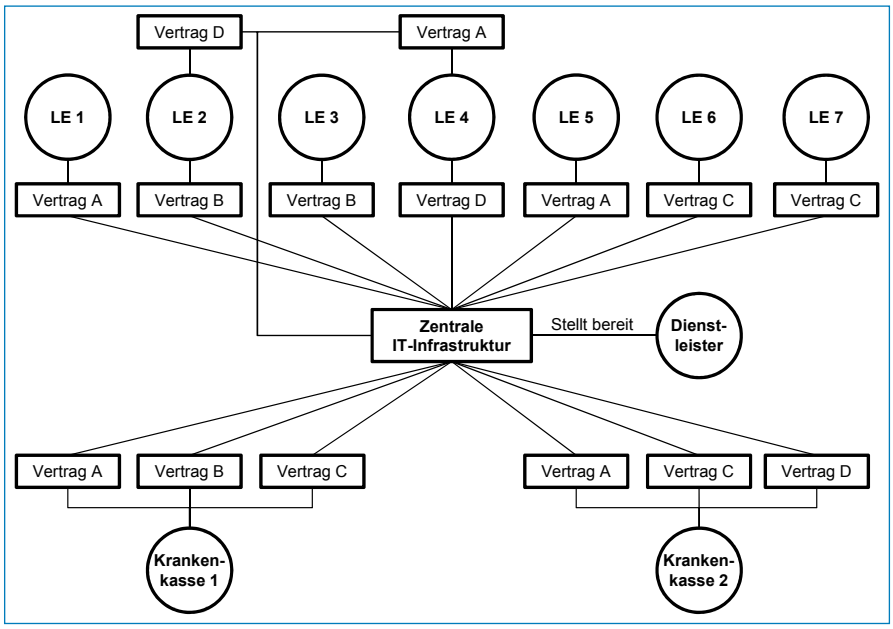


Abb. 2: Zentrale Administration von Selektivverträgen (eigene Darstellung). Das Teilnahme- und Abrechnungsmanagement aller Selektivverträge wird über eine zentrale IT-Infrastruktur abgewickelt.

Bild. Der Patient muss für jeden Selektivvertrag neu herausfinden, wie der Zugang zur gewünschten Leistung erfolgt. Entsprechend muss der Leistungserbringer, bei einer parallelen Teilnahme an mehreren Selektivverträgen, den Patienten auf verschiedene Arten einsteuern und die jeweils erbrachten Leistungen über unterschiedliche Systeme abrechnen. Zur Veranschaulichung stelle man sich dies entsprechend für kollektivvertraglich erbrachte Leistungen vor: Die verschiedenen Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) müssten jeweils über eine gesonderte Kassenärztliche Vereinigung (KV) abgerechnet werden und zudem würde für jede GOP jeweils eine gesonderte IT-Anwendung zur Abrechnung benötigt. Ein solches System wäre enorm aufwendig, ineffizient und würde von den Beteiligten kaum akzeptiert werden.

Selektivverträge fügen sich also nicht reibungslos in den Versorgungsalltag ein, sondern erzeugen unzählige Parallelstrukturen und damit zusätzliche Komplexität. Versorgungsinnovationen, die ohnehin regelmäßig auf Widerstand stoßen, da sie (mehr oder weniger stark) in Versorgungsroutinen eingreifen,[13] lassen sich so noch schlechter in den Versorgungsalltag integrieren.

Die Lösung: Systemweit einheitliche Standards und zentrale IT-Infrastruktur

Die effektive Lösung liegt in einer Standardisierung und Zentralisierung des selektivvertraglichen Teilnahme- und Abrechnungsmanagements, die allgemein anerkannt ist. Konkret bedeutet dies einen Abbau der bestehenden Parallelstrukturen und den Aufbau einer zentralen IT-Infrastruktur bzw. standardisierter Schnittstellen, auf die möglichst viele Selektivverträge umgesteuert werden. Dabei gibt es mehrere Anbieter und Managementgesellschaften, die eine solche Integrationsplattform versprechen. Allerdings stehen solche Anbieter oftmals gleichzeitig selbst im Wettbewerb um Versorgungsleistungen und erhoffen sich eine monopolartige Amazon-Rolle, verbunden mit der Erwartung, dass sich alle anderen Akteure ihrem Standard unterwerfen. Es liegt auf der Hand, dass diese Machtverschiebung im sehr dezentralen und vielfältigen Gesundheitswesen kaum funktionieren kann.

Eine wesentliche Anforderung an eine funktionierende Infrastruktur ist, dass diese sich einfach in den Versorgungsalltag der Leistungserbringer integrieren lässt (z. B. webbasierte Plattform oder über schnittstellenbasierte Direkteinbindung in die gängigen Informationssysteme der Leistungserbringer) sowie allgemein anerkannt neutral ist und daher keine Marktausnutzung zu befürchten ist. Nur hierdurch kann deren Akzeptanz und Teilnahmebereitschaft erreicht werden. Anbieter- bzw. Betreiberseitig sollte die Infrastruktur daher möglichst unabhängig von Anbietern selektivvertraglicher Versor-

13 Vgl. hierzu z. B. Blettner et al. (2018): Überlegungen des Expertenbeirats zu Anträgen im Rahmen des Innovationsfonds, in: ZEFQ, 130, S. 42 – 48.

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

gungskonzepte sein. Auch der Infrastrukturanbieter selbst sollte keine eigenen Selektivverträge anbieten. Andernfalls bestünde die Gefahr der wettbewerblichen Nutzung und des Ausschlusses von Konkurrenten, obwohl deren Versorgungskonzept womöglich besser ist. Weitere wichtige Kriterien sind technische Leistungsfähigkeit, Stabilität und Datensicherheit. Die Administration der Selektivverträge über eine zentrale IT-Infrastruktur ist in Abbildung 2 dargestellt.

Je nach technischer Umsetzung ist zudem die Integration weiterer IT-Anwendungen, z. B. die Einbindung eines Kommunikationsdienstes zum sicheren Informationsaustausch zwischen den teilnehmenden Leistungserbringern[14] denkbar. Besonders dürften sich dabei drei Modelle anbieten:

1. Abrechnungsplattformen über allgemein anerkannt neutrale Stellen, entweder getragen von staatlichen Stellen oder den Trägern der gemeinsamen Selbstverwaltung. Dazu würden sich die Stellen der bisherigen DTA-Abrechnungen anbieten.[15]
2. Abrechnungsplattformen von Berufsverbänden mit dem entsprechenden Zugang zu den Leistungsanbietern, die jedoch nachvollziehbar unabhängig von den berufspolitischen Interessenvertretungen agieren können.
3. Lizensierte Abrechnungsplattformen durch mehrere Anbieter unabhängig von der Trägerschaft mit standardisierten Schnittstellen und Zugang zu den Informationssystemen der Leistungsanbieter und zu KIM, wobei Lizenzgeber zum Beispiel die gematik als Träger der Telematik-Infrastruktur sein könnte.[16]

Fazit

In der Gesamtschau folgt die Standardisierung und Zentralisierung des selektivvertraglichen Teilnahme- und Abrechnungsmanagements dem Gedanken der Plattformökonomie.[17] Bei einer Abwicklung von Interaktionen über eine einheitliche IT-Plattform müssen diese ausnahmslos der zugrundeliegenden Plattformlogik folgen. Hierdurch reduziert sich die Prozessvielfalt und es können erhebliche Effizienzgewinne und Komplexitätsreduktionen erreicht werden. Auch die Administration von Selektivverträgen würde so für alle Beteiligten (Ärzte und andere Leistungserbringer, Patienten, Krankenkassen) vereinfacht. Dies trägt maßgeblich zur Skalierbarkeit und Marktdurchdringung von Selektivverträgen bei und beschleunigt so letztendlich die Diffusion entsprechender Versorgungsinnovationen im Gesundheitssystem. ■

14 So sorgt z. B. der Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen) für einen sicheren Austausch von Informationen zwischen den Leistungserbringern des deutschen Gesundheitswesens. Vgl. hierzu gematik (Online): www.gematik.de/anwendungen/kim/.

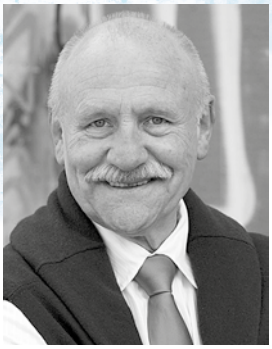
15 Für umfassende und aktuelle Informationen zum elektronischen Datenaustausch in der GKV vgl. GKV-Spitzenverband (Online): www.gkv-datenaustausch.de/.

16 Vgl. hierzu gematik (Online): www.gematik.de/.

17 Vgl. grundlegend zur Plattformökonomie z. B. Winter (2017): Europa und die Plattformökonomie – Wie datengetriebene Geschäftsmodelle Wertschöpfungsketten verändern, in: Hadwich/Bruhn (Hrsg.): Dienstleistungen 4.0: Geschäftsmodelle – Wertschöpfung – Transformation, Bd. 2, Springer Gabler, Wiesbaden 2017.

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Dr. Annette Mehler,
Wiesbaden[1]



Rolf Stuppardt,
Overath und Berlin[2]

Diabetesversorgung in Zeiten von Corona

Herausforderungen, Chancen, Erfolge

Diabetes hat weltweit mit mehr als 460 Mio. 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. Was das vor dem Hintergrund der derzeitigen COVID-19-Krise bedeutet und welche Erfahrungen, Erkenntnisse und Perspektiven hier zu konstatieren sind, erörtern unsere Autoren im nachfolgenden Beitrag.

Die gegenwärtige Corona-Krise hat auch die Versorgung von Diabetikern in besonderer Weise getroffen. Das Robert-Koch-Institut hat Menschen mit Diabetes bekanntlich als Risikogruppe eingestuft. Diabetes-Experten haben demgegenüber 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 Lockdowns. Hier haben digitale und telemedizinische Lösungen einschließlich der Videosprechstunden einiges kompensieren können.

Im Folgenden fassen wir die Erfahrungen und Sichtweisen verschiedener Expertinnen und Experten zusammen, die wir im Rahmen unserer Videokonferenz interviewt haben.[3]

Die Sicht der Patientinnen und Patienten

Gerade in der herausfordernden Zeit der Corona-Pandemie ist es wichtig die Bedürfnisse und damit die Sicht der Menschen mit Diabetes, also der Patienten, im Fokus zu halten. Das macht *Elke Brückel* deutlich. Sie schildert, dass die Diabetesversorgung der in den diabetologischen Schwerpunktpraxen intensiv betreuten Menschen mit Diabetes während der Pandemie an sich gut weitergelaufen ist. Jedoch war für mehr als 80 Prozent der Typ 2 Diabetiker, die generell beim Hausarzt versorgt werden, zumindest innerhalb der ersten Wochen des Lockdowns die Versorgung zum Erliegen gekommen. Als Gründe hierfür nennt sie Praxisschließungen,

1 Redaktionsmitglied WELT DER KRANKENVERSICHERUNG, promovierte Volkswirtin, Wiesbaden.
2 Herausgeber und Chefredakteur WELT DER KRANKENVERSICHERUNG, Overath und Berlin.
3 1. Dialog-Offensive Diabetes Digital: DIABETESVERSORGUNG IN ZEITEN VON CORONA, Online-Konferenz am 7.9.2020, 10.00–11.30 Uhr; mit 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. Einsehbar unter www.medhochzwei-online-akademie.de/1-dialog-offensive-diabetes-digital-diabetesversorgung-zeiten-von-corona-herausforderungen-chancen.

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

die ausschließliche Behandlung von Notfällen und sogar das Umfunktionieren einiger Hausarztpraxen in reine Corona-Praxen. Aber auch die Sonderregelung des G-BA zur Aussetzung der Schulung und Dokumentationspflicht im Rahmen der DMPs hat zu einer Verschlechterung der Versorgung von Menschen mit Diabetes während der Pandemie geführt. Menschen mit Neuerkrankungen, schwangere Frauen mit Typ 1 Diabetes oder Gestationsdiabetes sind von den Engpässen und Versorgungsunterbrechungen besonders betroffen. In der Zeit zwischen dem 13. März und dem 13. Mai hat sich darüber hinaus die Zahl der lebensbedrohlichen Stoffwechselentgleisungen im Vergleich zu den Vorjahren nahezu verdoppelt. Mit den G-BA/KBV-Sonderregelungen zur Videosprechstunde kann dieser Zustand leider nur in Teilen abgefedert werden. Denn bezogen auf die Behandlungspfade und Versorgungsprozesse kommt es letztlich nicht nur darauf an, dass diese Möglichkeiten im Rahmen der DMPs integriert werden. Von besonderem Stellenwert sind zusätzlich die Akzeptanz und auch die Nutzerkompetenz der Patienten.

All die Vorteile, die die Digitalisierung mit sich bringt, dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele Patienten nicht über die notwendige Infrastruktur verfügen, also weder einen Computer noch ein Smartphone besitzen, geschweige denn damit umgehen können. Die Stärkung der Patientenkompetenz in Sachen Digitalisierung und Technologie ist daher von essenzieller Bedeutung und sollte unbedingt Gegenstand der nachhaltigen kassenartenübergreifenden Diabetesversorgung werden. Nicht nur im Rahmen von Studien, sondern auch anhand von Real-World-Evidenz konnte zudem nachgewiesen werden, dass Menschen mit Diabetes bei Nutzung der kontinuierlichen Glukosemessgeräte (CGM) ihr Diabetesmanagement wesentlich verbessern können. Von diesem medizinisch-technischen Fortschritt profitieren aber leider aktuell noch zu wenige Patientengruppen. Vielleicht kann an diesem Umstand aber die nationale Diabetesstrategie etwas ändern.

Abb. 1: Screenshot Videokonferenz

Die Sicht der Ärzte und Therapeuten

Menschen mit chronischen Grunderkrankungen, wie etwa Diabetes, sind gerade hinsichtlich eines tödlichen Verlaufs infolge einer COVID-19-Erkrankung, einem deutlich erhöhten Risiko ausgesetzt. Das bestätigt *Dr. Jens Kröger*. Er schildert, dass neben den Grundkrankheiten das Risiko für einen besonders schweren Verlauf der Corona-Erkrankung noch zusätzlich durch die individuelle Glukosestoffwechsellage – also den HbA1c-Wert und den BMI – beeinflusst wird. Im Verlauf der vergangenen Monate wurden seiner Praxis tatsächlich so viele Menschen mit extrem schlechter Stoffwechsellage – einem HbA1c-Wert ab 10 aufwärts – wie noch nie zugewiesen. Die Menschen sind einfach nicht mehr zum Arzt gegangen. Gut strukturierte Videosprechstunden und vor allem auch Onlineschulungen sind gerade aus diesen Gründen sehr wichtige Werkzeuge, um Menschen mit Diabetes – nicht nur während der Pandemie – in ihrem Diabetesmanagement zu schulen und zu begleiten. In diesem Rahmen kann eine Besprechung der Stoffwechsellage, die bestenfalls anhand eines der modernen CGM-Geräte erfasst wurde, sehr gut auch mit Menschen mit Diabetes durchgeführt werden, die weniger technikaffin sind.

In der Tat gibt es hier und da noch Vorbehalte gegen die neuen digitalen Möglichkeiten. Nichtsdestotrotz eröffnen sich durch ihre Anwendung und Verankerung in der Praxis bisher unge-

ahnte Möglichkeiten, die in Verbindung mit der kontinuierlichen Glukosemessung zur Prävention des Typ 2 Diabetes sowie zur Verbesserung der Patientenversorgung insgesamt beitragen können. Die nationale Diabetesstrategie sollte neben der individualisierten Ernährungs- und Bewegungsberatung vor allem die Möglichkeiten der Digitalisierung unter Beachtung der Rolle von Datenschutz und -souveränität berücksichtigen und auch die Umsetzungskompetenz der Länder im Hinblick auf Primär-, Verhaltens- und Verhältnisprävention nutzen und stärken.

Dass Telemedizin sehr gut funktioniert – vor allem in Zeiten der Corona-Pandemie – bestätigt *Dr. Simone von Sengbusch*. Von 2017 bis 2020 hat sie das Innovationsfondsprojekt ViDiKi – also das Angebot von monatlich stattfindenden Videosprechstunden für Kinder mit Typ 1 Diabetes und deren Eltern als Ergänzung zur Regelversorgung – erfolgreich begleitet und ihre Erfahrungen aus über viertausend Videokontakten gerade in der Zeit des Lockdowns sehr gut im Sinne der Patientenversorgung nutzen können. Während dieser Zeit hat man in der Kinderdiabetologie zudem sehr schnell pragmatische Lösungen gefunden, wie die Kinder an ihre Rezepte für Insulin und Hilfsmittel kommen und obendrein noch geschult werden können. Nichtsdestotrotz gab

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

und gibt es eine große Verunsicherung bei den Eltern, ob ihre Kinder mit Typ 1 oder Typ 2 Diabetes nicht etwa auch ein erhöhtes Risiko haben, an COVID-19 zu erkranken. Zumindest nach heutigem Kenntnisstand besteht bei den Kindern, im Gegensatz zu den älteren und multimorbiden Menschen mit Diabetes, aber kein erhöhtes Risiko, so dass sie weiterhin zur Kita und Schule gehen können. Ein großer Meilenstein in der modernen Kinderdiabetologie ist, dass die meisten Kinder und Jugendlichen mittlerweile auch mit einem der CGM-Geräte ausgestattet sind und dadurch schwere Unterzuckerungen und akute Symptome faktisch nicht mehr auftreten.

Die Verbindung dieser Messgeräte mit Insulinpumpen, die zunehmend automatisiert gesteuert werden, wird die Zukunft der (Kinder-)Diabetologie prägen und zu einer weiteren wesentlichen Verbesserung der Patientenversorgung beitragen. Das ist die Zukunft und es werden hoffentlich viele Menschen mit Diabetes auch bereits in frühen Stadien von diesen rasant fortschreitenden Technologien profitieren können. Dabei soll die Einbettung der modernen Möglichkeiten und digitalen Werkzeuge in die Versorgungsrealität allerdings keinesfalls als Ersatz vollwertiger Ambulanzkontakte verstanden werden, sondern als notwendiger und sinnvoller Transformationsprozess im Sinne einer auch in Pandemiezeiten sicheren, modernen und nachhaltigen Versorgung von Menschen mit Diabetes.

Die Sicht der Krankenkassen

Auf die Krankenkassen ist hinsichtlich Finanzierung und unbürokratischer Steuerung im Verlaufe der COVID-19-Pandemie eine Menge an Anforderungen zugekommen. Das Schließen der Filialen im Lockdown hat zu einer neuen Home-Office-Realität und-Kompetenz geführt. Entscheidungen sind z.T. deutlich schneller getroffen worden. Es wurde gezeigt, dass schnell und flexibel auf neue Problemsituationen reagiert werden kann. Mit Blick auf die Diabetes-Versorgung mussten viele Hilfsmittel auch per Versand zur Verfügung gestellt werden. Dass die telemedizinischen Ansätze einen enormen Auftrieb erhalten haben, ist für *Nico Richter* eine bedeutsame Folge der bisherigen Pandemie. Die Bereitschaft, digitale Innovationen zu befördern, sei breiter als zuvor auf allen Seiten verankert, in der gesamten Ärzteschaft, insbesondere auch bei den Diabetologen. Letztere sind losgelöst von Corona bereits sehr weit in der Anwendung von Mess-Systemen mit smarten Ansätzen. Aber auch die Versicherten und Patienten haben dies im Verlauf der Pandemie verstärkt angenommen. Genauere Erkenntnisse über Versorgungsengpässe liegen derzeit noch nicht vor, es spricht aber vieles dafür, dass das System auf nahezu allen Ebenen die Versorgung sicherstellen konnte.

Auffällig ist auch, dass die Videosprechstunden deutlich zugenommen haben, wobei hinsichtlich des Ausbaus noch Anreize zu schaffen sind. Es ist ein Transformationsprozess angelaufen, der Kraft, Zeit und Umstrukturierung kostet und der in Piloten evaluiert werden muss. Dabei sind auch die Förderung der digitalen Kompetenz insbesondere hinsichtlich älterer und multimorbider Menschen und die Verankerung in der Breite starke Herausforderungen, die nicht allein im Wettbewerb zu lösen sind. Hier gibt es kassenübergreifende Initiativen, die digitale Kompetenz von Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Programmen zu steigern. Nach wie vor gibt es noch eine nachvollziehbare Grundskepsis zum Thema Digitalisierung. Dies sei verbunden mit einer Unsicherheit bezüglich des Datenschutzes und des Umgangs mit den Daten der Patientinnen und Patienten seitens der Ärzte. Dies müsse noch in Angriff genommen werden, die Grundskepsis müsse zum Gegenstand der Kommunikation und Lösungen gemacht werden. Es gehe also nicht nur um Kompetenz in der Sache, sondern auch um Sicherheit. Die Möglichkeit, moderne Digitalverfahren im Rahmen der Prävention bei Diabetes einzusetzen, sieht Nico Richter eher schwierig. Diese Hilfsmittel mit präventiven Strategien zu verbinden, sei normativ nicht geregelt. Es ist jedoch eine spannende Perspektivenfrage, die die Krankenkassen gerne aufgreifen. Überhaupt sei es besser und wünschenswert, mit Blick auf innovative Lösungen mit allen Akteuren lösungsorientiert in Kommunikation zu bleiben als darüber nachzudenken, was uns alles von sinnvollen Anwendungen abhält.

Die Sicht der Industrie

Als internationales Industrieunternehmen sieht sich Abbott einer globalen Corona-Pandemie ausgesetzt, die trotz globaler Einflüsse allerdings auf der jeweiligen Länderebene bewältigt werden muss. Das deutsche Gesundheitssystem, das gewisse Rahmenbedingungen vorgibt und Spielräume ermöglicht, erfordert von seinen Akteuren stets den Willen zur Flexibilität, zum kontinuierlichen Lernen und Adaptieren. Dabei ist es nach *Markus Nass* wichtig, dass man sich immer mehr auf die Chancen als auf die Risiken fokussiert. Nur so gelingt es die Herausforderungen, die die gegenwärtige Corona-Pandemie mit sich bringt, im Sinne einer kontinuierlich sicheren und nachhaltigen Patientenversorgung erfolgreich zu meistern. Als Beispiel nennt er die Umsetzung der Sonderregelungen des G-BA und GKV-SV zur rezeptfreien Folgeversorgung. Diese Regelung nennt er essenziell und sehr sinnvoll, um die Patienten ohne jegliche Unterbrechung und ohne das Risiko sich mit COVID-19 zu infizieren, mit dem FreeStyle Libre Messsystem weiter versorgen zu können. Seitens der Mehrheit der Krankenkassen und Institutionen konnte man eine große Bereitschaft spüren, im Sinne der Patienten eine gute Lösung auf den Weg zu bringen und gemeinsam an einem Strang zu ziehen. Leider haben nicht alle Krankenkasse diese Lösung unterstützt und obgleich eine Verlängerung dieser Regelung auch jenseits der Pandemie sehr sinnvoll scheint, ist die Gültigkeit der Regelung aktuell nicht mehr gegeben. Als versorgungsrelevantes Industrieunternehmen hat Abbott daneben aber auch eine gewisse Verantwortung seinen Mitarbeitern gegenüber. So muss selbstverständlich auch der Rahmen geschaffen werden, auf der einen Seite für Sicherheit, Infektionsschutz bei den Mit-

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

arbeitern zu sorgen und etwa die Möglichkeit des Arbeitens von zu Hause einzuräumen und zugleich auf der anderen Seite, die Produktions- und Versorgungsprozesse aufrecht zu halten.

All diese Themen erfordern ständige Lern- und Veränderungsbereitschaft aber auch den Mut zu Kreativität und Innovation – von jedem einzelnen Individuum aber auch unternehmensweit, institutionen- und länderübergreifend und vor allem miteinander im Sinne einer nachhaltig und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung und des Wohlergehens der Patienten – auch jenseits der Pandemie.

Die Sicht der Politik

Im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie hat die Politik nach einigem Hin und Her – von Anfang an in engen Beraterschleifen insbesondere mit Virologen – spürbar freiheitseinschränkende Maßnahmen deutschlandweit verfolgt, die in erster Linie zum Ziel hatten das Gesundheitssystem und hier besonders die intensivmedizinischen Ressourcen nicht über Gebühr zu belasten, wie das z.T. in anderen Ländern geschehen ist. Das ist bislang sowohl unterstützend als kritisch reflektierend gewürdigt worden. Dr. Kirsten Kappert-Gonther stellt klar, dass die Koalition in der Pandemiebekämpfung nicht allein agiert hat. Es ist eine eher positive Erfahrung, dass sowohl die Exekutive wie das Parlament und alle demokratischen Fraktionen gemeinsam zu Entscheidungen kamen. Klare Schutzregelungen und schnelle Rettungsschirme zu implementieren sei das Gebot der Stunde. Wenn es darauf ankommt, arbeiten die demokratischen Fraktionen trotz der politischen Unterschiede gut und zielführend zusammen. Für Kappert-Gonther gibt es bislang zwei Lehren – auch mit Blick auf die diabetische Versorgung – die erwähnenswert sind: Erstens habe man gesehen, dass Gesundheit weit mehr ist als ein individuelles Geschehen. Die Bedingungen, wie wir leben, wie wir wohnen, wie wir arbeiten und lernen, haben einen großen Einfluss auf unsere Gesundheit. Und so ist es auch bei der Entwicklung des Diabetes. Diese Pandemie zeigt, wie wichtig Verhältnisprävention ist. Die Rahmenbedingungen müssen konsequent gesundheitsfördernd ausgerichtet sein. In der Pandemie hat etwa ein Drittel der Bevölkerung an Gewicht zugenommen. Das liegt nicht daran, dass die Menschen auf einmal vergessen haben, wie gesunde Ernährung und Bewegung wirken, sondern dass sich die Bedingungen drastisch verändert haben. All das sind klare Hinweise darauf, dass wir endlich auch eine verbindliche Diabetesstrategie brauchen, die diese grundsätzlichen Alltagsbedingungen in den Blick nimmt.

Ein zweiter Erfahrungsaspekt bezieht sich auf die Versorgung chronisch Kranker. Unser Gesundheitssystem ist hervorragend auf Akutversorgung ausgerichtet. Dabei haben es chronisch Kranke immer etwas schwerer bei der durchlässigen Versorgung. Eine wichtige Erkenntnis, die der Korrektur bedarf, ist die Tatsache, dass sich viele chronisch Kranke, darunter auch Menschen mit Diabetes, nicht mehr in die Praxen und Kliniken getraut haben.

Ein dritter Aspekt zeigt ein relevantes technisches Dilemma auf: Gerade in ländlichen Regionen, wo die analoge Versorgung mit Gesundheitseinrichtungen sowieso reduzierter ist, wo Online- und Digitalformate dringend erforderlich sind, fehlen nicht selten die Netzkapazitäten. Hier muss der Breitbandausbau dringen vorangetrieben werden. Letztlich geht es um einen funktionierenden Dreiklang: Zum einen den Ausbau der digitalen Formate und Tools konsequent weiterführen, zum anderen müsse der analoge Kontakt mit Behandlern und Unterstützern auch unter Pandemiebedingungen durchgehend gesichert werden und drittens muss mehr auf Verhältnisprävention gesetzt werden. Hier brauchen wir klare Rahmenbedingungen wie z. B. verbindliche Zuckerreduktionsprogramme, Deklarationspflichten, aber auch Bewegung, die sich in den Alltag besser integrieren lässt, gutes, gesundes Essen in Kita und Schule.

Fazit der Perspektiven

Eines wurde aus unserer Sicht sehr deutlich: Alle Sichtweisen und Interessensperspektiven stehen sich in keiner weise „unvereinbar" gegenüber. Sie sind im Interesse der Patientinnen und Patienten komplementär ausgerichtet. Die Krankenkassen werden seitens der Politik finanziell über Gebühr strapaziert. Gesellschaftspolitisch bedingte Ausgaben werden noch zu sehr abgewälzt. Es liegt in der Sozialpolitischen Gestaltungskultur Deutschlands, die Sozialversicherungshaushalte eher zu beanspruchen als die durch Steuern und Abgaben gespeisten Staatshaushalte. Die logische Folge aus der politischen Bekämpfung der aktuellen Pandemie mit den enormen Schutzschilden kann nur heißen, dass die Tradition der „Verschiebebahnhöfe" nicht nur aus ordnungspolitischen Gründen zurückgefahren wird. Auch im Interesse der prioritären Finanzierung von Innovationen, die von allen Diskutanten gefordert wurde, wäre das Wünschenswert. Alle direkt Beteiligten an innovativer Versorgung mit Patient*innen-Fokus, Kassen, Ärzte, Therapeuten und sonstige Leistungserbringer und Dienstleister sind gerade in der besonderen Lage einer Pandemie auf Finanzierungsoptionen angewiesen, so dass die Formel nur lauten kann: Das Geld der Versicherten und Patientinnen und Patienten gehört konsequent in die gesundheitliche und medizinische Versorgung und nicht in gesellschaftspolitisch notwendige und im Zweifel ungeplante Staatsaufgaben.

Ein weiterer Aspekt in diesem Fazit ist uns aber auch noch wichtig – sozusagen als verbindendes Element der aufgezeigten Perspektiven – und das ist der überall erkennbare Patientenfokus. Patientinnen und Patienten sind nun mal die finale Konstante, um die es bei allen Bestrebungen geht. Der Fokus allein reicht aber nicht aus. Systematisch müssen die Patienten und deren Erfahrungen auch im Sinne von Befähigungen einbezogen werden, so dass nicht nur Adhärenz und Compliance, sondern auch Awareness und Souveränität wachsen kann, eine lohnenswerte Ressource für mehr Gesundheitsgewinn. ■

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Mehr Frauenexpertise in Spitzenpositionen

Interview mit Antje Kapinsky und Cornelia Wanke

In der Berliner Gesundheitsszene hat sich mit „Spitzenfrauen Gesundheit" eine junge Vereinigung etabliert, deren Anliegen deutlich über die Hauptstadt hinausweist. Das fällt inzwischen auf. Daher haben wir bei zwei der Initiatorinnen und Gründerinnen – Antje Kapinsky und Cornelia Wanke – nachgefragt, welche Mission und praktische Ausrichtung sie und der Verein verfolgen.

Antje Kapinsky
© Foto: lopata/axentis

Cornelia Wanke

Frau Kapinsky, Frau Wanke, sicher ist die Gesundheitsbranche auch ein gewisses Spiegelbild der Gesellschaft, in der die professionelle Rolle und Funktion der Frauen jenseits der Familien unterbelichtet ist. Aber warum „Spitzenfrauen Gesundheit"? Was hat Sie im Kern bewegt das zu initiieren?

Tatsächlich muss Deutschland als sehr rückständig angesehen werden, was die Beteiligung der Frauen an den politisch und wirtschaftlich bedeutsamen Positionen angeht. Im Gesundheitswesen ist die Schieflage besonders groß, weil es dort grob gesagt eine Zweidrittelmehrheit der Frauen gibt, wenn man ihren Anteil an den Beschäftigten insgesamt nimmt. Dennoch ist ihre Partizipation in den Führungspositionen eher noch geringer als in anderen Branchen. Die These, dass es nicht genügend Frauen für Führungspositionen gebe, ist schlichtweg falsch. Unser Ziel ist es insbesondere zu zeigen, dass es sehr viele kompetente Frauen gibt, die im Gesundheitswesen Führungspositionen ausfüllen können und das auch wollen.

Frau Kapinsky, Sie verfügen über langjährige gesundheitspolitische Erfahrung, haben im Bundestag und bei wichtigen Organisationen wie der KBV und aktuell der Techniker Krankenkasse (TK) den gesundheitspolitischen Auftritt mitgeprägt. Ich beobachte, dass mehr und mehr auch Frauen Top-Führungsfunktionen der Krankenkassen und ihrer Verbände bekleiden. Die Leitung des GKV-Spitzenverbandes füllt z. B. Dr. Doris Pfeiffer schon seit geraumer Zeit aus. Was bewegt Sie mit Blick auf die Krankenkassen?

Es ist sehr gut, dass es bereits jetzt einige Frauen an den Schaltstellen der GKV gibt, weil sie eine wichtige Vorbildfunktion erfüllen. Schaut man jedoch genauer hin, so stellt man fest, dass Frauen in Führungspositionen eine Seltenheit sind. Nur 2 von 24 Vorständen der 10 größten Krankenkassen sind Frauen. In den operativen Ebenen unterhalb des Vorstands sieht es oftmals nicht besser aus. Damit verzichten wir bei Entscheidungen häufig auf die Kompetenz und die Perspektive der Frauen. Es ist jedoch durch viele Studien belegt, dass Führungsteams, an denen Frauen in relevanter Zahl beteiligt sind, bessere Entscheidungen treffen. Um die vielen Frauen, die in den Krankenkassen tätig sind, stärker einzubinden, brauchen wir eine gemeinsame Kraftanstrengung mit verschiedenen Ansatzpunkten. Wir müssen dahin kommen, dass eine Kultur entsteht, in der es ganz selbstverständlich wird, viele Frauen in Entscheidungspositionen zu haben.

Frau Wanke, Sie waren u. a. lange Jahre an herausragenden Stellen

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Abb.1: Frauenquoten in Börsenunternehmen

der Verbände der Krankenversicherung aktiv, haben dann als Beraterin und Geschäftsführerin in der Gesundheitswirtschaft zusätzliche Erfahrungen gesammelt. Was ist ihr persönliches Anliegen mit „Spitzenfrauen Gesundheit"?

Mein Motto lautet: Nur, wer sich bewegt, kann auch etwas bewegen. Wir können nicht nur immer die Missstände beklagen, wir müssen auch selbst etwas tun: Mit den Spitzenfrauen Gesundheit können wir etwas bewegen – für uns und für Andere. Wir können der jüngeren Generation von Frauen zeigen, dass es sich lohnt, den Weg an die Spitze einzuschlagen, dass sie mutig sein und sich nicht von Rückschlägen aus dem Tritt bringen lassen sollen. Darüber hinaus werden wir uns über die Spitzenfrauen Gesundheit besser untereinander vernetzen, Banden bilden und nicht zuletzt auch gemeinsam mit anderen Frauenorganisationen politisch für Gehör sorgen. Ganz wichtig ist mir persönlich, dass wir uns nicht gegen Männer, sondern für eine gute Zusammenarbeit von Männern und Frauen engagieren.

Was sind die Aufgaben des Vereins, welche praktischen Dinge bewegen Sie, an wen wenden Sie sich?

Wir wenden uns vorwiegend an die Politik und die gesundheitspolitische Öffentlichkeit. Wir möchten die vielen kompetenten Frauen in der Branche sichtbar machen und erreichen, dass sich auch gesetzliche Rahmenbedingungen ändern. Um möglichst bald eine gleichberechtigte Teilhabe der Frauen zu erreichen, brauchen wir klare Vorgaben, wie es sie seit kurzem zum Beispiel für den GKV-Spitzenverband gibt. Strukturelle Hemmnisse werden letztlich nur dann wirksam abgebaut werden können, wenn die Erfahrungen von Betroffenen in die Gestaltung von Arbeitsbedingungen und Aufstiegschancen einfließen. Wenn wir in das Stadium kommen, in dem die Hälfte der Führungspositionen mit Frauen besetzt ist, werden wir ganz automatisch diesen Kulturwandel erreichen. Davon versprechen wir uns auch Vorteile für die gesundheitliche Versorgung, zum Beispiel durch die sehr viel stärkere Verankerung der geschlechterspezifischen Medizin im realen Versorgungsgeschehen.

Der Verein sieht seine Aufgabe auch darin, die Vernetzung und Förderung von Frauen zu unterstützen. Dazu pflegen wir einen regen Austausch mit anderen Initiativen, die ähnliche Ziele verfolgen. Wenn zukünftig Spitzenpositionen zu besetzen sind, möchten wir dafür Frauen ins Gespräch bringen und für sie werben.

Wer kann denn Mitglied in dem Verein werden? Ich als Mann etwa auch?

Selbstverständlich! Das Besondere an unserem Verein ist, dass er sich an alle Bereiche und Professionen des Gesundheitswesens richtet und für alle Menschen offen ist. Wir wollen auch hier die Sektorenabgrenzung überwinden. Wir erklären uns den großen Zuspruch, den wir erhalten, auch gerade mit diesem übergreifenden Ansatz.

Natürlich brauchen wir dafür auch männliche Unterstützer. Es ist unsere Grundüberzeugung, dass wir unsere Ziele nur gemeinsam mit den Männern erreichen können. Es gibt bereits jetzt viele Männer, die uns unterstützen. Wir hoffen, dass es mehr werden und wir alle gemeinsam daran arbeiten.

Abschließend: Was ist Ihre Vision, was sollte warum erreicht werden mit „Spitzenfrauen Gesundheit"?

Unsere Vision ist ein Gesundheitswesen, in dem vielfältige und kooperative Führungsteams selbstverständlich sind und wir das Gesundheitswesen auf einer breiten Entscheidungsgrundlage weiterentwickeln. Dazu braucht es aus unserer Sicht aber Rahmenbedingungen, die es Männern und Frauen ermöglichen, Familie, Beruf und Freizeit besser in Einklang bringen zu können. Die Corona-Pandemie zeigt, dass, obwohl hier gerade die Frauen eine stabile Säule waren und sind, diese doch oft auch zurückstecken müssen. Wir wollen, dass Frauen die Chance haben, ihre Expertise in ein funktionierendes Gesundheitswesen einzubringen. Wir stehen in den zwanziger Jahren vor großen Herausforderungen, in versorgungspolitischer und ökonomischer Hinsicht. Es ist an der Zeit, die Expertise der Frauen sehr viel mehr zu nutzen, damit wir das gemeinsam schaffen.

Die Fragen stellte Herausgeber Rolf Stuppardt im schriftlichen Interview ■

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

2021

4. HEIDELBERGER FORUM GESUNDHEITSVERSORGUNG

Teilnahme vor Ort oder über den Live-Stream

GESUNDHEIT UND PFLEGE NACHHALTIG NEU GESTALTEN

Hybrid-Veranstaltung am Donnerstag, den 25.2.2021

in der Print Media Academy, Kurfürstenanlage 60, 69115 Heidelberg

Es wird höchste Zeit, die gesundheitliche Versorgung einem Qualitäts-Relaunch zu unterziehen. Nach wie vor bestimmen sektorale Grenzen in akuten wie chronischen Versorgungsfällen das reale Versorgungsgeschehen. Vermeidung, Behandlung, Rehabilitation bei Erkrankungen und Pflege werden – wie auch die Unterstützung beim Leben mit der Erkrankung – nicht als Prozessqualitätsketten gesehen. Patienten sind eher Subjekte dieses Prozesses. Integrative Gestaltung findet nur in Insellösungen und in vereinzelten Verträgen statt. Im Vordergrund stehen kurative und stationäre Versorgung. Prävention, Rehabilitation und Pflege stehen relativ daneben. Was wir brauchen – das lehrt nicht zuletzt auch die Corona-Krise –, ist eine regelhafte integrierte Versorgung, bei der Innovationen und digitale Anwendungen nachhaltig zum Einsatz kommen.

- Wie können wir die sogenannte Regelversorgung praktisch so verändern, dass Patienten sie von der Prävention bis zur Pflege als einen durchlässigen, integrativen Prozess erfahren?
- Wie können Patienten und ggf. ihre Angehörigen aktiv einbezogen werden?
- Was lehrt uns die Corona-Krise?

Mit namhaften ReferentInnen wie **Dr. Bernadette Klapper,** Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart, **Andreas Storm,** Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit, Hamburg, **Roland Engehausen,** Geschäftsführer der Bayrischen Krankenhausgesellschaft, **Dr. h. c. Helmut Hildebrandt,** Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG.

Jetzt anmelden und dabei sein! !!

Weitere Informationen unter:

www.heidelberger-forum-gesundheitsversorgung.de

HEIDELBERGER FORUM GESUNDHEITSVERSORGUNG

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Digitalisierung in der Pflege beginnt bei Angehörigen

Wie edith.care als digitale Assistentin die Organisation der Pflege vereinfacht und Mehrwerte für Angehörige und Versicherungen bietet.

Um was geht es?

Die Anzahl der pflegebedürftigen Personen in Deutschland unterliegt einem stetigen und deutlichen Wachstum. So ist die Anzahl der Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung von 2018 bis 2019 um ca. 8,5 Prozent auf 4,3 Mio. gestiegen. Ein Anteil von ca. 79 Prozent der Leistungsempfänger wird ambulant gepflegt und befindet sich demnach im häuslichen Umfeld. Angehörige übernehmen dann viele organisatorische und pflegerische Aufgaben sowie große Verantwortung, weshalb sie zurecht als größter Pflegedienst Deutschlands bezeichnet werden. Die Rolle der Angehörigen ist in der Pflege von wesentlicher Bedeutung und nicht mehr wegzudenken. Neue, digitale Lösungen sind gefordert, um die Digitalisierung der Pflege auch aus Sicht der Angehörigen voranzutreiben.

Viel Administration, fehlende Orientierung, zu wenig Zeit für die Pflegebedürftigen

Ein plötzlich einsetzender Pflegefall überfordert die Angehörigen, die in dieser schwierigen Situation dringend Unterstützung benötigen: Welche Möglichkeiten habe ich? Wie bekomme ich schnell Hilfe? Welche Leistung steht mir zu? Die fehlende Orientierung wird oft noch verstärkt durch intransparente Bürokratie mit viel Papierkram. Dabei bietet das deutsche Pflegesystem im internationalen Vergleich sehr gute Leistungen zur Verbesserung der persönlichen Pflegesituation. Es wird viel Zeit unproduktiv allokiert, welche für die Pflegebedürftigen fehlt. Digitale Lösungen bieten ein hohes Potential, die Situation in der Pflege zu verbessern.

Wenig Anreize für Innovationen in der Pflegeversicherung

Neben den Angehörigen stehen auch Krankenversicherungen, welche den Pflegeversicherungen gesetzlich zugeordnet sind, unter Druck. Diese müssen dem starken Wachstum in der Pflege mit kundenorientierten und effizienten Lösungen begegnen, damit Pflegebedürftige unverzüglich Leistungen aus der Pflegekasse beziehen können. Sie müssen sich immer effizienter aufstellen und gesetzliche Fristen einhalten um Strafzahlungen aufgrund verzögerter Bearbeitung zu vermeiden. Neben der Pflicht zur Fristeinhaltung und dem Wunsch zur Effizienzsteigerung bestehen in der Pflegeversicherung aufgrund der Strukturen nur wenige Anreize zur Verbesserung der Servicequalität aus Sicht des Angehörigen oder der pflegebedürftigen Person. Gründe dafür sind u. a. der ausgabenorientierte Finanzausgleich, der gesetzlich vorgegebene Beitragssatz sowie einheitliche regulierte Leistungen und fehlender Wettbewerb. Die Versicherungen können sich in der Pflege kaum differenzieren.

Axel Seemann, © Foto: Luehmann, Hamburg

Die Angehörigen – eine neue Zielgruppe für digitale Lösungen

Anders als in der Krankenversicherung steht in der Pflege der Angehörige als Zielgruppe für digitale Lösungen im Mittelpunkt. Nicht nur, dass diese oft keinen Bezug zur Versicherung des Pflegebedürftigen haben, Angehörige erhalten zusätzlich nur erschwerten Zugriff auf wichtige Informationen und keine durchgängige Transparenz über die Pflegesituation. Zudem findet die Gruppe der Angehörigen bislang nur wenig Berücksichtigung in den digitalen Lösungsstrategien der Versicherungen.

Hoher Aufwand – wenig Chancen

Die Entwicklung von Innovationen zur Entlastung von Angehörigen und der

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Abb. 1: Laufende Begleitung durch edith.care

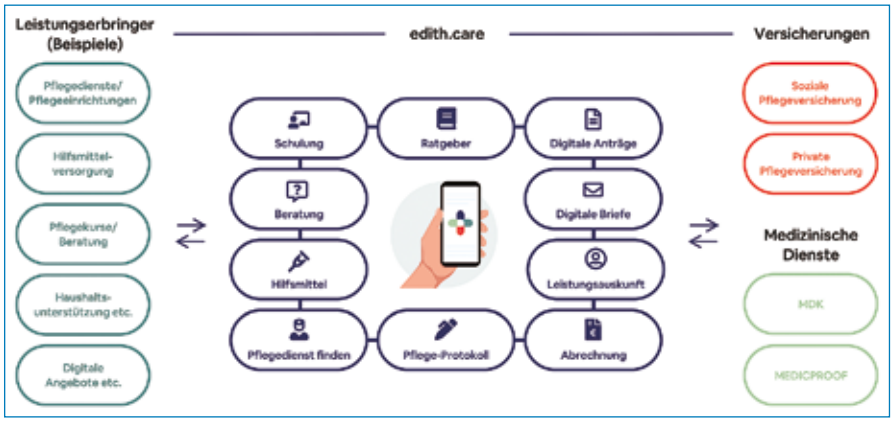


Abb. 2: Skizze edith.care Ökosystem

eigenen Mitarbeitenden bedeuten für einzelne Versicherungen viel Komplexität und hohe Investitionen. Diesen Anstrengungen steht oft nur ein sehr geringer Teil des aktiven Bestandes in der Versicherung als Nutzer gegenüber. Aufwand und Chancen stehen oft in einem wirtschaftlich nicht sinnvollen Verhältnis zueinander.

edith.care löst die Herausforderungen von Angehörigen

Die App von edith.care setzt als zentrale digitale Pflegeassistenz bei den Kernproblemen von Angehörigen und Pflegeversicherungen an, um beide zu entlasten. Sie hilft Angehörigen die Situation der pflegebedürftigen Person zu verstehen, schnell die richtige Unterstützung und Leistung zu finden und zugleich alle Leistungsfragen, Auskünfte und Anträge mit der Versicherung digital zu klären. Liegt z. B. ein Pflegegrad vor, erfährt der Nutzer in der App, welche Leistungen für ihn zur Verfügung stehen und wie er diese in Anspruch nehmen kann. Viele dieser nächsten Schritte kann der Nutzer direkt in der App auslösen. Der Nutzer kann zu jedem Zeitpunkt seiner Pflege „Customer Journey" mit edith.care beginnen. Besteht beispielsweise bereits der Anspruch auf eine Wohnumfeldverbesserung, so findet edith.care den richtigen Berater und Dienstleister zur Umsetzung in der Nähe und kann notwendige Antrags- oder Abrechnungsdaten direkt an die Pflegeversicherung übermitteln. Die Ergebnisse können künftig ebenso über die App empfangen werden. So werden Angehörige kontinuierlich bei der Bewältigung der Pflegesituation unterstützt.

Die Grundlage für digitale Wertschöpfungsketten beim Nutzer legen

edith.care stellt sicher, dass alle relevanten Informationen digital und sicher mit der Versicherung ausgetauscht werden, um nachgelagerte Prozesse zunehmend zu digitalisieren und zu beschleunigen. Dadurch wird die Grundlage bereits beim Nutzer gelegt, künftig ganze Wertschöpfungsketten in der Pflege administrativ zu digitalisieren und alle Beteiligten zu entlasten. So wird mehr wertvolle Zeit gewonnen, die für die Pflege von Mensch zu Mensch gebraucht wird.

Übergreifende Lösung für alle Pflegeversicherungen mit individueller Integration

edith.care ist ein unabhängiger Service und offen für alle gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen. Sie können individuell mit eigenen Leistungsangeboten im Kontext ihrer Marke integriert werden und über flexible Schnittstellen alle Antragsdaten, Leistungsinformationen, etc. zum Pflegefall mit dem bevollmächtigten Angehörigen austauschen. Es entfällt die Entwicklung von komplexen und teuren Individuallösungen in langlaufenden Projekten. Pflegeversicherungen können so unmittelbar für ihre Kunden einen neuen digitalen Assistenten für die Pflege anbieten.

Vernetzung von Stakeholdern & Angeboten zu einem Pflege-Ökosystem

Um dem Nutzer künftig die richtigen verfügbaren Leistungen anbieten zu können und auch eine Digitalisierung des Zusammenwirkens aller Akteure rund um die pflegebedürftige Person umsetzen zu können, ist die Entwicklung zu einem digitalen Pflege-Ökosystem für edith.care das logische langfristige Ziel, von dem alle profitieren. Zu diesem Zweck werden laufend weitere Versicherungspartner und Leistungserbringer integriert, wie z. B. Pflegeberatungsangebote, Pflegedienst- und Einrichtungssuche, Hilfsmittelversorger so-

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

wie weitere Unterstützungsangebote, wie Fahrservice oder Haushaltshilfen. Dabei können spezifische Leistungs- und Hilfsangebote der Versicherungspartner berücksichtigt werden.

Die App von edith.care verfügt heute bereits über wesentliche Funktionen, welche laufend weiterentwickelt werden. So werden alle Parteien immer besser integriert und zunehmend Mehrwerte für Angehörige und Pflegeversicherungen geschaffen.

Wer profitiert wie davon?

Orientierung und Kontrolle für Angehörige in der persönlichen Pflegesituation

Es ist nicht so, dass Angehörige, die sich um eine pflegebedürftige Person kümmern und diese betreuen, allein gelassen werden. Entlastungsangebote für pflegende Angehörige umfassen beispielsweise umfangreiche Beratungsangebote, die Inanspruchnahme einer Verhinderungs-, Tages- oder Nachtpflege. Vielen Angehörigen sind diese Angebote nicht bekannt oder sie sind zu sehr überlastet. Dieser Überlastung kann mit digitalen Assistenten wie edith.care entgegengewirkt werden. Dadurch gewinnen die Angehörigen mehr Orientierung, Kompetenz und Kontrolle bei allen Schritten in der Pflege.

Laufenden Unterstützung und weniger Administration

Durch die kontinuierliche Begleitung und Digitalisierung aller Abläufe sinkt der Organisationsaufwand rund um die Pflege erheblich und es bleibt mehr Zeit für die zu pflegende Person. Nicht zu vernachlässigen ist die mobile Anwendbarkeit eines solchen digitalen Assistenten, um die Möglichkeit zu schaffen, dass Aufgaben jederzeit und überall, beispielsweise in der Wohnung der Pflegebedürftigen, erledigt werden können.

Versicherungen profitieren von einem verbesserten Kundenservice und einer Entlastung durch weniger Anfragen und mehr Automatisierung

Für die Versicherung steht eine Entlastung des Leistungsbereichs im Fokus, um das zukünftige Marktwachstum effizient abbilden zu können. Mit edith.care werden proaktiv viele Kundenanliegen direkt fallabschließend geklärt, sodass weniger Anfragen den Versicherer erreichen. Durch den digitalen Austausch von Anträgen, Dokumenten und Leistungsinformationen zwischen Nutzern und der Versicherung werden bürokratische Verwaltungsprozesse reduziert und beschleunigt. Mit den elektronisch übermittelten Daten können Versicherungen nahtlos weiterarbeiten und beispielsweise direkt mit der Beauftragung des Medizinischen Dienstes zur Pflegebegutachtung beginnen. Ein Vorteil, der direkt auf das Thema der Interoperabilität einzahlt und auch bei den Nutzern positiv durch eine schnellere Bearbeitung wahrgenommen wird. Die App von edith.care ist eine sinnvolle Ergänzung des bestehenden digitalen Leistungsangebotes und kann von allen sozialen und privaten Pflegeversicherungen gegen eine nutzungsabhängige Service-Gebühr eingesetzt werden.

Was ist zu Qualität, Sicherheit und Evidenz zu sagen?

Tatsächliche Akzeptanz des Nutzers bewertet die Qualität von neuen digitalen Angeboten

Der Mehrwert einer neuen Lösung für den Kunden erscheint in der Regel sehr naheliegend und offensichtlich. Tatsächlich entscheidend ist die wirkliche Nutzung durch den Anwender: Wird ein reales Problem des Kunden gelöst oder eher der Versicherung? Ist der Mehrwert nachhaltig? Würden Kunden die Lösung wieder nutzen weil sie müssen oder weil sie überzeugt sind? Würden Kunden die Lösung weiterempfehlen? Eine positive Beantwortung dieser Fragen ist ein klarer Indikator für eine akzeptierte und nachhaltige Lösung.

Häufige Weiterempfehlung und Zufriedenheit der edith.care Nutzer

Zur Bewertung der Akzeptanz der App von edith.care haben unabhängig voneinander ein Versicherungspartner und wir von edith.care eine Kundenbefragung durchgeführt. Befragt wurden aktive Nutzer der App, welche ihre Leistungsansprüche mit der Versicherung über edith.care geklärt haben – mit positivem Ergebnis: So wurde auf einer Skala von 1 – 10 die Zufriedenheit und der Nutzen der App mit durchschnittlich 9.3 bewertet sowie Übersichtlichkeit und Transparenz mit 9.9. Zudem wurde edith.care als vertrauenswürdiger und kompetenter Partner der Versicherung mit einem Wert

Abb. 3: Screenshot-Beispiel der App

von 9.8 bewertet. Der Weiterempfehlungsindex (Net Promoter Score) betrug über alle Nutzer durchschnittlich 9.3 (0 – 10), was positiv zu bewerten ist.

Diese Ergebnisse unterstützen den WIN-WIN-Ansatz von edith.care: für Angehörige und pflegebedürftige Personen eine vollständige Unterstützung zur Lösung aller Herausforderungen in der Pflege zu bieten und für Pflegeversicherungen die Digitalisierung zu beschleunigen und gleichzeitig eine Entlastung in einem stark wachsenden Markt zu schaffen.

Hohes Maß an Datenschutz und IT-Sicherheit

edith.care ist für die Datenverarbeitung eigenverantwortlich. Die Architektur der edith.care App und vor allem der Back-End Systeme wurde von Beginn an in Hinblick auf die Sicherstellung von sehr hohen Sicherheitsanforderungen konzipiert. Die verschlüsselte Speicherung und Verarbeitung aller personenbezogenen Daten in Deutschland (nach u. a. ISO-27001) ist genauso selbstverständlich wie eine verschlüsselte Datenübertragung und die Verwendung von

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Mehr-Faktor-Authentifizierungen. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich DSGVO konform. Zudem wird der Nutzer im Zuge der Registrierung umfangreich hinsichtlich der Datenverwendung aufgeklärt, bevor er die notwendige Zustimmung erteilt.

Gibt es praktische Anwendungen und Erfahrungen?

Die App von edith.care ist zum Download für alle Android- und iOS-Geräte verfügbar und wird laufend weiterentwickelt. edith.care ist heute bereits fester Bestandteil des digitalen Leistungsangebotes in der Pflege der Signal Iduna Versicherung. Über 30 Prozent der Angehörigen nutzen edith.care um ihren Leistungsanspruch zu klären. Alle Antragsdaten werden nebst Vollmacht und Einwilligungserklärungen inkl. Unterschriften ausschließlich digital direkt über die Versicherung an das Begutachtungsunternehmen MEDICPROOF übertragen. Die Prozesse wurden dadurch für alle Beteiligten erheblich vereinfacht, wodurch ein Proof of Concept am Markt gezeigt werden konnte. Derzeit befinden sich drei weitere private Versicherungen in einer Testphase. Aufgrund der einheitlichen gesetzlichen Regelung in der Pflegeversicherung kann die Lösung ebenso in der sozialen Pflegeversicherung eingesetzt werden. Erste Pflegeversicherungen der gesetzlichen Krankenkassen befinden sich bereits in der Vorbereitung für einen Test mit edith.care.

Ein weiterer praktischer Nutzen von edith.care als übergreifende digitale Lösung zeigte sich auch am folgenden Beispiel: Im Zuge der COVID-19-Pandemie wurden die Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ohne Hausbesuch, das heißt auf der Grundlage eines Telefoninterviews „als digitale Begutachtung" mit der pflegebedürftigen Person durchgeführt. Versicherer waren aufgefordert, weitere Informationen über den pflegebedürftigen Kunden einzuholen. In kürzester Zeit war es uns mit einer kurzen Befragung in der App zum Unterstützungsbedarf der pflegebedürftigen Person möglich, sowohl die Antragsteller auf den geänderten Begutachtungsablauf vorzubereiten, als auch dem Gutachter alle relevanten Zusatzinformationen zur Verfügung zu stellen.

Wer sind die Macher und wie bekommt man Kontakt?

Über den Autor:
Axel Seemann ist Geschäftsführer der edith.care GmbH und hat BWL in Deutschland und den USA studiert. Nach ersten Stationen in der Digitalbranche zwischen 1999 und 2002 hat er seine erste unternehmerische Erfahrung beim Aufbau einer eigenen Unternehmensberatung mit Schwerpunkt Telekommunikation und eCommerce gesammelt. Zwischen 2011 und 2017 gründete er zwei ReCommerce Unternehmen zur Etablierung von Kreislauf-Ökosystemen im Fashion Segment. Seit 2018 beschäftigte er sich als Berater bei der SDA SE mit unterschiedlichen Geschäftsmodellen im Versicherungs- und Gesundheitssektor, woraus 2019 edith.care in Zusammenarbeit mit der Signal Iduna und der msg systems entstand.

Über den Co-Autor:
Christian Klann ist studierter Gesundheitswissenschaftler von der Technischen Universität München. Sein Interesse gilt den digitalen Innovationen im Gesundheitswesen, die Mehrwerte für alle Beteiligten an der Versorgung bieten. Seit Mai 2020 arbeitet er als Entrepreneur in Residence für edith.care.

Über edith.care:
Die edith.care GmbH wurde mit Sitz in Hamburger Mitte 2019 gegründet. Ein wachsendes Team von etwa 15 Mitarbeitern hinterfragt jeden Tag etablierte Abläufe und Lösungen im Pflegemarkt um diesen zu vereinfachen: Für Angehörige, pflegebedürftige Personen und Krankenversicherungen. Dabei unterstützen uns unsere starken Gesellschafter SIGNAL IDUNA Gruppe und msg systems AG mit einer langfristigen Perspektive – operativ, strategisch und finanziell.

Kontakt: Axel Seemann (Geschäftsführer – CEO)
Firma: edith.care GmbH
E-Mail: partner@edith.care
Website: www.edith.care/partner

medhochzwei

Jorzig/Matusiewicz (Hrsg.)

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Das Buch liefert einen erstmaligen systematischen Überblick über das Themenfeld Digitale Gesundheitsanwendungen. Neben den Technologien geht es hier vor allem auch um die „digitalen Köpfe" dahinter. Nach einer Einführung werden die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie das Bewertungsverfahren in kurzer Form zusammengefasst, die Themen Datenschutz und Datensicherheit beschrieben und es folgt anschließend ein Ausblick auf die Versorgungsrealität. Im zweiten Teil des Buches werden die Perspektiven der einzelnen Akteure näher betrachtet – insbesondere die der Krankenversicherung als Kostenträger, der Ärzteschaft, der pharmazeutischen Industrie sowie der einschlägigen Spitzenverbände. Im letzten Teil geht es schließlich genauer um die Menschen hinter den Technologien, die in Form von Interviews Einblicke in ihre digitalen Gesundheitsanwendungen geben.

ca. 260 Seiten. Softcover. 69,99 €. ISBN 978-3-86216-761-6 www.medhochzwei-verlag.de

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Diskussion

Integrierte Versorgung regelhaft verankern

Nachdem in den Ausgaben Juli/August und September ein Autorenkollektiv das Thema Integrierte Versorgung in Deutschland mit einer Status-Quo-Analyse und mit entsprechenden Gestaltungs- und Lösungsvorschlägen zur Diskussion gestellt hat, haben uns eine Reihe von Kommentaren und Stellungnahmen erreicht. Die Diskussion dazu begann in Heft zehn und wird an dieser Stelle fortgeführt.

Ja! Aber wie?

Thomas Lemke, Vorstandsvorsitzender Sana Kliniken AG

Corona hat – Stichwort Telemedizin – gezeigt, dass mehr geht als wir alle dachten. Warum nicht also die Krise als Chance nutzen.

Integrierte Versorgung ist der Dauerbrenner gesundheitspolitischer Diskussionen. Leider nur auf Kongressen. In der Versorgungspraxis beschränkt sich integrierte Versorgung auf zaghafte Netzwerkansätze oder das viel beschriebene „Gesunde Kinzigtal". Helmut Hildebrandt u. a. wollen diesem Sedierungszustand ein Ende bereiten und skizzieren, wie der Ausbruch aus der Gefangenschaft der Zentralbürokratie gelingen kann.

Aber: Auch wenn die Richtung stimmt, kommt es darauf an, welchen Weg wir einschlagen, um eine integrierte regionale Versorgung attraktiv machen zu können. Deswegen einige Do's and Dont's auf dem Weg dorthin.

Divergenz von Finanzierung und Planung

Eine wesentliche Ursache, Kritiker würden von einem Dilemma sprechen, für die Zuspitzung der Entwicklung der letzten Jahre liegt in dem bundeseinheitlichen Finanzierungsrahmen inkl. aller ergänzender Regelungen (G-BA) und der föderalen Verantwortung der Länder für die Umsetzung einer bedarfsgerechten Planung und der Bereitstellung der Investitionsmittel. Der bundeseinheitliche Finanzierungsrahmen wurde in der jüngsten Vergangenheit immer mehr dazu genutzt, um die fehlenden Strukturreformen in den Regionen (allerdings bei unterschiedlicher Notwendigkeit bzw. Betroffenheit) indirekt herbeizuführen. Dieser kalte Strukturwandel zeigte bereits signifikante Auswirkungen. Die Zahl der Insolvenzen im Klinikbereich erreichte 2019 seinen bisherigen Höhepunkt.

Vor diesem Hintergrund muss bei der Umsetzung des Konzeptes daran gearbeitet werden, dass die Finanzströme in Form der im Konzept entwickelten „RIV-Verträge" mit der zu finanzierenden Struktur synchronisiert werden. Folglich muss die Frage nach der inhaltlichen und regionalen Ausgestaltung der Strukturen (früher Bedarfsplanung) zuerst geklärt werden, bevor über die Finanzierung entschieden wird.

Abgrenzung der Region

Da der regionale Zuschnitt ein wesentlicher Erfolgsfaktor in diesem Konzept sein wird, muss an der Abgrenzung der

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Versorgungsregionen gearbeitet werden. Je nach Bevölkerungsstruktur, ländlich oder urbaner Raum ist eine Versorgungsregion zu definieren. Erfahrungsgemäß sollten die unterschiedlichen Versorgungsstufen inkl. der ambulanten Strukturen in solch einer Musterregion gebündelt werden. Offenkundig müsste man über die bestehenden Grenzen von Gebietskörperschaften (Landkreise etc.) hinausdenken.

Etablierung der Gesundheitskonferenzen

Den Anspruch der Autoren nach einer breiten demokratischen Legitimierung kann man verstehen und nachvollziehen. Bei der bereits heute erkennbaren Komplexität der systemischen Zusammenhänge erscheint die vorgeschlagene Zusammensetzung wenig praktikabel. Die Sicherstellung klarer Entscheidungen muss unbedingt gewährleistet sein. Bei der Problemanalyse von nicht funktionierenden Fragestellungen (unabhängig davon, ob diese wirtschaftlicher oder qualitativer Natur sind), stößt man bereits heute auf die fehlende Expertise in den relevanten Gremien, die zum Beispiel kommunale Klinikstrukturen beaufsichtigen und weiterentwickeln sollen. Wie in anderen Ländern zu beobachten, sollte man daher eher in Richtung Expertengremien denken.

Zu den vorgeschlagenen vertraglichen Beziehungen der „Innovativen Gesundheitsregion" ist vor dem Hintergrund des Gesamtkonzeptes der Empfehlungscharakter bzgl. Leistungsbausteinen durch die Gebietskörperschaften zu hinterfragen. Entweder man definiert vor dem Hintergrund regionaler Besonderheiten die Versorgungsangebote bzw. sicherzustellenden Leistungsumfänge und setzt damit den vertraglichen Rahmen. Oder man entscheidet sich für ein floatendes System mit unlimitierten bzw. unspezifischen Angebotsanforderungen. Dies wiederum würde aber wahrscheinlich zu Fehlsteuerungen führen, da die Leistungsanbieter aller Art der Versuchung erliegen könnten, lukrative urbane Regionen mehr zu bespielen als den ländlichen Raum.

Finanzierungsanreize und Verhaltenssteuerung

Auch wenn es in den öffentlichen Debatten stets verneint wird, über Erfolg oder Misserfolg derartiger Reformüberlegungen wird im Wesentlichen über die ökonomischen Anreizmechanismen für alle Akteure entschieden. Den Autoren des Konzeptes dürfte dies klar sein, anders sind die grundlegenden Überlegungen zur Finanzierung nicht zu verstehen.

Vollkommen unabhängig von vielen ordnungspolitischen Fragestellungen wie zum Beispiel die der Finanzierungsquellen (Beiträge von Versicherten oder Steuermittel) ist die Be- oder Erkenntnis zu begrüßen, dass ein verlässlicher Investitionsrahmen geschaffen werden muss, der eine Refinanzierung von Investitionen ermöglicht. Wenn man Leistungsanbieter zu mehr Versorgungsstabilität, mehr Qualität und auch mehr Patientenorientierung animieren möchte, muss dies mit der Möglichkeit der Erwirtschaftung einer akzeptablen Erfolgsrendite einhergehen können. Ohne dem wird es nicht funktionieren. Die Vorstellung von planwirtschaftlichen und auf Selbstkostendeckung beruhenden Strukturen wird geradezu in die Sackgasse führen. Man muss an dieser Stelle noch nicht einmal die objektiven Fakten, wie Ressourcenmangel (personeller, finanzieller und struktureller Art vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung) bemühen. Vielmehr müssen die Akteure der regionalen Netze im Wettbewerb zu anderen regionalen Strukturen sich stets in Sachen Qualität und Wirtschaftlichkeit behaupten. Dies gilt umso mehr, als dass das in Deutschland über eine lange Historie gewachsene Prinzip der freien Arzt- bzw. Klinikwahl (unabhängig von allen Versuchen dies regulatorisch einzuschränken) sich mehr als bewährt hat.

Nachzudenken wäre an dieser Stelle, ob man für Pilotregionen an Stelle einer vorgeschlagenen Zu- und Abschlagsfinanzierung nicht mit globalen Budgets arbeiten könnte, die populationsbezogene Kosten pro Einwohner vorgeben. Die Idee einer Anschubfinanzierung bei späterer Rückzahlung kann man nachvollziehen. Allerdings könnte es zu gravierenden Fehlanreizen führen, da Personen, die sowohl politische als auch operative Verantwortung in den Netzwerken übernehmen nach vielfältiger Erfahrung der Praxis kurzfristige Ziele lieber verfolgen als Ziele, die ggf. in ferner Zukunft liegen. Damit besteht die Gefahr, dass die Phase der „Anschubfinanzierung" missbräuchlich im Sinne der Schaffung nachhaltiger Versorgungsstrukturen verwendet wird.

Transparenz und Qualitätsmessung

Für eine nachhaltige Akzeptanz derartiger Modelle sollte man unbedingt über Mechanismen nachdenken, die sowohl die Strukturen als auch die Finanzströme für die Öffentlichkeit transparent erscheinen lassen. Einzelnen Interessengruppen des Gesundheitswesens ist es heutzutage vor dem Hintergrund eines Dickichts von unübersichtlichen Regelungen des komplexen und auf Bismarck zurückgehenden SGB V ein Leichtes, plakativ aber leider nicht faktenbasierend Themen zu platzieren, die zu weiteren Fehlentwicklungen führen.

Für die Akzeptanz der Umsetzung der in Rede stehenden regionalen Versorgungskonzepte sollten umfangreiche Auflagen zur Transparenz flankierend entwickelt werden. Nicht nur die Frage, wieviel Geld in den Netzwerken für welche Art von Versorgung ausgegeben wird, sondern auch die Fragen nach der Versorgungsqualität müssen breiteren Raum einnehmen.

Die Implementierung und Nutzung von PROMs (Patient reported outcome measures) sollte eine viel stärkere Bedeutung erlangen als bisher. Insbesondere bei der Frage, ob Patienten ihre wohnortnahen Angebote annehmen (wollen) oder andere regionale Netzwerke in Anspruch nehmen wird zukünftig noch viel stärker als bisher von dem qualitativen Outcome der angedachten integrierten Angebote abhängen.

Viele Aspekte und Vorschläge zur inhaltlichen Ausgestaltung der Versorgungsidee der Autoren lohnen sich weiterzuentwickeln. Hierfür gilt es, einen breiten Diskurs anzuregen und offen für Argumente zu sein. ■

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Ein wichtiger Impuls zur richtigen Zeit

Dr. Layla Distler, Leiterin Koordinierungsstelle im Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg

Dem Autorenkollektiv ist ein sehr interessanter Aufschlag gelungen, die Versorgung neu zu denken. Auch der Blick auf die AutorInnen zeigt, dass man bei diesem Konzept wichtige Stakeholder gewinnen konnte. Dr. Helmut Hildebrandt ist mit dem „gesunden Kinzigtal" ein wichtiger Wegbereiter für die integrierte Versorgung. Mit Dr. Christopher Hermann, dem ehemaligen Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg, hatte er von Beginn an einen Partner, der diesen Weg mit ebenso viel Mut und Weitblick begleitet hat. Und auch Dr. Bernadette Klapper, die für Gesundheitspolitik Verantwortliche der Robert Bosch Stiftung, hat ihre weitreichende Expertise eingebracht. Mit den PORT Projekten und dem Projekt Neustart, die auch in Baden-Württemberg realisiert werden, tasten wir uns vor in der Frage, wie wir das Gesundheitswesen vom (zentralisierten) Kopf auf die dezentralen Füße stellen könnten. Dabei bringt sie insbesondere die so elementare Pflegeperspektive mit ein. Die AutorInnenmischung von Theoretikern und Praktikern hat mit dem Konzept einen spannenden Weg vorgezeichnet.

Zukunftsfähigkeit, Realismus, regionale Verankerung

Das Papier ist umfangreich, deswegen soll an dieser Stelle nur unterstrichen werden, was aus unserer Sicht die wichtigen Ansatzpunkte sind: Zukunftsfähigkeit, weil einerseits die demografische Entwicklung der Bevölkerung, aber auch die Demografie und die Wünsche der jungen Beschäftigten im Gesundheitssystem anders sind als derjenigen, die jetzt ausscheiden. Zukunftsfähigkeit heißt aber auch, dass neue Ansätze für die Gesundheitsversorgung, also das Zusammenwirken der Ärzteschaft, die Aufwertung, Integration und damit auch bessere Honorierung und mehr Freiheitsgrade der nichtärztlichen Gesundheitsberufe wichtig sind. Elemente wie Case Management, die Adaption neuer Technologien, Telemedizin, digitale Patientenakten und Künstliche Intelligenz müssen alle dort integriert werden können, wo sie erforderlich und erwünscht sind. Realismus, weil das Papier von Annahmen ausgeht, die lange bekannt sind, aber oft unter den Tisch fallen. Sicherlich haben wir ein sehr gutes Gesundheitssystem im weltweiten Vergleich. Nichtsdestotrotz ist der „Outcome", sprich der Gesundheitszustand der Bevölkerung, nicht so gut, wie die hohen Kosten, die in unser System fließen, es vermuten lassen. Die Gelder fließen also nicht an die richtigen Stellen, um die Gesunderhaltung der Gesellschaft zu erhalten. Zudem scheiden in den nächsten Jahren eine Vielzahl an ÄrztInnen altersbedingt aus dem Dienst aus. Wir haben landauf, landab einen sich verstärkenden Pflegemangel zu verzeichnen. Und die Gesundheitsberufe haben ein massives Nachwuchsproblem, weil die Beschäftigung für SchulabgängerInnen nicht gerade attraktiv ist. Es müssen also alle Kräfte, Ideen und Ansätze mobilisiert werden, um gemeinsam neue Wege zu gehen.

Weitere wichtige Aspekte sind die regionale Verankerung und die zu stärkenden Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Diese sind in Baden-Württemberg bereits gesetzlich verankert und etablieren sich zunehmend als wichtige Akteure in der Gestaltung der regionalen Versorgung. Sie zu stärken ist ein zukunftssicherndes und sicherlich lohnenswertes Unterfangen. Für Kommunen ist eine adäquate und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung essenziell für das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der dort lebenden Menschen. Städte, Gemeinden und Landkreise sehen sich vermehrt dem Anspruch und der Herausforderung gegenüber, Vorschläge für innovative Versorgungsstrukturen für ihre jeweilige Region erarbeiten zu müssen. Dazu braucht es interkommunale und interdisziplinäre Ansätze und die Einbeziehung der Menschen vor Ort sowie aller zivilgesellschaftlicher Akteure, um dieses Vorhaben erfolgversprechend zu gestalten. Für diese komplexe Aufgabe sind Unterstützungsstrukturen und -möglichkeiten für die Kommunen nötig. Der Vorschlag lautet: Regionale Gesundheitskonferenzen beraten die politischen Entscheider, die ihrerseits eine Managementgesellschaft beauftragen, eine gute Gesundheitsversorgung vor Ort zu organisieren.

Anreizsysteme als sinnvoller Weg

Ein Anreizsystem für Krankenkassen und Leistungserbringer zu schaffen, das die bedarfsgerechte Versorgung belohnt, erscheint also als sinnvoller Weg die oben beschriebenen Finanzflüsse hin zu den Bedarfen der PatientInnen zu lenken. Gesunderhaltung einer Gesellschaft erhält man nur mit einer Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention. Dafür Anreize zu setzen würde sich langfristig auszahlen. Genau dafür ist die langfristige und nachhaltige Perspektive des Konzepts gut geeignet. Denn Gesundheitsförderung und Prävention produziert keine schnellen Ergebnisse. Und eine Umgestaltung des Gesundheitssystems benötigt einen langen Atem, auch wenn das Konzept richtigerweise auch stark auf die Förderung des Fortschritts und der Innovationen setzt. Diese Umgestaltung des Systems kann nur gelingen, wenn die dort beschäftigen Akteure auch eine Aussicht auf Wirtschaftlichkeit haben.

Wer ein System mit vielen Akteuren und oftmals divergierender Interessen transformieren will, muss die Engagierten – und die gibt es in allen medizinischen und pflegerischen Professionen und in allen Versorgungssektoren im Gesundheitswesen – gewinnen und sich auf ein Modell verständigen, das umsetzbar ist und zu funktionieren verspricht.

Die Lehren, die wir aus Corona ziehen, sind weit weniger komplex als die sektorenübergreifende Versorgung vermuten lassen würde. Wir brauchen mehr Telemedizin, und wir haben gesehen, dass im Bereich der Digitalisierung so viel mehr möglich ist, als wir es für möglich gehalten hatten: die Zentralisierung der Kliniken, wo sie nötig ist, mehr Ambulantisierung, mehr Vernetzung, mehr Koordination.

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Entspricht dem Leitbild sektorenübergreifender Versorgung in Baden-Württemberg

Das Leitbild der sektorenübergreifenden Versorgung in Baden-Württemberg – das zum Schluss – entspricht dem der Autorinnen und Autoren. Regionalisierte Versorgungslandschaften, in denen ambulant und stationär sowie pflegerisch die Kapazitäten vorgehalten werden, die notwendig und damit bedarfsgerecht sind. Gute Versorgungsqualität lebt aber auch immer vom Geist und dem Engagement der Menschen, die die Arbeit tun. Dafür müssen ihnen finanzielle Wertschätzung und die institutionellen Spielräume zugestanden werden, die sie dafür benötigen.

Eines scheint klar: Neue Erkenntnisse der Medizin und der Versorgungsforschung führen zu dauernden Verschiebungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Neue therapeutische Ansätze, Case Management gerade bei chronischen Krankheiten benötigen verbindliches und ergebnisbezogenes sektorenübergreifendes und interprofessionelles Arbeiten. Das Gesundheitswesen der Zukunft wird eines sein, in dem kontinuierliche Veränderung nicht nur notwendig, sondern auch möglich ist, um den hohen Qualitätsanspruch unseres Gesundheitswesens weiterhin gewährleisten zu können.

In diesem Sinne ist der Autorenbeitrag ein erster Aufschlag, der der Konkretisierung und Weiterentwicklung bedarf. Wer kann, wer muss wofür die Verantwortung übernehmen? Welche Chancen, welche Risiken sind damit verbunden? Wir blicken gespannt auf die weitere Diskussion. ■

Regional und digital kein Widerspruch

Prof. Dr. iur. Alexandra Jorzig, Professorin für Sozial- und Gesundheitsrecht IB Hochschule Berlin, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht, Berlin

Mit der integrierten Versorgung, die im SGB V verankert ist, wurde die sektorenübergreifende Versorgung im Gesundheitswesen implementiert. Hierdurch sollte ein Zusammenwirken der verschiedenen Sektoren im Gesundheitswesen erreicht werden, um die Versorgung qualitativ hochwertiger bei gleichzeitiger Kostenreduktion zu machen. Die Idee der sektorenübergreifenden Versorgung war schon in den 1970er Jahren entstanden, eine Umsetzung erfolgte jedoch erst durch die Gesundheitsreform 2000. Richtig an Fahrt nahm das Ganze jedoch erst mit dem GKV-Modernisierungsgesetz auf. Danach konnten Leistungserbringer und Krankenkassen auch ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge zur Integrationsversorgung unmittelbar miteinander abschließen. Diese Möglichkeit wurde 2015 durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz durch den Innovationsfonds zur Förderung der integrierten Versorgung und der Versorgungsforschung noch einmal bekräftigt und befördert. Dieser Fonds fördert seit 2016 innovative, sektorenübergreifende Versorgungsformen.

Zu Innovationen, die sektorenübergreifend sind, gehört sicher auch die digitale Medizin bzw. die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Digitale Medizin ist innovativ und nicht selten auch sektorenübergreifend, da gänzlich neue Wege aufgezeigt werden wie z. B. Robotik, KI und Digitale Gesundheitsanwendungen zeigen. Diese integrieren häufig ambulant wie stationär und binden diverse Akteure wie Ärzte und sonstige Gesundheitsfachberufe ein. Digitale Medizin macht gerade vor Sektorengrenzen nicht Halt, sondern versucht exakt diese zu überwinden.

Digitalisierung ist nicht regional begrenzt: Ein Widerspruch?

Erstens ist dies gewollt und zweitens ist dies auch mit den Tools der Digitalmedizin ohne Weiteres möglich. Allerdings ist Digitalisierung nicht regional begrenzt. Genau das Gegenteil wird mit Digitalisierung erreicht. Die Digitalisierung ermöglicht es Raum und Zeit aufzulösen. Da kann z. B. eine Uniklinik einer Großstadt per Telemedizin die ärztliche Versorgung in einem abgelegenen Landstrich übernehmen und sich quasi live hinzuschalten. Und wie sich gerade unter der Corona-Pandemie zeigt, hat die Digitalisierung im Gesundheitswesen einen erheblichen Schub erfahren. Sämtliche Akteure des Gesundheitswesens nehmen spürbar zur Kenntnis, dass z. B. durch Telemedizin Barrieren überwunden werden und sogar Spitzenmedizin in den ländlichen Bereich gebracht werden kann. Insofern macht das Modell der innovativen integrierten Versorgung auf regionaler Ebene erst einmal stutzig. Es steht im diametralen Gegensatz zur digitalen Medizin. Ist dies ein Widerspruch?

In dem Autorenpapier wird an diversen Stellen zwar auch die Digitalisierung des Gesundheitswesens erwähnt, jedoch nicht in der Bedeutung, die sie eigentlich einnehmen sollte. Denn: Die Digitalisierung wird ohnehin zu einer Veränderung der Möglichkeiten und Vorgehensweisen führen und somit sollte diese Innovation dringend zur Neuausrichtung genutzt und integriert werden. Es lassen sich dadurch sehr andere, neue Wege beschreiten, die gerade dem Sinn einer integrierten Versorgung entsprechen. Mit der Digitalisierung wird eine sektorenübergreifende Tätigkeit sehr erleichtert. Viele Akteure des Gesundheitswesens können ohne Weiteres, d. h. also ohne große Hürden oder Barrieren zusammenwirken, Daten austauschen, Transparenz schaffen, Tools nutzen etc. Und gerade strukturschwache Regionen, in denen kaum mehr Ärzte zugegen sind, geschweige denn entsprechende Fachärzte, kann die Digitalisierung zu stärkerer Integration dieser Regionen in ein bestehendes gut versorgtes regionales Netz verhelfen. Dies alles führt zur Kostenreduktion, da Ressourcen gebündelt werden und Zeitersparnisse eintreten. Schließlich führt dies zu höherer Patientensicherheit.

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Sicherlich gibt es regionale Besonderheiten, wie auch in dem Autorenpapier beschrieben, die es zu berücksichtigen gilt und die man sich auch zunutze machen sollte. Wie es auch in dem Autorenpapier deutlich wird, können auf regionaler Ebene bessere, den Bedürfnissen angepasstere Finanzierungsmöglichkeiten gefunden und damit auch Gelder eingespart werden. Gerade die örtliche Vernetzung der einzelnen Stakeholder im Gesundheitswesen macht zum Wohle der/s Patienten sehr viel Sinn, um für den Patienten das beste Outcome zu erzielen. Der Vorteil des Modells der regionalen Versorgung liegt gerade darin, dass dann jede*r Patient*in, gleich welcher Krankenkasse, Zugang findet und nicht nur die Patienten einer Krankenkasse, mit der ein Selektivvertrag geschlossen wurde.

Neue Denkmodelle und neue Systemstrukturen erforderlich

Hier ist allerdings der Vergleich zu den jetzt neu kreierten digitalen Gesundheitsanwendungen, die auf dem Digitale Versorgungsgesetz (DVG) beruhen, zu ziehen. Bislang konnten digitale Gesundheitsanwendungen auch durch Selektivverträge mit einzelnen Krankenkassen zur Anwendung kommen. Durch die Aufnahme in das Digitale Gesundheitsanwendungsverzeichnis (DiGAV) haben dann sämtliche Patienten aller Krankenkassen Zugriff auf die Verordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung, da es in die Regelversorgung eintritt. Hieran zeigt sich, dass eine Lösung des Problems auch über diesen Weg möglich ist. Allerdings lösen digitale Gesundheitsanwendungen selbstverständlich nicht das gesamte Problem des Gesundheitssystems. Gerade hier setzt das Autorenpapier an, es meint eine grundsätzliche Strukturänderung. Richtig ist nämlich, dass bei einem Verharren in dem jetzigen Modell ein finanzieller Kollaps im System nicht auszuschließen ist. Insofern sind neue Denkmodelle und ein neues System zwingend erforderlich, um die Finanzierung sicherzustellen, gerade ein Weg hin zur Gesundheit und mehr Effizienz ist dringend erforderlich. Auch präventive Medizin braucht mehr Förderung. Dies wird auch durch die moderne Medizin wie z. B. der Präzisionsmedizin unterstützt. Diese Art der Medizin wird in Zukunft noch sehr viel mehr an Bedeutung gewinnen und dies wird dann erst recht in einem innovativen System Berücksichtigung finden müssen.

Regionale Orientierung und Digitalisierung gut zu integrieren

Die regionale Versorgung unter Einbeziehung aller Sektoren muss gerade kein Widerspruch zu dem bisher bestehenden System darstellen und auch nicht einen Widerspruch zu den z. B. digitalen Gesundheitsanwendungen oder der digitalen Medizin insgesamt. Gerade Telemedizin, die zu den digitalen Tools gehört, ist in der Lage die Regionen zu vergrößern und gerade ländliche Bereiche in diese regionale Versorgung sehr gut zu integrieren. Die Stärkung der regionalen Versorgung, gerade im sektorenübergreifenden Handeln, ist zu begrüßen und führt zu einer Effizienz hinsichtlich der Patientenversorgung. Die Finanzierung auf regionaler Ebene unter Einbeziehung aller Akteure wird den Bedürfnissen aller sehr viel mehr entsprechen als das zentralistische Finanzierungskonzept der derzeitigen Situation. Und es bleibt bzw. befördert das privatwirtschaftliche System und führt nicht zu einer verstaatlichten Medizin, was abzulehnen wäre.

Bei einer guten Abstimmung sämtlicher Akteure der unterschiedlichen Sektoren und unter Nutzung der sehr effizienten und transparenten digitalen Möglichkeiten führt dies zu einer gesteigerten Qualität und zu einer verbesserten Integration des Patienten in das System. Denn eines darf nicht vergessen werden: der Patient steht im Zentrum des gesamten Systems und nicht die Akteure der einzelnen Sektoren.

Üblicherweise werden sich Patient*innen in ihrem regionalen Umfeld medizinisch versorgen lassen. Dies entspricht im Wesentlichen auch unserem Gesundheitssystem, in dem zwar der Bund die Verantwortung für die gesetzliche Krankenversicherung trägt, aber die Aufsicht für regionale Kassen, Ärztekammern etc. gleichwohl bei den Ländern liegt. Und die kleinste Einheit stellen die Kommunen dar. Das sind diejenigen, in deren Bereich sich ein*e Patient*in in häuslicher Nähe behandeln lässt. Insofern ist die Ansiedelung der Versorgung auf dieser Ebene dem/der Patient*in am nächsten.

Fazit

Alles in allem wäre es ein Ansatz, finanzielle wie personelle Ressourcen effektiv zu nutzen. Und es würde dem jetzigen Gesundheitssystem nicht widersprechen. Denn eines darf nicht unterschätzt werden: Unser deutsches Gesundheitssystem zählt mit zu den Besten der Welt. Dieses sollte nicht unterminiert werden, was es jedoch durch dieses Modell nicht wird. Es bleibt im Wesentlichen erhalten, nur dass die integrierte Versorgung auf regionaler Ebene gestärkt wird, was die Finanzierung durch entsprechenden Wettbewerb langfristig ermöglicht und dem Patientennutzen dient. ■

Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf kommunaler Ebene realisieren!

Jörg Freese, Beigeordneter des Deutschen Landkreistages

Der grundlegenden Überzeugung des Deutschen Landkreistages, die medizinische Versorgung zum einen sektorenübergreifend und auch rechtskreisübergreifend (einschließlich SGB XI und Rehabilitation) sowie multidisziplinär neu zu ordnen und mehr Verantwortung auf kommunaler Ebene zu verankern, kommen diese Überlegungen sehr nahe. Dennoch fehlen einige Bezüge mit erheblicher kommunaler und kommunalpolitischer Relevanz. Daher soll auf diesem Weg zum einen eine Replik auf den Beitrag der Autorengruppe erfolgen. Zum anderen sollen kommunale Vorstellungen und Ideen zur zukünftigen Ausgestaltung der Planung und der

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

medizinischen Versorgung in Deutschland dargestellt werden.

Begrifflichkeit Region und adäquate Planungsräume

Der Vorschlag stellt viele und richtige Fragen. Auch die Schwächen des derzeitigen Planungs- und Versorgungssystems im Gesundheitswesen in Deutschland werden korrekt dargestellt. Die Risiken einer so umfassenden Umgestaltung, die Gefahr einer ggf. auch nicht unerheblichen Fehleinschätzung in dem einen oder anderen Punkt, werden aber noch zu wenig betrachtet.

Schillernd ist zunächst der Begriff der Region. Es gibt allerdings häufig keinen besseren deutschen Begriff, um deutlich zu machen, dass es nicht um die Ebene von Bund und Ländern, sondern um eine kleinräumigere gebietliche Einheit gehen soll. Dafür haben aber schon die Preußen vor mehr als 150 Jahren die (Land-)Kreise erfunden. Diese können neben den kreisfreien Städten ein guter Planungs- und Versorgungsraum sein. Auch wenn die Landkreise unterschiedlich groß sind, ebenso wie die kreisfreien Städte, so drängen sie sich doch geradezu auf. Sie haben eine funktionierende Vertretungskörperschaft mit der Möglichkeit, zu bindenden und demokratisch legitimierten kommunalpolitischen Beschlüssen zu kommen; und es liegen auf der Kreisebene Daten zur tatsächlichen Versorgung und zur zukünftigen Entwicklung vor. Selbst wenn Landkreise oder Städte zu klein sind, um eine sinnvolle Planung und Versorgung durchzuführen, so können sie sich doch freiwillig oder gegebenenfalls auch mit gesetzgeberischem Nachdruck zu Planungs- und Versorgungsregionen zusammenschließen. Auch in solchen Zweckverbänden oder anderen Organisationsformen bleiben die Vorteile der kommunalen Gebietskörperschaften erhalten. Sie sind jedenfalls deutlich besser und flexibler als staatliche Formen oder künstliche Räume, die beispielsweise aus der vorhandenen Krankenhauslandschaft gebildet werden (beispielsweise ein Schwerpunktversorger und eine bestimmte Anzahl von Häusern der Grund- und Regelversorgung ergeben einen Planungsraum).

Die im Beitrag in einzelnen Punkten kritisierten, derzeit bereits vorhandenen Gesundheitsregionen in Kreisen und kreisfreien Städten sind aus unserer Sicht eher positiv zu beurteilen. Gerade dort, wo sie sich freiwillig gebildet haben und ggf. ein Landesgesetzgeber sie nur gesetzlich überformt hat, bieten sie ein hervorragendes Mittel, um die Akteure des Gesundheitswesens im Kreis zusammenzuführen und auch zu gemeinsamem Handeln zu bewegen. Dies erfordert natürlich in den Landkreisen und kreisfreien Städten einen leistungsfähigen öffentlichen Gesundheitsdienst, der in diesen Fragen zumindest eine Koordinierungsfunktion wahrnehmen muss. Wahrscheinlich müsste er dann viel mehr Aufgaben erfüllen, durchaus fern von direkt medizinischen Fragestellungen. Allen Unkenrufen zum Trotz hat der öffentliche Gesundheitsdienst in den Landkreisen und kreisfreien Städten seine Leistungsfähigkeit in der COVID-19-Pandemie unter Beweis gestellt. Dennoch gibt es weiter Entwicklungsbedarfe sowohl im Bereich des Infektionsschutzes als auch in dem eben beschriebenen Bereich der Planung und Versorgung im Landkreis, wo die Gesundheitsämter diese eben beschriebene, stärkere Rolle einnehmen sollten. Hieran arbeiten wir gemeinsam mit Bund und Ländern, um den Gesundheitsämtern dies zu ermöglichen. Hierfür bedarf es auch medizinischer Kompetenz, aber daneben auch planerischer und wirtschaftswissenschaftlicher Expertise.

Die Autorengruppe schlägt einen Zukunftsfonds für regionale Gesundheit vor. Die Darstellung dieses Fonds ist wahrscheinlich wissenschaftlich durchaus befriedigend. Er ist allerdings dadurch auch in seiner Ausgestaltung sehr schematisch, eher akademisch zu nennen. Ich würde bezweifeln, ob in dieser Art und Weise ein Zukunftsfonds für regionale Gesundheit funktionieren kann. Das muss er aber, da sich auch massive wirtschaftliche Folgen hieraus ergeben sollen. So wird bspw. davon ausgegangen, dass es Rückzahlungen an den Fonds geben soll, die sich aus Entwicklungen in den ersten Jahren ergeben sollen. Dazu sei nur gesagt: Die Erfahrung mit beispielsweise Kreisgebietsreformen in den vergangenen Jahrzehnten haben eines deutlich gezeigt: Von Wirtschaftswissenschaftlern prognostizierte Einsparungen in den Kreishaushalten durch Gebietsreform und „economies of scale" haben sich in nicht einem einzigen Einzelfall jemals ergeben. Ich bitte daher um Nachsicht, dass eine entsprechende Vorstellung für einen solchen Zukunftsfonds von mir eher angezweifelt wird.

Der Beitrag geht zunächst von einem Fortbestand der bestehenden Vergütungssysteme im ambulanten und im stationären Sektor aus. Dies ist nach meiner Sicht auch richtig, da es kurzfristig hierzu keine realisierbaren Alternativen gibt. Langfristig muss man sich aber nicht nur die Frage stellen, sondern hart daran arbeiten, ein gemeinsames Vergütungssystem zu entwickeln. Nur auf diese Weise lässt sich langfristig eine echte sektorengrenzenfreie oder -arme Versorgung realisieren.

Die in den Artikeln beschriebene Erwartung auf das Verhalten von Krankenhäusern, die angeblich deutlich verbesserte ambulante Leistungen in den Praxen dadurch honorieren sollen, dass sie weniger Patienten stationär aufnehmen und behandeln hat sich mir auch nicht erschlossen. Solange die Zubringer in die Krankenhäuser insbesondere gerade niedergelassene Ärzte durch ihre Überweisung sind, und auch Rettungsdienst und Notfallversorgung in aller Regel im Krankenhaus enden, wird sich an der tatsächlichen Versorgungspraxis nur wenig ändern können. Alles andere wäre unterlassene Hilfeleistung.

Noch ein kritisches Wort zum Qualitätswettbewerb. Niemand hat etwas gegen Qualitätswettbewerb, dass er wirklich realiter funktioniert ist allerdings nach meiner Kenntnis auch noch nirgendwo so richtig nachgewiesen worden. Man sollte also vorsichtig sein mit Erwartungen, die an Folgen aus einem solchen Qualitätswettbewerb gestellt werden. Dies gilt für alle Sektoren und Bereiche in der gesundheitlichen Versorgung. Gesundheitliche Versorgung ist ein geradezu klassischer Bereich der Daseinsvorsorge. Wettbewerb passt nur in engen Grenzen zur Daseinsvorsorge. Dies gilt erst recht, wenn allen Bemühungen zum Trotz eine echte Transparenz der Qualität nicht erreicht werden kann.

Rolle der Kommunen bei der Versorgung und Planung der medizinischen Versorgung

Ich habe bereits oben beschrieben, dass die Kreisebene, ggf. auch in Form interkommunaler Zusammenarbeit, gut geeignet ist, um Planungs- und Versorgungsraum für Medizin und Gesundheit in Deutschland zu sein. Voraussetzung

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

hierfür ist eine dies sicherstellende und regelnde Bundesgesetzgebung (SGB V, SGB XI usw.). Zudem sollte ein Landkreis, der Verantwortungsträger auch für die tatsächliche Versorgung ist, nicht eine übergreifende Planungsverantwortung haben. Diese sollte sektorenübergreifend durch das Land wahrgenommen werden. An der Trägerlandschaft und dem Betrieb im ambulanten wie im stationären medizinischen Sektor würde sich dadurch nichts ändern. Es bleibt im ambulanten Sektor bei dem Mix aus in Einzelniederlassung tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie in unterschiedlichsten Rechtsformen zusammenarbeitenden Praxisgemeinschaften wie Medizinischen Versorgungszentren usw. Auch die Trägerschaft im stationären Sektor wäre hierdurch in keiner Weise zu verändern. Ob eine neue Verantwortung für die Planung langfristig Veränderungen mit sich bringt oder sie die Veränderungen nur begleiten muss, wie beispielsweise der Trend weg von der Einzelpraxis hin zur praxisübergreifenden Zusammenarbeit oder dem Arztberuf im Angestelltenverhältnis auch im ambulanten Sektor, kann im Moment dahingestellt bleiben.

Eine echte sektorenübergreifende Planung kann aber aufgrund der bestehenden Ortsnähe und der politischen Verantwortung der Landesregierungen nur auf Länderebene erfolgen. Die Form der ärztlichen Selbstverwaltung hat sich in zu vielen Landkreisen in Deutschland mit Blick auf die tatsächliche Versorgung als nicht leistungsfähig erwiesen. Dies liegt nicht allein an fehlender Befähigung der Kassenärztlichen Vereinigungen, ganz sicher nicht. Aber wohl systembedingt ist es in der sektoralen Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte nicht gelungen, auf bestehende Versorgungsprobleme in einer Vielzahl von ländlichen Räumen in Deutschland adäquate Lösungen in den zuständigen Gremien zu finden. Da dennoch Landes- und Kommunalpolitik letztlich hierfür politisch die Verantwortung tragen, und das ohne echte eigene Kompetenz, muss dies geändert werden. Und: Sektorenübergreifend ist ohnehin nur eine Planung aus einer Hand möglich, eine ernsthafte Alternative zur Planung durch die Länder sehe ich nicht.

Fazit

Die von der Autorengruppe vorgelegten Vorschläge zu einer umfassenden Form von Strukturen der Planung und Versorgung im Gesundheitswesen gehen in die richtige Richtung. Sie bedürfen einer vertieften kommunalen Untersetzung und einer Verankerung auch in der Landespolitik. Gerade in den Ländern wird nach unserem Eindruck derzeit die Planungsfrage nicht mit dem ausreichenden politischen Nachdruck behandelt – allerdings mit einem Trend zur Besserung in den vergangenen Monaten. ■

Gute Diskussionsgrundlage

Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende AOK Nordost

Es sind wichtige Fragen, mit denen sich der Artikel von Dr. Helmut Hildebrandt et al. auseinandersetzt: „Wie sollte regionale Versorgung organisiert und gemanagt werden, damit sie bedarfsgerecht und wohnortnah funktioniert? Wer trägt letztendlich die Verantwortung dafür?“ Die Antworten, die die Autoren darauf finden, sind aus Sicht der AOK Nordost durchaus kritisch zu bewerten.

Zunächst einmal: Die Idee von „Innovativen Gesundheitsregionen“ ist grundsätzlich nicht neu. Wie das funktioniert, zeigen wir schon mit unseren Partnern im Innovationsfondsprojekt

„Strukturmigration im Mittelbereich Templin – StimMT“. StimMT wurde von der 2009 gegründeten IGiB (Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg), einer Initiative aus Kassenärztlicher Vereinigung Brandenburg, AOK Nordost und Barmer, ins Leben gerufen. Auch verfolgen wir schon lange die Vergütungslogik eines virtuellen Budgets in unseren Arztnetzverträgen.

Die Einbindung in das Gesamtversorgungsgeschehen muss gewährleistet bleiben

Auch, dass Versorgung in erster Linie regional stattfindet und entsprechend organisiert werden muss, ist ein Fakt. Aber: Das Konzept sieht vor, kommunale Amtsträger zu Entscheidungsträgern der regionalen Versorgung zu machen. Da stellt sich die Frage, ob die Kommunen sowohl die personellen als auch die finanziellen Voraussetzungen erfüllen, die es dafür benötigt. Unserer Meinung nach wird damit nur ein neuer Markt für Berater oder Managementgesellschaften eröffnet. Das birgt die Gefahr, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung noch stärker von wirtschaftlichen Interessen abhängig wird.

Als große regionale Krankenkasse befürworten wir eine Stärkung der regionalen Versorgung – treiben diese auch aktiv voran. Aber sie darf nicht komplett losgelöst vom Gesamtversorgungsgeschehen im Land erfolgen. Stichwort Bedarfsplanung: Hier braucht es weiterhin eine Sektoren und Regionen übergreifende Planungskomponente. Ansonsten wird Fehlversorgung im Extremfall einfach weiterverlagert. Das bedeutet auch die Grenzen der Krankenhaus- und ambulanten Bedarfsplanung zugunsten einer ganzheitlichen regionalen Bedarfsplanung zu überwinden. Das geht aber noch nicht weit genug. Zukünftig sollten alle Gesundheitsversorger der Region hierbei einbezogen werden.

Strukturmigration muss fester Bestandteil der Versorgungsstrategie sein

Strukturmigration umfasst nicht nur den stationären Bereich. Versorgungsstrukturen müssen hierbei grundsätzlich neu und übergreifend gedacht und angepasst werden. Sie muss als fester Bestandteil einer regionalen Versorgungsstrategie gesehen werden. Durch Strukturmigration kann die vor Ort notwendige und bedarfsgerechte Versorgung mit den vorhandenen Ressourcen organisiert werden.

Wir müssen die vorhandenen Kompetenzen nutzen. Zum Beispiel, indem wir gemeinsame Trägermodelle mit den wesentlichen Akteuren vor Ort entwickeln: den Kassenärztlichen Vereinigungen, ortsansässigen Ärzten, Kran-

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

kenhäusern, Krankenkassen und Kommunen, vielleicht auch unter Einbindung einer Managementgesellschaft und natürlich der Menschen in der Region. Leider dürfen Krankenkassen derzeit selbst noch nicht Träger von Gesundheitsversorgung sein (außer in den Bestandsregelungen nach § 140 SGB V). Warum eigentlich nicht? Schließlich kennen wir als stark in der Region verwurzelte Krankenkasse ganz genau die medizinischen Bedarfe vor Ort, sind gut vernetzt, haben die entsprechenden Kompetenzen – und das ganz ohne Gewinnerzielungsabsichten. Hier muss innovativ weitergedacht werden.

Standardisierte Basisverträge werden regionalen Unterschieden und Bedarfen nicht gerecht

In der Diskussion und Umsetzung von neuen Versorgungslösungen auf der regionalen Ebene werden viele Krankenkassen als extrem zurückhaltend erlebt. Das gilt insbesondere für die bundesweit agierenden Kassen. Insofern ist der Ansatz der Autoren, Krankenkassen zu Verträgen „auffordern" zu wollen, nachvollziehbar, aber falsch. Ein Kontrahierungszwang kann keine Lösung sein. Zum einen würde das die stark engagierten Kassen benachteiligen, zum anderen müssten auch hier Regeln und Vorgaben definiert werden, wann Verträge oder Vertragsinhalte als regional sinnvoll und umsetzungsfähig gelten. Und was die im Konzept vorgeschlagenen sogenannten „Standardisierten Basisverträge Integrierte Regionale Versorgung" betrifft: Was genau sollen diese denn regeln? Die regionalen Unterschiede und Bedarfe sind viel zu groß. Es dürfte deshalb schwierig sein einen Standard zu finden, der sich auf alle Regionen bundesweit übertragen lässt.

Vorschläge zur Finanzierung werfen Fragen auf

Nach den Vorstellungen der Autoren sollen die Leistungserbringer nach wie vor nach EBM und DRG abrechnen. Das würde aber weiterhin die sektorenübergreifende Versorgung eher behindern als fördern. Das Ziel sollte eine sektorenübergreifende Vergütungslogik mit einem tatsächlichen regionalen Budget sein. Dessen Ressourcenverteilung könnte dann zum Beispiel durch Managementgesellschaften organisiert werden.

Kritisch sind auch die Vorschläge zur Finanzierung der „standardisierten Basisverträge" zu betrachten. Diese soll nach dem Willen der Autoren ausschließlich über die Beitragsgelder der gesetzlich Krankenversicherten erfolgen. Warum? Umbrüche dieser Art sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sollten auch entsprechend finanziert werden. Das Konzept sieht aber vor, diese Verträge über den sogenannten „Zukunftsfonds" des Gesundheitsfonds zu finanzieren – über Zu- und Abschläge an die Kassen und über einen Zeitraum von 20 Jahren. Diese komplexe Systematik von Zu- und Abschlägen über so einen langen Zeitraum wäre zudem eine sehr große Herausforderung für die Planungssicherheit der Krankenkassen. Schließlich kann niemand garantieren, dass die vermuteten Einsparungen überhaupt erreicht werden. Und was ist dann? Können die Verträge in diesem Fall beendet werden oder einzelne Vertragspartner aussteigen? Wie verhält es sich dann mit der Finanzierungssystematik? Müssen bei Ausstieg Ausgleichszahlungen oder Ähnliches geleistet werden? Und wie sieht es bei einem Kassenwechsel aus? Diese und weitere Fragen stellen sich unweigerlich, werden aber von den Autoren nicht beantwortet. Hinzu kommt: Das lokale Management müsste lange genug Bestand haben, um den Prozess nachhalten zu können. Vor dem Hintergrund der komplexen lokalen Strukturen ist das zumindest fraglich.

So oder so: Eine Art Anschubfinanzierung für den Aufbau der notwendigen Strukturen ist vermutlich erst einmal notwendig. Wie diese geregelt werden könnte, müsste allerdings noch diskutiert werden.

Eine wesentliche Kernfrage bleibt unbeantwortet

Last but not least: Eingangs wurde die Integrierte Versorgung als „Flickenteppich" und damit als gescheitert erklärt. Das Konzept selbst lässt aber durch die Wahlfreiheit der Leistungserbringer und Patienten weiterhin die Existenz von Parallelwelten zu. Das passt nicht zusammen.

Auch bleibt eine wesentliche Kernfrage unbeantwortet: Wie und warum sollten die regionalen Leistungserbringer an einem vernetzten Versorgungsmodell teilnehmen? Als regionale Krankenkasse haben wir uns seit Einführung der Integrierten Versorgung intensiv in der regionalen Versorgung engagiert. Dabei haben wir ausreichend Erfahrung gesammelt, um zu wissen, dass finanzielle Anreize oft nicht genügen. Um die relevanten Partner für eine Beteiligung zu motivieren, muss viel Überzeugungsarbeit geleistet werden. Ganz zu schweigen von der Einbindung der Patienten, die meist von den Kassen übernommen werden muss.

Fazit

Das Konzept bietet wichtige Ansätze, greift nach Meinung der AOK Nordost aber an zentralen Stellen zu kurz. Vor allem die übergreifende Sicht der strukturellen Herausforderungen sowie die Umsetzbarkeit eines regionalen Managements müssten noch viel stärker in den Blick genommen werden. Als große regionale Krankenkasse sehen wir uns nicht nur als Payer, sondern als aktiver Player in der Gestaltung einer innovativen Gesundheitsversorgung. Als solcher bieten wir uns gerne als Gesprächspartner an. ■

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Gesundheitsökonomie für die Versorgungspraxis – Gesundheit und Pflege

Die Buchreihe greift aktuelle Themen der Gesundheitsversorgung auf und bereitet die Erkenntnisse aus Gesundheitsökonomie und Wissenschaft für den Transfer in die Versorgungspraxis auf.

Mehr Infos unter www.medhochzwei-verlag.de/shop

Medizinprodukte: Ökonomie der Regulatorik

XIV, 271 Seiten | Softcover | 39,99 €
ISBN 978-3-86216-574-2

Hier geht's zum Inhalt

Pflege-Perspektiven: ordnungspolitische Aspekte

XV, 183 Seiten | Softcover | 39,99 €
ISBN 978-3-86216-626-8

Hier geht's zum Inhalt

Digitalisierungsprozesse, Prozessdigitalisierung

309 Seiten | Softcover | 39,99 €
ISBN 978-3-86216-631-2

Hier geht's zum Inhalt

Die HerausgeberInnen der Reihe:

Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher
Geschäftsführer von I|G|V RESEARCH, Professor für Gesundheitsökonomie und -politik an der Universität Bayreuth.

Prof. Dr. Jasmina Stoebel
Professorin für Gesundheitsökonomie an der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen.

Prof. Dr. Jürgen Zerth
Seit 2012 Professor für Wirtschaftswissenschaften/ Gesundheitsökonomie und Leiter des Forschungsinstituts IDC der Wilhelm Löhe Hochschule, Fürth.

medhochzwei
www.medhochzwei-verlag.de/shop | Telefon: 07953/7189076 | E-Mail: medhochzwei-verlag@sigloch.de

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Leistungs- und Vertragswelt

AOK PLUS startet mit elektronischem Therapiebericht

Um den Erfolg einer ärztlichen verordneten Therapie bewerten zu können, erstellen Therapeuten auf Wunsch des behandelnden Arztes einen Behandlungsbericht. Bisher wird dieser noch schriftlich per Brief, Fax oder persönlich übermittelt. Die AOK PLUS bietet nun als bundesweit erste Krankenkasse eine sichere elektronische Übertragungsmöglichkeit an: den elektronischen Therapiebericht (eTherapiebericht). Mehr als 1 400 Heilmittel-Praxen in Thüringen und Sachsen können ihn bereits nutzen. Von der Entwicklung profitieren mehr als 3,4 Mio. Versicherte der AOK PLUS in den beiden Ländern. Der eTherapiebericht wird via elektronischem Arztbrief übermittelt und vereinfacht so die Bewertung des Behandlungsstandes: Ärzte erhalten eine schnellere Rückmeldung und können direkt entscheiden, ob und wie eine zusätzliche Therapie durchgeführt werden soll. Davon profitieren auch die Patienten, wenn eine Weiterbehandlung erforderlich sein sollte. Damit wird die Vernetzung zwischen Therapeuten und Ärzteschaft vorangetrieben, die bisher aufgrund der fehlenden Anbindung der Therapeuten an die Telematikinfrastruktur nicht erfolgen konnte. Gleichzeitig wird mit dem eTherapiebericht auch den hohen Datenschutzanforderungen Rechnung getragen, welche durch den bisherigen Versand per Fax nicht mehr erfüllt werden. Neben dem eTherapiebericht ist auch die Online-Härtefallabfrage über das gleiche Portal nutzbar. Mit dieser ermöglicht die AOK PLUS Therapeuten, den Status der Zuzahlungsbefreiung ihrer Patienten schnell und einfach zu überprüfen. Damit entfällt die Rückfrage bei der Krankenkasse, wenn die Versicherten den Nachweis über ihre Zuzahlungsbefreiung nicht bei sich tragen. ■

Netzwerk Patientensicherheit im Saarland gestartet

Ein bundesweit in dieser Form einzigartiges Netzwerk ist am internationalen Tag der Patientensicherheit gestartet. Elf Verbände und Organisationen des Gesundheitswesens im Saarland haben ihre Absicht bekräftigt, die stationäre und ambulante Versorgung im Saarland noch sicherer zu machen und Patient*innen so noch stärker vor Mängeln und Fehlern zu bewahren. Durch den partnerschaftlichen Zusammenschluss sollen daher regionale Verbesserungsbedarfe in den verschiedenen medizinischen Bereichen besser erkannt und Maßnahmen passgenauer umgesetzt werden, so die Bündnispartner. Die Corona-Pandemie habe sich zusätzlich als Nährboden für die Patientensicherheit erwiesen und damit die Bedeutung einer zuverlässigen Institution im Saarland unterstrichen, so Netzwerk-Initiator und IKK-Südwest-Vorstand *Prof. Jörg Loth*. Zwar habe die Corona-Pandemie zu neuen Herausforderungen in der Patientensicherheit geführt, allerdings sieht das Bündnis auch darüber hinaus wesentliche Handlungsbedarfe. So weist Netzwerk-Initiator Prof. Loth unter anderem darauf hin, dass es im stationären Bereich bei mehreren hunderttausend Patient*innen jedes Jahr zu vermeidbaren unerwünschten Ereignissen mit rund 20 000 Todesfällen kommt. ■

Die ersten beiden Digitalen Gesundheitsanwendungen sind zugelassen worden

Mitte Oktober lagen dem für die Prüfung neuer Gesundheitsanwendungen niedriger Risikostufe zuständigen Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfARM) 27 Anträge auf GKV-Erstattung vor. Am 6.10. sind die ersten beiden Apps zugelassen worden. Diese werden künftig im Indikationsfall auf Rezept zu Lasten der Krankenkassen verordnungsfähig sein. Es handelt sich hierbei um die App *Kalmeda* des Startups Mynoise, die bei Tinnitus unterstützt und um die App *Verlibra* der Firma Gaia, die eine Therapie gegen Angststörungen bietet. Kalmeda will den Tinnitus-Patient*innen durch eine Verhaltenstherapie mit einem mehrstufigen Übungsprogramm helfen. Mit der App erhalten die Patient*innen einen individuellen Therapieplan zum Umgang mit ihrem Tinnitus, Entspannungs- und Meditationsübungen ergänzen das Angebot. Der HNO-Arzt *Dr. Uso Walter*, Gründer des Startups Mynoise, habe bei der Behandlung seiner eigenen Patienten festgestellt, dass es eine digitale Ergänzung zur herkömmlichen Tinnitus-Therapie brauche. So gründete er 2016 das Start-up Mynoise. Es werde für Ärzte immer unattraktiver, chronische Krankheiten wie Tinnitus zu behandeln, so Walter. Digitale Anwendungen wie Kalmeda ermöglichten es, die Behandlung allen Betroffenen zugänglich zu machen.

Velibra richtet sich an Patienten mit Angst- und Panikstörungen und will als „digitaler Psychotherapeut" herkömmliche Therapien ergänzen. Nach der Registrierung stellt Velibra allerhand Fragen, um sein Gegenüber besser kennen zu lernen. Das Erstgespräch dauert dabei fast eine Stunde. Velibra versucht, eine Beziehung zum Nutzer aufzubauen, um die benötigte Vertrauensgrundlage für entsprechende Hilfe bieten zu können. Hinzu kommen digitale Arbeitsblätter zum Wiederholen der wichtigsten Inhalte, Audio-Anleitungen und Fragebögen zur Selbsteinschätzung. *Dr. Mario Weiss*, Geschäftsführer des Unternehmens Gaia, das hinter der App Velibra steht sieht in der Regelerstattung einen Durchbruch. In Deutschland hätten Digitalentwickler im Gesundheitsbereich bislang kaum eine Chance ein nachhaltiges Geschäft aufzubauen. ■

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Recht und Gesetz

Personalkosten für Betreuerbegleitung eines Versicherten muss die Krankenkasse nicht tragen

Die Krankenkasse ist regelmäßig nicht verpflichtet, die Personalkosten für die Begleitung eines Betreuers des Versicherten bei dessen ambulanter Strahlentherapie zu übernehmen, wenn die Begleitung allein aufgrund der (hier nicht behandelten) Grunderkrankung (Persönlichkeitsstörung mit Aggressivität) notwendig ist. Die Erstattung von Personalkosten kommt auch nicht unter dem Gesichtspunkt der sog. „Stellvertreterleistung" in Betracht. Voraussetzung der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V ist, dass der Versicherte zumindest subjektiv von der Erforderlichkeit der Leistung ausgehen und auf das Ergehen einer Genehmigung vertrauen durfte. Dies ist der Urteilstenor des LSG Baden-Württemberg in einem Berufungsverfahren (L 4 KR 3890/ 17). Hintergrund: Zwischen den Klagebeteiligten war die Übernahme der Kosten für die notwendige Begleitung des Klägers zur Strahlentherapie im Zeitraum vom 3. Dezember 2013 bis 17. Januar 2014 streitig. Der 1969 geborene, bei der Beklagten versicherte Kläger steht unter gesetzlicher Betreuung und leidet an einer geistigen Behinderung mit schwerer komplexer Verhaltensstörung mit Auto- und Fremdaggressivität bei Intelligenzminderung und intrazerebralen Tumor. Es ist ein Grad der Minderung der Erwerbstätigkeit von 100 festgestellt; von der Pflegeversicherung ist außerdem eine Zuordnung zur Pflegestufe III erfolgt. Des Weiteren bezieht der Kläger Leistungen nach dem Blindenhilfegesetz. Er lebt seit Juli 2009 in einer vollstationären Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung und erhält dort eine „rund um die Uhr"-Versorgung. Die Kosten hierfür trägt der Sozialhilfeträger. Wegen der operativen Teilentfernung eines Tumors musste eine Strahlentherapie durchgeführt werden, bei deren Anwendung der Versicherte von einer Fachkraft seiner Einrichtung begleitet wurde. Die Kosten sollte die Krankenkasse antragsgemäß erstatten. Diese wies die Klägerseite darauf hin, dass die beantragten Personalkosten keine Leistungen des SGB V seien und lehnte letztendlich einen entsprechenden Antrag mit Bescheid ab. Im anschließenden Sozialgerichtsverfahren hat das SG Reutlingen die Klage abgewiesen. Auch das LSG Baden-Württemberg entschied, dass der Kläger keinen Anspruch auf Freistellung von den Kosten seiner Betreuung und Begleitung zur ambulanten Strahlentherapie im streitgegenständlichen Zeitraum vom 3. Dezember 2013 bis 17. Januar 2014 nach den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB V hat. Die Revision wurde nicht zugelassen, da Gründe hierfür nicht vorliegen. ■

SG Düsseldorf: Schwerhöriger hat Anspruch auf Bluetooth-Hörgeräte-Zubehör für Mobilfunktelefonie

Das Sozialgericht Düsseldorf hat entschieden, dass ein Schwerhöriger gegen seine Krankenkasse einen Anspruch auf ein Bluetooth-Hörgeräte-Zubehör für Mobilfunktelefonie hat. Der Fall: Der Kläger ist aufgrund einer mit an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit auf die Nutzung eines Hörgerätes angewiesen. Im Jahr 2014 beantragte er die Versorgung mit einem neuen Hörgerät, mit dem er in der Lage sei, sein Mobilfunktelefon zu nutzen. Der Beklagte gewährte lediglich einen geringeren Festbetrag. Der Kläger könne ein Festnetztelefon nutzen. Ein Anspruch auf eine verständliche Gesprächsführung mittels eines Mobilfunktelefons bestehe nicht. Dagegen wandte sich der Kläger. Nach einem Hinweis des Gerichts auf die kostengünstigere Versorgungsmöglichkeit mit einem Bluetooth-Hörverstärker stellte der Kläger seinen Antrag auf Versorgung mit diesem Hörverstärker um. Das Sozialgericht Düsseldorf urteilte zu Gunsten des Klägers. Der Kläger habe einen Anspruch auf Versorgung mit dem Hörverstärker. Der beauftragte Sachverständige habe eine deutliche Hörverbesserung bei Mobiltelefonie durch die zusätzliche Schnittstelle mit dem Hörverstärker festgestellt. Auf die Frage, ob die Mobilfunktelefonie inzwischen als Grundbedürfnis anzusehen sei, komme es nicht an. Denn Hörgeräte würden dem unmittelbaren Behinderungsausgleich dienen. Dies führe hier auch nicht zu unverhältnismäßigen Kosten, weil das Zubehörteil relativ günstig sei. ■

Krankmeldung zu spät eingereicht, Krankenkasse muss trotzdem zahlen

Krankenversicherte, die Krankengeld erhalten sind verpflichtet dafür zu sorgen, dass ihre Krankmeldung der Krankenkasse pünktlich zugeht. Erhalten sie vom Arzt das Attest nicht rechtzeitig genug, tragen sie hierfür nicht die Verantwortung. Das berichtet die Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht des Deutschen Anwaltvereins (DAV) und verweist auf eine Entscheidung des Sozialgerichts München vom 17. Juni 2020 (AZ: S 7 KR 1719/19). Folgender Fall lag dem zugrunde: Ein Mann litt unter einer depressiven Störung und war arbeitsunfähig erkrankt. Er suchte am späten Nachmittag seinen Arzt auf, um eine weitere Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu erhalten. Da um diese Zeit keine Schreibkräfte mehr in der Praxis waren, konnte der Patient die Krankschreibung nicht direkt mitnehmen. Er erhielt diese Bescheinigung am darauffolgenden Tag per Post und leitete sie umgehend weiter. Die Krankenkasse lehnte allerdings das Krankengeld ab. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sei nicht wie vorgeschrieben innerhalb einer Woche bei ihr eingegangen. Daher habe der Versicherte für diesen Zeitraum keinen Anspruch auf Krankengeld. Der Mann klagte und hatte Erfolg. Der Versicherte hat zwar grundsätzlich die Pflicht, seine Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse zu melden. Tut er dies nicht, muss er die Folgen tragen. Etwas anderes ist es allerdings, wenn Umstände die Meldung der Arbeitsunfähigkeit verhindern oder verzögern, die nicht er zu verantworten hat, sondern die Krankenkasse. ■

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Europa und Internationales

Vereinte Nationen und die Gates-Stiftung werben für Verteilungsgerechtigkeit bei Impfstoffen gegen COVID-19

UN-Generalsekretär António Guterres hat die Weltgemeinschaft zu einem abgestimmten Vorgehen bei der Entwicklung eines Impfstoffs gegen die neue Krankheit COVID-19 aufgerufen. Es müsse Wert daraufgelegt werden, dass die Impfstoffe weltweit und zu akzeptablen und erschwinglichen Preisen sowie gerecht verteilt zur Verfügung stehen. Einen wirksamen Impfstoff bezeichnete Guterres als ein öffentliches Gut. Nationale Eigeninteressen müssten zurückstehen. Viele Staaten hätten Interesse an Kooperation und Abstimmung, einige große Staaten wie die USA verfolgen allerdings eigene nationale Interessen. Auch Bill und Melinda Gates riefen die Weltgemeinschaft dazu auf, bei der Entwicklung von Diagnostik, Impfstoffen und Behandlungsmethoden zusammenzuarbeiten, so schnell wie möglich Tests und Impfdosen herzustellen, und diese Mittel dann gerecht und bedarfsabhängig zu verteilen – unabhängig davon, ob jemand dafür bezahlen kann. Gates erwartet, dass bereits Anfang des kommenden Jahres mehrere Impfstoffe zur Verfügung stehen. Die globale Krise verlange nach einer globalen Antwort. Kein Land sei diesen Herausforderungen allein gewachsen. Kauften die reichen Länder die ersten 2 Mrd. Dosen des Impfstoffs auf, anstatt sie gerecht zu verteilen, dann könnten dadurch gemäß einem Modell der Northeastern University beinahe doppelt so viele Menschen an COVID-19 sterben. Einige praktikable Strategien stünden zur Verfügung, mit denen gerechte Verteilungen erzielt werden könnten ■

Schweizer Bundesrat will neue Anreize für den Abbau zu hoher Krankenkassenreserven

Damit Krankenkassen ihre zu hohen Reserven freiwillig senken, schlägt der Bundesrat der Schweiz neue Anreize vor, wobei die Krankenversicherer den Abbau allerdings nicht zur Werbung für neue Kunden missbrauchen dürfen. Der Bundesrat definiert dazu erstmals ein Verhältnis zwischen Kosten und Einnahmen aus Prämien, welches ein Versicherer aufweisen muss, damit seinem Antrag auf Ausgleich von zu hohen Prämieneinnahmen vom Bund überhaupt stattgegeben wird. Zudem schlägt der Bundesrat vor, die Abbauvorgaben in der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) statt wie bisher in Kreisschreiben an die Kassen festzuhalten. Dies soll die Rechtssicherheit für die Versicherer stärken. Mit den Anpassungen an der KVAV will der Bundesrat laut einem Bericht zur gleichzeitig eröffneten Vernehmlassung gleich mehrere Forderungen aus dem Bundesparlament von Mitgliedern der SVP, SP und GLP erfüllen. Interessierte Kreise können sich nun bis am 18. Dezember zum Vorschlag des Bundesrates äußern. Die ergänzte Verordnung soll dann im Juni 2021 in Kraft treten und schließlich erstmals bei den Prämien 2022 gelten. Um welchen Zielbetrag es beim Abbau der hohen Reserven gehen soll, ist jedoch nicht gesagt. Ende 2019 sollen die Schweizer Versicherungen über eine Reserve von 11,3 Mrd. Franken verfügt haben, rund 1 Mrd. mehr als ein Jahr zuvor. Versicherer können einen Prämienausgleich beim BAG beantragen, wenn die Prämieneinnahmen in einem Kanton in einem Jahr deutlich über den kumulierten Kosten in diesem Kanton lagen. Wie das BAG auf seiner Internetseite schreibt, wird der Reserveabbau grundsätzlich genehmigt, wenn die Solvenzquote der betroffenen Krankenkasse auch bei widrigen Umständen nach dem Reserveabbau 150 Prozent übersteigt. Diese Solvenzquote will der Bundesrat nun allerdings laut seinem Vorschlag auf 100 Prozent senken. Dann müsste eine Kasse laut Bundesrat noch immer in der Lage sein, ihren Forderungen ein Jahr lang nachzukommen. ■

Österreich: Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung", Kritik an Finanzkürzungen

600 Expertinnen und Experten haben 15 Handlungsempfehlungen für Bund und Länder in Österreich als Meilensteine zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens erarbeitet. Das unter der Leitung von PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling erstellte Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung" soll Anstoß geben, wie ein modernes, zukunftsorientiertes Gesundheitssystem aussehen soll. Im Fokus des Weißbuchs mit 15 Handlungsempfehlungen für Bund und Länder, steht die Entwicklung einer Strategie dahingehend, eine fitte und krisenfeste Gesundheitsversorgung für die österreichische Bevölkerung zu erhalten und auf ein nächstes Level zu transferieren. Dabei wurden, gemäß dem Grundsatz des Vereins PRAEVENIRE – Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung, dass es um Menschen und nicht um Systeme geht, bei allen Überlegungen immer die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt gestellt. Seit dem Kick-off im Mai 2019 bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten arbeiteten rund 600 internationale und nationale Expertinnen und Experten sowie Kooperationspartner in 15 Themenkreisen an Schwerpunkten wie Gesundheitskompetenz, Prävention, Früherkennung von Krankheiten, Versorgung, Rehabilitation und Reintegration, Pflege und Betreuung, Digitalisierung sowie Innovation und Finanzierung. Zudem setzten sich die Expertinnen und Experten nicht nur intensiv mit den Lehren aus der Corona-Pandemie auseinander, sondern widmeten sich vor allem jenen Patientengruppen, die jetzt im Schatten von COVID-19 unterzugehen drohen. Umso dringlicher ist es nun für die Gesundheitspolitik, das Gesundheitssystem modern und zukunftsorientiert weiterzuentwickeln. Inzwischen wurde seitens der SPÖ-Chefin Pamela Rendi-Wagner heftige Kritik an einer Kürzung der Mittel für die Spitalfinanzierung im Budget 2021 laut. Die hat Gesundheitsminister Anschober (Grüne) zurückgewiesen. Von einer Kürzung zu sprechen sei „sachlich nicht richtig". Die angesprochenen Finanzierungsströme für Landeskrankenhäuser fänden außerhalb der Budgeterstellung statt. Noch im Herbst 2020 sei eine Zwischenabschätzung des Finanzmonitorings vorgesehen, um abzuschätzen wie sich die Corona-Krise auf die Ausgaben der landesfinanzierten Krankenanstalten auswirkt. Auf dieser Basis werde

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

es noch im Herbst Gespräche zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung unter der Leitung des Finanzministeriums geben – um für akuten Finanzierungsbedarf bereits außerhalb der regulären Finanzausgleichsverhandlungen vorzeitig eine Lösung zu finden. ■

EUA: Niedrige Umweltqualität trägt zu 13 Prozent aller Todesfälle in Europa bei

Dem Bericht der Europäischen Umweltagentur (EUA) „Gesunde Umwelt, gesundes Leben: wie die Umwelt die Gesundheit und das Wohlbefinden in Europa beeinflusst" zufolge hat die Umweltverschmutzung durch menschliches Handeln weiterhin einen bedeutenden Anteil an den Krankheitsfällen in Europa. Der Bericht geht ausführlich auf die Daten der Weltgesundheitsorganisation zu Todes- und Krankheitsursachen ein und betont die Schlüsselrolle der Umweltqualität in Europa für Gesundheit und Wohlbefinden. Er zeigt auf, wie soziale Benachteiligung, ungesunder Lebensstil und demografischer Wandel in Europa die Umweltgesundheit beeinflussen, wobei die am meisten Gefährdeten auch am stärksten betroffen sind. Die Luftverschmutzung ist mit ihren jährlich mehr als 400 000 verursachten vorzeitigen Todesfällen in der EU weiterhin die größte Umweltbedrohung für die Gesundheit in Europa. Lärmbelastung steht mit 12 000 vorzeitigen Todesfällen an zweiter Stelle, gefolgt von Auswirkungen des Klimawandels, insbesondere Hitzewellen. Luftverschmutzung und Lärmbelastung, die Auswirkungen des Klimawandels, wie etwa Hitzewellen, sowie die Exposition gegenüber Chemikalien führen zu Erkrankungen in Europa. Eine niedrige Umweltqualität trägt, gemäß der Mitte September von der EUA veröffentlichten umfassenden Bewertung von Gesundheit und Umwelt zu 13 Prozent aller Todesfälle bei. Die Belastung durch Verschmutzung und Klimawandel variiert innerhalb Europas, wobei ein deutlicher Unterschied zwischen Ländern in Ost- und Westeuropa besteht. Der höchste Anteil an nationalen Todesfällen durch Umweltbelastung (27 Prozent) findet sich in Bosnien und Herzegowina, der niedrigste in Island und Norwegen (9 Prozent). ■

Köpfe, Karrieren, Funktionen

Prof. Heidecke wird neuer IQTIG-Leiter

Prof. Dr. Claus-Dieter Heidecke wird am 1. Januar 2021 die

Prof. Dr. Claus-Dieter Heidecke

Leitung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) übernehmen, dessen Aufgabe die vergleichende einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung medizinischer Versorgung ist. Heidecke wurde auf Vorschlag des Stiftungsrats vom Vorstand der Stiftung einstimmig zum Nachfolger des zum Jahresende ausscheidenden Leiters des IQTIG, *Dr. Christof Veit*, bestellt. Heidecke ist unter anderem Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), Beisitzer im Vorstand des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) und war acht Jahre lang Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Qualität, Sicherheit und Versorgungsforschung in der Chirurgie (CAQSV). ■

IKK classic: Hippler und Swoboda für weitere 6 Jahre als Vorstände gewählt

Der Verwaltungsrat der IKK classic hat den Vorstandsvorsitzenden *Frank Hippler* (56) und den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden *Kai Swoboda* einstimmig für eine weitere Amtsperiode gewählt. Im Anschluss an ihre laufende Amtszeit werden Hippler und Swoboda ab 1. August 2021 für weitere sechs Jahre an der Spitze der größten Handwerkerkrankenkasse stehen. *Frank Hippler* gehört dem Vorstand der IKK classic seit deren Marktstart am 1. Januar 2010 an, zunächst als stellvertretender Vorstandsvorsitzender, seit Mitte 2016 als Alleinvorstand, und seit September 2018 als Vorstandsvorsitzender, unterstützt vom stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden *Kai Swoboda*. ■

Frank Hippler

Kai Swoboda

May als Vorsitzender von SPECTARIS bestätigt

Josef May

Josef May bleibt Vorsitzender von Spectaris, dem deutschen Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien. May ist Geschäftsführer der Silhouette Deutschland GmbH und steht seit 2007 an der Spitze von Spectaris. Im Verband der Hightech-Industrie sind mehr als 400 überwiegend mittelständische Mitgliedsunternehmen organisiert. ■

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

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.

Rechtseinräumung
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.

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Wissen. Entscheiden. Handeln.

bfd online®

Die beste Verbindung von Wissen und Können.
Wer täglich Gesundheit managt, übernimmt hohe Verantwortung. Nirgendwo sonst fließen die Informationsströme rasanter. Effizienz ist gefragt, denn Kompromisse im Umgang mit Informationssicherheit gehen unweigerlich zu Lasten der Versicherten. Das muss nicht sein: Denn **bfd online®**, die legendäre Fachinformationslösung des **buchholz fachinformationsdienstes**, verbindet Sicherheit, Geschwindigkeit und höchsten Anwendungskomfort – mit einem Klick. Der direkte Vergleich und das hohe Maß an Individualisierungsoptionen machen die Entscheidung einfach.

Arbeiten wie man will: Jederzeit auch mobil im Bild.
Spektakulär – so geht Fachinformation heute: Souveränes Wissensmanagement im Büro, von zuhause und von unterwegs. Die intelligente **bfd online® app** schafft echte Unabhängigkeit. Über 15.000 Kunden im deutschsprachigen Raum haben sich bereits für **bfd online®** entschieden und damit auch in puncto Investitionssicherheit für beste Zukunftsperspektiven. Denn **bfd online®** bietet den perfekten Anschluss an künftige digitale Entwicklungen. So einfach verschafft man sich mit Wissen wertvollen Vorsprung.

Auch offline up to date: Premium Service aus einer Hand.
Bei der Beschaffung von Printunterlagen unterstützen wir natürlich ebenfalls tatkräftig. Bestes Beispiel: Zum 1. Januar 2021 treten wieder neue Versionen von ICD-10 und OPS zur Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren sowie neue Kodierrichtlinien in Kraft. Beziehen Sie diese einfach über **bfd** zum Top-Preis und perfekt kommissioniert – gerne auch mit kostenstellenbezogener Rechnungslegung.

Wer Übersicht will und auf Experimente verzichten kann, entscheidet sich für den maßgeschneiderten **bfd** Service und für **bfd online®**: die umfassende Fachinformationslösung für alle, die richtig hart arbeiten.

Hohes Tempo, wenn´s drauf ankommt:
Optimieren Sie jetzt Ihre Fachinformationslösung – ganz einfach mit unserem **EasyStart** Paket.

www.bfd.de/easystart-kv

bfd buchholz-fachinformationsdienst gmbh
Rodweg 1, 66450 Bexbach
Tel.: 06826 / 9343-0
Fax: 06826 / 9343-430
E-Mail: info@bfd.de

Durchblick für Profis.

www.bfd.de

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Hands on!

Arbeiten Sie in Ihrem Unternehmen gemeinsam Hand in Hand und machen Sie fundiertes Wissen für alle verfügbar.

In **der medhochzwei Online-Bibliothek** stehen Ihnen sämtliche Titel zu den Themen **Krankenversicherung, Gesundheitspolitik, Pflegemanagement, Krankenhausmanagement** sowie **Case Management** bis hin zu **Medizinrecht** und **Psychotherapie** für alle Mitarbeitenden Ihres Unternehmens zur Verfügung.

Jetzt Ihr individuelles Angebot für eine Firmenlizenz anfordern und von den Vorteilen profitieren:

bequemer Onlinezugriff

benutzerdefinierbare Oberfläche

Lesezeichenfunktion

Volltextsuche

Zitierhilfe

Jetzt kostenlos testen! →

medhochzwei

www.medhochzwei-verlag.de/Online-Bibliothek | info@medhochzwei-verlag.de