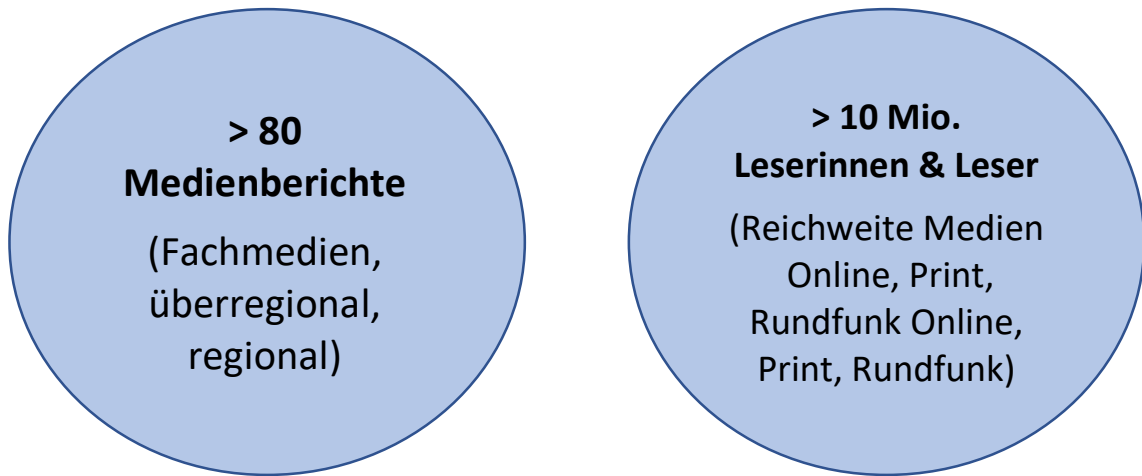




Medienberichterstattung

Summary:



Im Vorfeld sowie während und im Nachgang zum Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2023 gab es ein sehr breitgefächertes Medienecho:

Neben verschiedenen Berliner Medien wie Tagesspiegel, Berliner Zeitung oder RBB Info-Radio berichtete eine Vielzahl Fachmedien wie Ärzte Zeitung, Ärzteblatt, kma, Management & Krankenhaus, Medical Tribune, KU Gesundheitsmanagement.

Auch verschiedene überregionale Medien nutzten den Hauptstadtkongress für Recherchen oder Kontaktaufnahmen. Unter den akkreditierten überregionalen Medien waren u.a. Der SPIEGEL, Die WELT, Süddeutsche Zeitung, FOCUS Gesundheit.

Die Themen, die medial häufig aufgegriffen wurden, stehen vor allem in Zusammenhang mit der Krankenhausreform, der Lage der Kliniken (Krankenhaus Rating Report), der Situation in der Pflege sowie der Digitalisierung in verschiedenen Ausprägungen (z.B. eRezept, digitale Gesundheitsstrukturen).

Die Einzeldarstellung zeigt eine Auswahl von Medienberichten.

Insgesamt wurden mehr als 80 Medienberichte generiert, mit einer gesamten Leser-Reichweite im mehrstelligen Millionenbereich.

Teil 1: Vorberichterstattung bis 13. Juni 2023

Medium: Health & Care Management

Datum: 12.1.2023

Print / Online: Online

Reichweite: 26.000 Visits/Monat



 [Gesundheitspolitik](#) - 12. Januar 2023

Programm-Update Hauptstadtkongress

HSK 2023: Pläne der Politik im Fokus

„Mehr machen als reden! Aufbruch in ein neues resilientes Gesundheitssystem: Die Pläne der Politik im Tauglichkeitstest“ lautet das Motto beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit. Dieser findet vom 14. bis 16. Juni 2023 in Berlin statt.

Von HCM/WISO S. E. Consulting

Die Besucherinnen und Besucher erwarten beim Hauptstadtkongress 2023 drei spannende und abwechslungsreiche Tage mit hochkarätigen Live-Vorträgen, Diskussionen und persönlichem Austausch. Im Hub27 der Messe Berlin treffen Entscheidungstragende aus Politik, Verbänden, Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsmanagement sowie aus Wissenschaft, Medizin und Pflege zusammen.

Themen beim HSK 2023

Beim [Hauptstadtkongress](#) werden viele Themen rund um das Gesundheitssystem diskutiert sowie Best-Practice-Lösungen für eine resiliente Zukunft präsentiert.

Wie ist der aktuelle Stand der angekündigten Pflegereform? Es gibt zwar mehr Geld für die Beschäftigten – doch die Finanzierungsrisiken für die Pflegeversicherung werden größer. Und bald kommen die Babyboomer. Lässt sich die Versorgung finanziell und personell dauerhaft sicherstellen? Gibt es Pflege künftig nur noch für Reiche? Muss sich die Pflege selbst auch neu erfinden?

Mit dem [GKV-Finanzstabilisierungsgesetz](#) hat die Ampelkoalition eine Finanzreform in allen Bereichen der gesetzlichen Krankenkasse angestoßen. Damit soll u. a. ein Finanzdefizit von 17 Milliarden Euro ausgeglichen werden. Ebenso sollen Facharzttermine „schneller“ vergeben und Arzneimittel ohne Zusatznutzen billiger werden ([AMNOG Reform](#)). Hat die Diskussion über die gravierenden Lieferengpässe jetzt doch wieder zu einem Umdenken geführt? Wer zahlt am Ende die Zeche? Welche Stolpersteine müssen aus dem Weg geräumt werden?



Der Hauptstadtkongress 2023 findet vom 14. bis 16. Juni statt.
– © WISO S. E. Consulting

 WEITERE BEITRÄGE ZU DIESEM ARTIKEL

Medium: kma
Datum: Juni 2023
Print / Online: Print
Reichweite: 11.000 LpA

Special ► kma Special Hauptstadtkongress 2023

© Schmidt/Daniell/WISO

Das neue Konzept mit zentraler Arena mit über 700 Sitzplätzen inmitten der Ausstellung war 2022 ein

Special ► kma Special Hauptstadtkongress 2023

Editorial

HAUPTSTADTKONGRESS

Mehr Chancen als Risiken

Der Hauptstadtkongress ist der Leitkongress für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Er ist damit auch Treffpunkt der entscheidenden Akteure aus den Bereichen Krankenhaus, Niederlassung, Krankenkassen, Medizintechnik, Industrie, Wissenschaft und Politik.

Die rasante Entwicklung innovativer diagnostischer und therapeutischer Verfahren auf der einen Seite und der zunehmende Kostendruck auf der anderen Seite stellen uns zunehmend vor Finanzierungsforderungen, um auch weiterhin einen soliden Zugang zu allen Erbringungsfaktoren aus Wissenschaft und Forschung zu gewährleisten.

Digitalisierung und KI

Special ► kma Special Hauptstadtkongress 2023

Prof. Dr. Karl Max Einhäupl, Präsident des Hauptstadtkongresses
© Wilfried Petz/Cherif

DISKUSION UM ZUKUNFT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Zeitenwende in der Gesundheitspolitik

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steckt weiter in einer tiefen Krise. Umso größere Bedeutung kommt dem Hauptstadtkongress Gesundheitspolitik zu, der alle Akteure zusammenbringt. Dieser Austausch ist dringend nötig, denn die Gesundheitsversorgung erlebt eine Zeitenwende.

Der Reformbedarf in der Gesundheitsversorgung ist enorm: Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist nicht langfristig gesichert, die Zukunft der Krankenhausstruktur ungewiss und die Funktionsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung ist gefährdet. Offensichtliche Mängel lassen sich nicht mehr mit milliardenschweren Finanzhilfen zudecken, wie wir es während der Corona-Pandemie nach Jahren hoher Staatsentlastungen erlebt haben. Im Gegenteil, Bundeskanzler Olaf Scholz hat angesichts der Lage des Gesundheitssystems mit zusätzlichen Bundesmitteln zu unterstützen – und die Pläne von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach sehen solche Mittel auch nicht vor.

Kleine Reformen in der Pflege und in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben die Probleme nur aufgeschoben, die nun umso dringender einer nachhaltigen Lösung zugeführt werden müssen. In der Finanzierung der GKV läuft eine Milliardenlücke, sodass viele Krankenkassen zum Jahresende 2023 Beitragszuschüssen bedürftig sein werden. Dabei hatten zwei Drittel der gesetzlichen Krankenkassen im vergangenen Jahr keine Zuschüsse erhalten. Die Zukunft der Pflegeversicherung ist ebenfalls gefährdet. Die Finanzierung der Pflegeversicherung ist gefährdet. Die Finanzierung der Pflegeversicherung ist gefährdet.

38 © 2023. Thieme. All rights reserved

38 © 2023. Thieme. All rights reserved

38 © 2023. Thieme. All rights reserved

GASTBEITRAG

E-Mental-Health in der Versorgung: Die Zukunft ist die integrierte digitale Klinik

Die Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem verlief in der Vergangenheit eher schleppend, hat aber durch Pandemie, politische Entscheidungen und wissenschaftlichen Input Fahrt aufgenommen. Insbesondere ist zu bemerken, dass auch Psychiatrie und Psychotherapie zunehmend von digitalen Angeboten profitieren.

Digitale-Versorgung-Gesetz (Dezember 2019) und Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) haben den politischen und rechtlichen Rahmen für DiGA neu definiert. Kurz darauf machte die COVID-19-Pandemie deutlich, dass telemedizinische Angebote in vielen Fachgebieten eine echte Bereicherung der Versorgung sein können. Unter diesen Gegebenheiten erfährt Deutschland einen echten Innovationsschub. Im Bereich der psychischen Erkrankungen ist der Handlungsdruck durch die steigende Prävalenz dabei besonders groß.

Für Digitalisierung braucht es Menschen

Das Potenzial für Telemedizin und mit digitalen Anwendungen unterstützte Psychotherapie wird im Rahmen der jüngsten Entwicklungen zunehmend deutlich. Das deutsche Gesundheitssystem steht dennoch auch weiterhin vor Herausforderungen bei der Implementierung digitaler Aspekte. Die Psychotherapie ist hiervon keinesfalls ausgenommen. Neben rechtlichen Barrieren sowie technischen Hindernissen, die die flächendeckende Nutzung digitaler Angebote erschweren, fehlt es oft schlichtweg an Ressourcen und Personal, um neuartige Versorgungsansätze etablieren zu können. Weiterhin werden auch seitens der Selbstverwaltung Widerstände deutlich, was sich etwa bei der Limitation der Abrechnungsmöglichkeiten bemerkbar macht.

Natürlich müssen neuartige Ansätze grundsätzlich in besonderem Maße auf Qualität und Sicherheit überprüft werden. Hierzu bedarf es sowohl klinischer Studien als auch Erfahrungswerten in der Versorgung. Es gibt wachsende Evidenz dafür, dass digitale Lösungen den Zugang zur Versorgung verbessern, Kosten senken und die Qualität der Behandlung erhöhen können. Gleichzeitig stellt auch die Patientenzufriedenheit einen relevanten Indikator dar. Bei digital gestützten Angeboten ist diese durch hohe Flexibilität und Zugänglichkeit meist sehr hoch.

Bei der Versorgung psychisch erkrankter Menschen hat sich der Begriff „Blended Care“ etabliert, auch als „verzahnte Psychotherapie“ bezeichnet. Charakteristisch ist, dass die traditionelle „Face-to-Face-Psychotherapie“ mit digitalen Interventionen kombiniert wird. Dieses integrative Verfahren hat sich als hoch wirksam bei der Behandlung vieler psychischer Störungen erwiesen. Rein selbsthilfeeorientierte Ansätze ohne psychotherapeutische Begleitung haben dagegen nur eine begrenzte Wirksamkeit. Zu „Blended Care“ in der Psychotherapie gibt es mittlerweile zahlreiche Studien, die deren Wirksamkeit nachweisen.

Übermäßiger Zweifel ist in Anbetracht der aktuellen Entwicklung und des hohen Bedarfes an psychotherapeutischen Behandlungen nicht angebracht. Wir benötigen Mut, Pragmatismus und fachliches Commitment, um die aktuellen und künftigen Herausforderungen zu meistern. Nur mit einer Offenheit gegenüber Innovation kann es gelingen, die Versorgung der Zukunft so zu gestalten, dass sie unserer Gesellschaft den größten Nutzen stiften kann.

Die Zukunft der digitalen Gesundheitsversorgung in der deutschen Psychiatrie und Psychotherapie könnte in neuartigen, digital integrierten Behandlungszentren liegen, die stark auf die Einbindung von „Blended-Care“-Ansätzen setzen.

Seitens der Politik sollten hierzu klare Signale gesetzt werden. Der Gesetzgeber hat digitale Gesundheitsanwendungen bereits ermöglicht. Der nächste logische Schritt ist es, dafür Sorge zu tragen, dass deren Potenzial optimal genutzt wird.

Digitale Lösungen können auch für Menschen mit psychischen oder psychiatrischen Erkrankungen die Versorgung verbessern. Aber sie müssen gut integriert sein. Ein Plädoyer für „Blended Care“.

Von Iris Hauth



Dr. Iris Hauth

ist Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie und Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin. Sie ist Ärztliche Direktorin des Alexianer St. Joseph-Krankenhauses Berlin-Weißensee und Wissenschaftliche Leiterin des Ärzteforums des Hauptstadtkongresses.

© CLAUDIA BURGER

Eine Verordnung von Anwendungen bei E-Mental-Health allein durch die hausärztliche Versorgung ohne psychotherapeutische Einbettung ist aus psychiatrischer Sicht nicht hilfreich. Soll digitale Versorgung über den Selbsthilfe-Ansatz hinauswachsen, müssen die Angebote im Rahmen eines psychotherapeutischen Behandlungsrahmens eingesetzt werden. Die zielgerichtete Patientenversorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen erfordert unbedingt eine fachgerechte Diagnostik, Indikationsstellung und Überwachung von Therapieprozessen.

Neuartig aufgestellte Behandlungszentren könnten hohe diagnostische Qualität mit Präsenzkontakten, Online-Konsultationen und digital unterstützten Psychotherapie-Prozessen verbinden. So können Patientinnen und Patienten nach fachgerechter Diagnostik und Indikationsstellung Zugang zu digitalen Selbsthilfe-Tools und -Unterstützung erhalten. Begleitet werden die Behandlungsprozesse bedarfsgerecht von Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Durch die Kombination Technologie und Psychotherapie kann eine personalisierte Behandlung realisiert werden, die auf die Bedürfnisse jedes Patienten zugeschnitten ist und einen hohen fachlichen Standard sichert.

Ein Beispiel für einen eng mit der psychotherapeutischen Versorgung verzahnten Ansatz ist die Kooperation des Alexianer St. Joseph-Krankenhauses Berlin-Weißensee mit dem Hamburger Start-up Sympatient. Um Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung auch nach der stationären Behandlung gezielt begleiten zu können, hat das Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik das E-Mental-Health-Angebot „Invirto“ implementiert. Hierbei kommen Psychotherapie-Sitzungen, Smartphone-Apps und virtuelle Realität zum Einsatz. Patientinnen und Patienten erhalten nach persönlicher und gründlicher Diagnostik den Zugang zum E-Mental-Health-Angebot. Im Verlauf der vollständig digital unterstützten Behandlung finden wiederholt psychotherapeutische Gesprächskontakte im persönlichen oder telemedizinischen Setting statt. So wird die Behandlung unterstützt, gesteuert und fallspezifisch individualisiert.

Alle Beteiligten müssen an einen Tisch

Die integrierte digitale Klinik wird den Zugang zur Versorgung durch den konsequenten Einsatz evidenzbasierter E-Mental-Health-Anwendungen im Rahmen von Psychotherapie vereinfachen und insbesondere in unterversorgten Regionen verbessern. Gleichzeitig können durch die hohe Effizienz digital unterstützter Psychotherapie mehr Patienten leitliniengerecht behandelt werden.

Die Chancen neuartiger und hochgradig effizienter Therapieansätze sollten genutzt werden, denn sie können den Weg frei machen für die flexibilisierten Behandlungssettings der Zukunft. Um das gewaltige Potenzial der digitalen Gesundheitsversorgung in Deutschland zu nutzen, müssen Politik, Selbstverwaltung und Leistungserbringer zusammenarbeiten. Nur so lassen sich die Barrieren bei der Implementierung zu überwinden und die Einführung digitaler Lösungen zu fördern. Wollen wir dem aktuellen Bedarf gerecht werden, müssen wir neue Wege gehen und uns dafür einsetzen, dass digitale Angebote zielgerichtet, bedarfsgerecht und individualisiert eingesetzt werden. Hierzu müssen sich Mediziner, Medizintechnikbranche, Politik und Entscheidungsträger des selbstverwaltenden Gesundheitssystems an einen Tisch setzen und gemeinsam neue Wege beschreiten.

HSK
HAUPTSTADT
KONGRESS/23

Hauptstadtkongress vom 14. bis 16. Juni

14.06. - 14.00-15.30
Update Telemedizin: Möglichkeiten und Grenzen
15.06. - 11.30-13.00
Virtuelle Kliniken für die Fläche
16.06. - 11.00-12.30
DiGA: Gesundheits-Apps auf Rezept

GASTBEITRAG

Netzwerk statt Stückwerk – Spitzenmedizin in die Fläche bringen

Universitätskliniken sind in Deutschland Institutionen der Länder. Daher sind wir natürlich auch für alle Patientinnen und Patienten in den Ländern da, egal ob sie in der Großstadt, im abgelegenen Bergdorf oder auf der Hallig leben. Das heißt aber nicht, dass alle Patienten in der Universitätsmedizin behandelt werden müssen. Bei besonders schweren oder komplexen Erkrankungen sind wir für diese Patienten aber oftmals die beste Wahl. Und auch jenseits der Maximalversorgung kann die Universitätsmedizin bei der Koordination der Patientenversorgung in der Region durch Weitergabe von Wissen und durch telemedizinische Unterstützung vieles leisten, um Spitzenversorgung in die Fläche zu bringen.

Keine echte Krankenhausplanung

Die derzeit diskutierte Krankenhausreform muss daher insbesondere auch genutzt werden, um zukunftsfähige Strukturen zu schaffen. Denn, der stationäre Sektor in Deutschland ist vielen Fehlentwicklungen ausgesetzt.

Erstens haben wir in den meisten Ländern bislang keine echte Krankenhausplanung. Durch fehlende und uneinheitliche Planungsvorgaben ist vielerorts eine inhomogene und dysfunktionale Versorgungsstruktur gewachsen. Das vorgehaltene Leistungsangebot orientiert sich – auch aufgrund wirtschaftlicher Erwägungen – nicht immer am tatsächlichen Versorgungsbedarf.

Zweitens scheiden mehr Menschen aus dem Arbeitsmarkt aus, als neue hinzukommen. Der demografische Wandel ist demzufolge die größte Herausforderung der Zukunft. Zudem führt eine alternde Bevölkerung auch zu einem höheren Versorgungsbedarf.

Drittens führen die vielen kleinteiligen Krankenhausstrukturen zu einem ineffizienten Einsatz von Personal. Im internationalen Vergleich haben wir heute nicht zu wenige Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte. Das Personal ist aber nicht im Sinne der Patientenversorgung optimal verteilt. Daher kommen wir um eine Konzentration der Krankenhausstrukturen nicht herum.

Viertens haben wir Defizite in der Krankenhausfinanzierung. Jedes Krankenhaus wird für jede Leistung gleich vergütet – unabhängig davon, welche besonderen Leistungen vorgehalten werden, zum Beispiel für eine 24/7-Versorgung. Da für die Behandlung von komplexen und oftmals auch seltenen Fällen in der Universitätsmedizin eine umfassende Vorhaltung an Expertise und medizinisch-technischer Infrastruktur notwendig ist, ergibt sich für die Universitätskliniken meist ein Defizit.

Fünftens haben wir das vorhandene Potenzial bei der Ambulantisierung, Telemedizin und Digitalisierung noch nicht.

Mehr Struktur für die Klinikstruktur

Wir brauchen deutlich mehr Koordination und Abstimmung, um in der (über-)regionalen Versorgung Spitzenmedizin zu vermitteln. Hierfür sind die Universitätskliniken mit ihrem umfangreichen Leistungsangebot – sowohl stationär als auch ambulant – und ihrer besonderen Expertise prädestiniert.

Dies erkennt auch die Regierungskommission an und fordert daher zu Recht, diese Rolle gesetzlich zu verankern und entsprechend zu finanzieren. Ein Level III/IV ist daher zwingend und zukunftsweisend. Netzwerk statt Stückwerk ist dafür unsere Lösung. Eine bedarfsgerechte und zukunftsfähige Struktur der Krankenhäuser in Deutschland beinhaltet eine gestufte Versorgung mit klar definierten Versorgungsaufträgen. Es geht dabei nicht darum, die Patientenversorgung allein auf die Universitätsmedizin und Maximalversorger zu konzentrieren, sondern ein strukturiertes und effizientes System für die zukünftige Patientenversorgung auf den Weg zu bringen.

Spitzenmedizin ist in jedem Krankenhaus möglich. Nicht durch eine Fehlallokation des Personals oder nicht vorhandene Klinikplanung – sondern mit Telemedizin. Dafür sollten wir die Klinikreform nutzen.

Von Jens Scholz

Dass die Bundesländer eigene Anstrengungen unternehmen – wie Nordrhein-Westfalen oder Niedersachsen – zeigt, dass auch sie die Notwendigkeit einer Reform sehen. Die aktuellen Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen belegen, dass die Zukunft in der Versorgung im Netzwerk liegt. Die Universitätskliniken in NRW können sich derzeit vor Kooperationsanfragen anderer Häuser kaum retten. Aktuell bestehen dort schon über 600 Kooperationen und Netzwerke zwischen Universitätskliniken und anderen Krankenhäusern – und die Zahl steigt.

Der Zweck ist klar: mithilfe der Universitätsmedizin über Kooperationen die Kriterien für bestimmte Leistungsgruppen erfüllen und so den Versorgungsauftrag gewährleisten. Nordrhein-Westfalen zeigt, dass man Netzwerk statt Stückwerk braucht. Aber auch im Netzwerk muss am Ende einer die Versorgung in der Region steuern. Naturgemäß fällt diese Rolle den Universitätskliniken zu, beziehungsweise, wo solche nicht vorhanden ist, auch anderen Maximalversorgern. Im Netzwerk muss jeder seine klar zugewiesene Rolle erfüllen, für die er qualifiziert ist.

Telemedizin bringt Know-how in die Fläche

Wichtiges Instrument bei der Versorgung in der Peripherie ist die Kooperation und telemedizinische Vernetzung kleinerer Häuser mit der Universitätsmedizin. So können wir das Know-how in die Fläche bringen. Auch darauf legt die Regierungskommission einen Fokus in ihrer Empfehlung.

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) macht das in vielen Bereichen bereits. Denn alle technischen Voraussetzungen sind auf dem Markt. Hier einige Stichworte: Austausch radiologischer Bilddaten, virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche, Trauma-, Schlaganfall- und Herzinsuffizienznetzwerke.

Die Beispiele an anderen Universitätskliniken quer durch die Republik sind zahlreich. In Nordrhein-Westfalen ist das „Virtuelle Krankenhaus“ getrieben durch die Pandemie früher an den Start gegangen, als das ursprünglich geplant war. Dort haben die beiden Unikliniken in Aachen und Münster telemedizinisch andere Krankenhäuser in der Fläche bei der Intensivversorgung von COVID-19-Patienten unterstützt. An den rund 140 angeschlossenen Kliniken konnten so schon weit über 3.000 Tele-Visiten durchgeführt werden. Dadurch konnten Patienten wohnortnah – aber eben auch auf Spitzenniveau – versorgt werden.

Damit wir solche Strukturen auch dauerhaft etablieren können, brauchen wir Investitionen, vor allem in die digitale Infrastruktur unserer Krankenhäuser. Wenn klar ist, wie eine reformierte Krankenhausstruktur aussieht, brauchen wir eine Investitionsoffensive für die Digitalisierung und für die Vernetzung, an der eventuell auch der Bund seinen Anteil hat und bei der nicht wie üblich das Geld mit der Gießkanne verteilt wird.

Heben wir also das Potenzial der Digitalisierung, der Telemedizin, insbesondere zwischen Unikliniken und kleineren Krankenhäusern!



Prof. Dr. Dr. h.c. mult.
Jens Scholz

Ist Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) sowie wissenschaftlicher Leiter des Forums Spitzenmedizin des Hauptstadtkongresses für Medizin und Gesundheit (HSK).
© FREYA LÜCKE



Hauptstadtkongress vom 14. bis 16. Juni
14.06. - 16.30-18.00
Umbau der Krankenhauslandschaft
15.06. - 09.00-10.30
Forum Spitzenmedizin: Wie viel Spitzenmedizin braucht die neue Krankenhauslandschaft – und welche?

GASTBEITRAG

Pflege als Heilberuf anerkennen und mit mehr Kompetenzen versehen

Das Bild der Pflege in der Öffentlichkeit ist geprägt von einzelnen Tätigkeiten, die zunächst banal erscheinen – wie zum Beispiel Essen anreichen oder Körperpflege. Dabei ist Pflege mehr, denn es geht nicht um die Aneinanderreihung von einzelnen Tätigkeiten, sondern diese sind im Kontext zur Gesamtsituation der Patienten zu bewerten. Bei kranken Menschen oder hilfebedürftigen Personen geht es um das Verstehen des Ganzen mit all seinen Facetten, Nuancen und Schattierungen, um das Erfassen des Problemzusammenhangs.

Und weil das so ist, wird oft die Frage gestellt, warum Pflege studiert und akademisch ausgebildet werden soll? Vielen erschließt sich die Notwendigkeit nicht, und so hält sich das tradierte Bild der Pflege und die Einschätzung „Pflegen kann jeder“ über die Jahre hinweg hartnäckig, in der Gesellschaft, in der Politik und sogar unter den Gesundheitsprofessionen.

Dies gilt in Österreich ebenso wie in Deutschland aufgrund der im Pflegeberuf geringen Verantwortungs- und Handlungsautonomie. In vielen anderen Ländern der Welt ist das anders. Und so ist man immer wieder verwundert, wenn Ärzte berichten, während ihrer Auslandsaufenthalte Pflegenden in einer anderen, erweiterten verantwortungsvollen professionellen Rolle erlebt und geschätzt zu haben. Kaum zurück in Deutschland spürt man davon wenig, im Gegenteil. Die noch immer ausgeprägte Hierarchie im Krankenhaus pflegt nach wie vor das traditionelle Bild von „Arzt ordnet an, Pflege übt aus“. Dabei sieht der Alltag in der Praxis längst anders aus. Pflege übernimmt viele Aufgaben, die primär dem Arzt vorbehalten sind und die er im Rahmen seines Delegationsrechts an die Pflege delegieren kann.

Delegation geht mit viel Bürokratie einher

Hierzu gehören beispielsweise Blutentnahmen, subkutane und intramuskuläre Injektionen, Verbandswechsel, Infusionen, Chemotherapie anhängen, Inhalationen und Schmerzmittel verabreichen. Dies ist jedoch nicht so ohne Weiteres möglich. Bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten sind Grundsätze zu beachten. So dürfen nicht-ärztlichem Personal nur solche Verrichtungen übertragen werden, die seinen theoretischen und praktischen Kenntnissen entsprechen, zudem müssen diejenigen sowohl formelle (Abschluss) als auch materielle (erlernte Fähigkeiten) Qualifikation vorweisen können.

Darüber hinaus sind Freiwilligkeit und Bereitschaft, Dokumentation, Remonstrationsrecht und -pflicht, Gefährdungsrisiko sowie Hinweise aus Gesetzen und Rechtsprechungen zu berücksichtigen. Viele Einrichtungen haben zur Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten eine Dienstvereinbarung (DV) mit der Personalvertretung geschlossen. In einer DV sind die Rahmenbedingungen festgelegt, unter denen eine Delegation von ausgewählten Tätigkeiten an Gesundheitsfachberufe ermöglicht wird.

Die Umsetzung der Delegation ärztlicher Tätigkeiten ist für alle Beteiligten mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden. Denn jede neue Pflegefachperson muss vor der Übernahme der Tätigkeiten das Schulungskonzept in der Theorie und Praxis durchlaufen, die entsprechende Dokumentation muss erfolgen und ein Befähigungsnachweis ausgestellt werden. In einer großen Klinik mit etwa 200 Neueinstellungen pro Jahr kann man erahnen, wie hoch der Aufwand für alle Beteiligten ist.

Wenn auch die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten über eine Nebenabrede im Arbeitsvertrag geregelt ist, so kann diese Nebenabrede jederzeit von der Pflegefachperson aufgekündigt werden. Geregelter Ablauf und Prozesse können damit unterlaufen und zu Unmut und Konflikten zwischen den Professionen führen. Denn eine reibungslose Zusammenarbeit setzt stabile Prozesse, Klarheit bei den Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sowie eine

„Pflegen kann jeder“: Dieses tradierte Bild der Pflege prägt immer noch Politik und das Verhältnis der Gesundheitsprofessionen. Die Pflege muss daher als Heilberuf anerkannt werden, Pflegenden müssen mehr Kompetenzen erhalten.

Von Vera Lux

verbindliche Aufgabenverteilung voraus. Als Anlass für die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten wird häufig die Entlastung der Ärzte genannt. Pflegenden aber arbeiten selbst am Limit und sind wenig begeistert, wenn sie ärztliche Tätigkeiten noch zusätzlich zu ihren Aufgaben und ohne personellen Ausgleich übernehmen sollen. Konflikte sind also programmiert, wenn die Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Kosten der pflegerischen Versorgung und nicht primär zur Verbesserung der Prozesse und Abläufe und damit zum Wohle der Patienten geschieht. Die generelle Bereitschaft der Pflegenden ist gegeben, aber unter einem anderen Fokus und unter anderen Bedingungen.

Anerkennung von Pflege als Heilberuf wichtig

Noch zielführender als die Delegation wäre die Anerkennung als Heilberuf und der damit verbundenen Heilkundeübertragung auf die Pflege. Aber genau an diesem Punkt kommen wir seit Jahren keinen Schritt voran. Zwar wurde die Möglichkeit der Erprobung über Modellversuche mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 über Paragraph 63 Abs. 3c SGB V geschaffen, aber bisher kaum genutzt, wie eine Bestandsaufnahme der Fachkommission nach Paragraph 53 PflBG aufzeigt.

Mit dem Pflegeberufegesetz (PflBG) wurden mit Paragraph 14 Abs. 4 zwar neue Möglichkeiten geschaffen, um über die Ausbildungsinhalte hinaus Ausbildungsangebote für erweiterte Kompetenzen für heilkundliche Aufgaben aufzubauen. Dazu wurden ein Grundlagenmodul sowie acht Wahlmodule entwickelt. Aber auch hier sind bisher kaum Modellvorhaben auf den Weg gebracht worden.

Denn ungeklärt bleibt die Finanzierung dieser Ausbildungsinhalte, und letztlich fehlen die Rollenprofile im beruflichen Alltag. Solange die Pflege nicht als Heilberuf anerkannt und selbstständige Heilkunde ausüben darf, bleibt es bei den tradierten Rollen mit geringer Autonomie. Ich kann mich nicht des Eindrucks erwehren, dass das letztlich auch so gewollt ist. Denn es geht immer auch um Macht (Medizin) und Geld (Kostenträger).

Die demografische Entwicklung stellt uns vor Herausforderungen, die es in dem Ausmaß bisher nicht gab. Ohne enge Zusammenarbeit der Disziplinen und Umverteilung von Verantwortung und Aufgaben sind diese nicht zu meistern. Auch junge Ärztinnen und Ärzte sehen die Zukunft in einer interprofessionellen und teamorientierten Patientenversorgung. Alte Denkstrukturen müssen abgelegt, Hierarchien abgebaut und interprofessionelle Aus- und Weiterbildung gefördert werden. Wichtig dabei ist zu wissen, welche Kompetenzen Gesundheitsfachberufe haben und eine klare Abstimmung der Aufgabenverteilung.

Für die Pflegenden dagegen steht mehr Autonomie durch die Anerkennung als Heilberuf und die Übertragung von Heilkunde im Vordergrund. Dazu gehört auch die Verankerung im Leistungsrecht als Leistungserbringer. Denn warum müssen Pflegefachpersonen noch immer einer ärztlichen Verordnung hinterherlaufen, um ein Pflegebett oder Lagerungsmittel zu verschreiben, Pflaster und Verbandsmaterial anzuordnen, Inkontinenzmaterial zu verschreiben oder ein Schmerzmittel bereitzustellen.

Die Sicherstellung der Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen sollte für die Politik Auftrag und Antrieb genug sein, hierfür nun endlich die rechtlichen Rahmenbedingungen zu schaffen. Für Modellprojekte jedenfalls ist keine Zeit mehr. Die Pflegekatastrophe rollt mit großer Geschwindigkeit auf uns zu.



Vera Lux

ist Managementberaterin Pflege und Health Care, Wissenschaftliche Leiterin des Pflegemanagementkongresses auf dem Hauptstadtkongress 2023.

© JOACHIM SCHMIDT-DOMINE



Hauptstadtkongress vom 14. bis 16. Juni

15.06. - 09:00-10:30

Sind Pflegekräfte die neuen Ärzte? Über die aktuellen Projekte zur Kompetenzerweiterung

16.06. - 09:00-10:30

„Ambulante Palliativversorgung“: Warum nicht Blaupause auch für andere Bereiche?



Noch kann gestaltet werden, welche Rolle die Pflege in der neuen Versorgungslandschaft spielen wird.

Pflegemanagementkongress auf dem Hauptstadtkongress 2023

Pflege und Versorgung zu neuen Bedingungen

Beim Hauptstadtkongress steht beim Pflegemanagementkongress die „Zeitwende“ im Fokus der Diskussionen und Panels. Veränderungsvorhaben aus der Politik liegen geschrieben vor, der Diskurs ist im vollen Gange. Vera Lux erklärt, wo die Chancen für die Pflege und damit die Gesellschaft liegen.

Der Krankenhausreport 2023 hat den Fokus auf das Thema Personal gelegt und dies sicher nicht ohne Grund. Bereits 2020 hat der Bundesverband Managed Care (BMC) darauf hingewiesen, dass dem Gesundheitssystem eher das Personal als das Geld ausgeht (vgl. Amelung, 2020). Die aktuelle Situation in der Pflege zeigt, dass wir nicht weit davon entfernt sind. Seit dem Pflegestär-

kungsgesetz 2020 und der Ausdehnung des Pflegebudgets aus den DRGs werden alle Ist-Kosten für Pflege am Bett vollständig refinanziert, ebenso die Tarifsteigerung 100 Prozent ausgeglichen. Dies ist geradezu ein paradiesischer und nie dagewesener Zustand, wäre nicht der leergefegte Arbeitsmarkt. Laut Arbeitsagentur (Bundesagentur für Arbeit, 2022) gehört der Pflege-

Im Rahmen der Gesundheitsberufshilfe wird ein neues Berufsbild und Aufgabenspektrum entwickelt werden. Dieser Prozess muss in einem qualitativen Personalmanagement, Parallel sind auch Aufgabengrenzen für Pflegepersonen mit einer zweijährigen Pflegepersonenzertifizierung für den ambulanten Bereich sowie die Integration und Ausbildung der neuen Gesundheitsberufe (Level 1) zu realisieren und die entsprechenden Ausbildungsstellen auszuweisen. Zusätzlich angebotene Pflegeleistungen sind besser regional gesteuert, was in Kombination mit pflegerischen Angeboten, Beratungsdiensten und der Lebenshilfe eine solide und breitere Basis für die pflegerische Gesundheitsversorgung in der Zukunft zu bilden, wie es in der Abbildung 1 auf Seite 2 dargestellt ist.

Vera Lux
Managementleiterin Pflege und Health Care, Karlsruher Institut für Health Care

Pflegemanagementkongress auf dem HSK

Auf dem HSK Pflegemanagementkongress 2023 auf dem kommenden Hauptstadtkongress (HSK) vom 14. bis zum 16. Juni 2023 in Berlin stehen auch Fragen der Pflege (Pflege, Politik, Management, Unternehmenskultur, Führung, Start-ups, Industrie, Selbstverwaltung und Kassen) im Mittelpunkt, um die Herausforderung der Versorgung zu diskutieren. Es darf gestritten, gefordert und konstruktiv diskutiert werden, damit der beste Weg gefunden werden kann. Die Veranstalter und die wissenschaftliche Leitung (HSK) erwarten ein buntes Programm mit spannenden Sessions sowie rundhaften Referenzen und Referenten aus dem Pflegemanagement und der Pflegepolitik. Die aufgeführten Programme sind in Kürze zur Verfügung und kann unter www.hauptstadtkongress.de/pflegemanagementkongress eingesehen werden.

Ausführliche Interviews mit der HSK-Spitze online

HSK hat mit der neuen HSK-Spitze in Vorbereitung zum Branchen Event im Sommer 2023 gesprochen – über die Themen auf dem Hauptstadtkongress, aber auch Politisches.

- Prof. Dr. Karl-Heinz Grottel, Kongresspräsident des HSK, über das Umsetzungsgeschehen im Gesundheitswesen und die Bedeutung möglicher Einseitigkeiten: www.hcm-magazin.de/Interview
- Dr. Matthias Bracht, Wissenschaftlicher Leiter Gesundheitsmanagementkongress, über die Möglichkeiten durch eine Referenzstruktur: www.hcm-magazin.de/Bracht
- Vera Lux, Wissenschaftliche Leiterin Pflegemanagementkongress, über die Chancen gut ausgebildeter Teams in der Gestaltung des Wandels: www.hcm-magazin.de/Lux
- Dr. Iris Haack, Wissenschaftliche Leiterin Arbeitsmarkt, über die Situation gegenüber einer „Jahreskonstante“ und der Relevanz des Fokus auf die Patientenperspektive: www.hcm-magazin.de/Health
- Wolfgang von den Steig, Wissenschaftlicher Leiter Hauptstadtkongress Gesundheitspolitik, über das wichtigste Jahr 2023 und das Abkürzen der Gesundheitspolitik: www.hcm-magazin.de/Vollberg

HCM | 14. Jg. | Ausgabe 3/2023

„Es muss klar sein, wer was macht“

Eine Krankenhausreform ohne klare Steuerungsmodule ist für Dr. Matthias Bracht sinnlos. Der Vorstandsvorsitzende der Allianz kommunaler Großkrankenhäuser hadert mit der deutschen Art, gute Ideen kaputtzureden.

Das Interview führten
Anno Fricke und Julia Frisch

Die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Großkrankenhäuser (AKG) hat sich zum Ziel gesetzt, in Richtung eines gesamtgesellschaftlich getragenen und gesteuerten Strukturwandels gehen zu wollen. Inwieweit begegnen sich dieses Ziel und die angelaufene Krankenhausreform?
Aus unserer Überzeugung passt das sehr gut zusammen. Die Vorschläge der Regierungskommission gehen genau in diese Richtung. Sie wollen die Versorgung so strukturieren, dass nicht jeder alles macht.

... sondern stattdessen was anstoßen?
Dass sich über die Zuweisung von Versorgungsrollen, Versorgungsfähigkeiten und Versorgungszuständigkeiten bedarfsgerechte Strukturen herausbilden, wie wir sie tatsächlich brauchen. Nicht mehr und nicht weniger. Das ist, so glaube ich, absolut notwendig, um in diesem Umfeld von Fachkräftemangel und zunehmender Innovation in der Medizin Versorgung für alle zukunftssicher anbieten zu können.

Die Reform misst ja den Maximalversorgern Verantwortung für die darunter liegenden Versorgungsstufen zu. Gibt es dafür eigentlich schon Praxisbeispiele?

Ja, aber ich fange mal eine Stufe drüber an. Erst einmal ist die angesprochene koordinierende Rolle im regionalen Kontext auf jeden Fall sinnvoll und notwendig. Und das bezieht sich sowohl auf stationäre Versorgung als auch auf die Schnittstelle ambulant und stationär.

Warum auf jeden Fall sinnvoll?

Wenn jeder seine Versorgungsrolle wahrnehmen soll, und zwar gut wahrnehmen soll, dann muss er auch im Gesamtsystem diejenigen Patienten zugewiesen bekommen, für die er die besten Voraussetzungen vorhält und er somit für sie zuständig sein kann. Das dient ja allen. Und dabei ist mir vorweg eines ganz wichtig: Jede Versorgungsrolle ist wichtig und versorgungsrelevant.

Zieht das jemand in Zweifel?
Das geht in der Diskussion immer so ein bisschen in die falsche Richtung.

Weil es eben heißt, nur die Maximalmedizin sei die wichtige und notwendige. Das ist inhaltlich aber völlig falsch. Wir brauchen natürlich auch die Grund- und Regelversorgung. Es ergibt keinen Sinn, wenn Maximalversorger Grund- und Regelversorgung machen. Trotzdem ist sie sinnvoll und notwendig für unsere Gesellschaft. Das gleiche gilt für die ambulante Versorgung.

Und wie sind nun die Erfahrungen mit der Steuerungsfunktion?

In der Corona-Pandemie ist es gelungen, solche Steuerungsfunktionen auch im stationären Sektor von Leitkliniken wahrzunehmen. Das ist geradezu ein Paradebeispiel dafür. Es gibt viele Beispiele, wo Intensivpatienten koordiniert und weitergeleitet wurden. Ihre Frage ging aber in Richtung der ambulanten Strukturen. Da gibt es auch Beispiele, wo telemedizinisch das Know-how eines Krankenhauses genutzt wird. Wir haben in Hannover ein radiologisches MVZ an einem Krankenhaus, das natürlich mit der stationären radiologischen Versorgung verflochten ist. Solche Modelle gibt es, aber es gibt viel zu wenige davon. Das muss man an dieser Stelle festhalten.

Wer soll die Koordinierungsrolle denn ausfüllen? Nur die Maximalversorger oder wäre es sinnvoll, für alle Bereiche der Behandlung?

Wir sind davon ein System vorzuziehen. Das ist der Regelschlag der Regel. Und diese Leistung haben eine Verteilung und ein Versorgungslevel und die Versorgung. Sonst ergibt das die erste Grobschätzung. Das heißt, man braucht eine Anzeigenebene. Da reicht es, wenn es in der Versorgung ist.

Und was kommt dann?

Für die nächste ist es sinnvoll, wenn man einnimmt, dass man die Versorgung kennt. Das hat die Zuweisung und diese Frage muss man antworten. Es höchste in eine Versorgungsstufe.

Maximalversorger, in der Fläche vielleicht auch mal ein Schwerpunktversorger sein. Und es kann eine Universitätsklinik sein.

Sie sprechen von weitgehend differenzierten Leistungsgruppen. Wenn wir es richtig verstehen, wollen die Länder das so nicht. Wie kommt das bei Ihnen an, was die Länder in den Reformprozess hineinrufen?

Ich kann da noch keine Linie entdecken. Dass die Länder sich so zurückhalten, diesen Weg zu unterstützen, halte ich aus inhaltlichen Gründen für falsch. Wir brauchen eine stärkere Strukturierung von Versorgungsrollen. Das heißt: Nicht jeder macht alles. Oder wollen wir, dass jedes Land sein System macht und aus dem Bauch heraus entscheidet, wo man ein Krankenhaus braucht und was es macht? So war es schließlich in der Vergangenheit. Und das Ergebnis ist kein gutes, das stellen wir ja gerade fest. Um es ganz hart zu sagen: Wenn es den Ländern in der Vergangenheit gelungen wäre, eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung in ihrer Verantwortung umzusetzen, dann hätten wir jetzt nicht einen solchen Handlungsdruck.

Stichwort Tagesbehandlung: Uns würde interessieren, wie viele der bislang stationären Behandlungen könnten überhaupt als Tagesbehandlung laufen? Und droht aus

chern? Typisch deutsch! Anstatt die Idee als Vision anzunehmen und zu sagen, ja, jetzt schauen wir mal, mit welchen Schritten wir uns nähern können.

Wie sieht es denn mit der sektorgleichen Vergütung aus? Da wird wohl das BMD eine Rechtsverordnung erlassen müssen. Rechnen Sie denn damit, dass das überhaupt schnell gehen kann?

Na ja, es gibt ja zumindest das Ziel, dies schnell umzusetzen. Erfahrungsgemäß dauert es dann länger. Es stellt sich aber die Frage, ob das alleine reicht? Andererseits formuliert: Was müssen wir tun, um wirklich eine stärkere ambulante Medizin zu bekommen?

Was müssen wir tun?

Das Vergütungssystem ist immer auch ein Anreizsystem, etwas zu tun, oder eben nicht. Darin steckt auch die Erklärung, warum wir im Vergleich zu anderen Ländern so viel stationär machen. Wir lassen zu, dass wir in unserem ambulanten Vergütungssystem sehr starke Reglementierungen haben und das ambulante System quasi selbst entscheidet, was es macht und was es weiter schickt.

Welche Folgen hat das?

Es landet viel im Krankenhaus. Und neben dem, was aus medizinischen Gründen richtigweise dort landet, landet auch das, was für das ambulante System nicht passt, nicht lukrativ ist, nicht abgebildet werden kann. Das passiert, wenn man Lösungen immer nur aus den bestehenden Strukturen heraus denkt und nicht vom Versorgungsbedarf her. Die Tagesbehandlung ist ein Beispiel dafür. Sie wäre inhaltlich aus der Versorgungssicht total sinnvoll. Sie scheitert an unseren Strukturen und Interessenlagen.

Ist die Vergütung nicht das entscheidende Vehikel, um bei der Ambulantisierung voranzukommen?

Sie ist ein wichtiger, notwendiger Ansatz. Aber sie reicht alleine nicht. Ich versuche mal, das deutlich zu machen: Wenn wir jetzt mehr Behandlungen für die ambulante Leistungserbringung lukrativ oder interessant machen, dann ist ja die Frage, wer reagiert auf diesen Anreiz und baut Versorgungsstrukturen aus? Und führt das zu einer verstärkten Doppelverteilung? Das ist aber das, was wir aus meiner Sicht verhindern müssen, weil wir für Doppelverteilungen keine Ressourcen

mehr haben – personell und finanziell. Wir müssen also inhaltlich gucken, welche Behandlungen sind – platt gesagt – ambulant überall möglich und welche Behandlungen benötigen besondere Know-how oder eine besondere technische Ausstattung, die man auch für die stationäre Versorgung benötigt und weshalb man die Behandlung auch nur dort anbietet. Dabei ist mir egal, wer die Behandlung vornimmt, ob es das Krankenhaus ist oder ein Niedergelassener am Krankenhaus. Die Frage ist, ob eine solche Entwicklung allein ein Vergütungssystem treiben kann. Auf jeden Fall dürfen die Anreize nicht dafür sorgen, dass es einfach mehr Geld gibt und dadurch noch mehr doppelte Vorhaltestrukturen entstehen. Wir brauchen nicht die fünfte niedergelassene Röntgenpraxis, wenn die auf Kosten der Personalausstattung der Röntgenabteilung des Krankenhauses geht.

Außerdem brauchen wir einen Katalog an Leistungen, die wirklich nur noch ambulant erbracht werden dürfen?
Vom Grundsatz her ist es richtig, stärker Druck dabei zu machen, dass das, was medizinisch geht, auch ambulant behandelt wird. Aber dabei darf man nicht vergessen, dass ambulante Behandlung nicht gleich ambulante Behandlung ist. Es gibt einfache und es gibt komplexe, schwierige ambulante Behandlungen. Und letztere schicken die Niedergelassenen ins Krankenhaus. Wenn wir wollen, dass die komplexen, schwierigen und pflegebedürftigen Behandlungsfälle ambulant versorgt werden, brauchen wir eine Differenzierung in der Vergütung zwischen den schwierigen und leichteren Fällen.

Die Verzahnung der Sektoren benötigt Infrastruktur, auch digital. Wie weit sehen Sie uns da?

Schlimm, kann man nur sagen, das ist ein Trauerspiel in Deutschland. Wenn ich sehe, welche Möglichkeiten wir uns allein durch die Diskussion um den Datenschutz nehmen oder über die Festlegung von verbindlichen Standards – ja, da kommt man schon ins Grübeln. Wenn wir den Patienten die Entscheidung überlassen würden, was mit ihren Daten passiert, glaube ich, werden die allermeisten bereit sein, ihre Daten stärker und einfacher verfügbar zu machen für ihre Behandlung als es sich im Moment der Gesetzgeber vorstellen kann.

Vielen Dank für das Gespräch.



Dr. Matthias Bracht

ist Arzt, Krankenhaus-Betriebswirt, Medizin-Geschäftsführer und Vorstandsvorsitzender der Allianz kommunaler Großkrankenhäuser (AKG). Er ist auf dem HSK wissenschaftlicher Leiter des Gesundheitsmanagementkongresses.

© KRM



Hauptstadtkongress: Lauterbach kommt nicht zur Eröffnung des

In diesen Stunden öffnet der [Hauptstadtkongress 2023](#) in der Messe Berlin-Süd (hub 27) seine Türen. Zur Kongresseröffnung wird einer nicht kommen, der derzeit im Zentrum der gesundheitspolitischen Debatte steht: Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach. An seiner Stelle wird Staatssekretär Prof. Edgar Franke das BMG vertreten. Zum Streitthema der Krankenhausreform werden die Opposition im Bundestag und die kritische Ärzteschaft hingegen sehr prominent vertreten sein. Lauterbach-Gegner Klaus Holetschek, Bayerischer Staatsminister für Gesundheit und Pflege, wird ebenso präsent sein wie Dr. Gerald Gaß, Vorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft, und Prof. Nicola Buhlinger-Göpfahrt, stell-

vertretende Bundesvorsitzende des Deutschen Hausärzteverbands.

Revolution statt „nur“ einer Reform?

Als „Revolution“ hat Gesundheitsminister Lauterbach die Krankenhausreform angekündigt, und dass sich in Deutschlands Kliniklandschaft wirklich etwas ändern muss, ist längst kein Geheimnis mehr: Betten bleiben leer, Personal fehlt, Geld auch. Aber muss es gleich eine „Revolution“ sein? „Ja!“, sagt Prof. Boris Augurzky, Leiter Gesundheit am RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und Mit-Autor des Krankenhaus Rating Reports. „Eine Rückkehr zur Vor-Corona-Zeit wird es nicht mehr geben. Nun stehen die Krankenhäuser

vor der Aufgabe, sich der veränderten Situation anzupassen. Sie haben von den staatlichen Pandemiehilfen profitiert, aber strukturelle Veränderungen sind bislang weitestgehend ausgeblieben. Mit der Folge, dass es nun eine große Reform braucht.“

Doch wie ernst ist die Lage genau? Welche Einschnitte sind nötig? Und wie könnte eine künftige Krankenhausstruktur aussehen? Diese und weitere Antworten liefert der morgen mit Spannung erwartete Krankenhaus Rating Report 2023 mit dem Titel „Die Revolution?!“, dessen in Berlin vorgestellt wird. Der Hauptstadtkongress findet bis Freitag in der Hauptstadt statt.

Teil 2: Berichterstattung während des Kongresses

Zweifel an der Krankenhausreform

Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit sieht sich als Leitveranstaltung für die Branche

Der Hauptstadtkongress lockt Fachbesucher und Gesundheitspolitiker gleichermaßen. Kontrovers debattiert wird etwa die geplante Krankenhausreform und das Vorgehen des Gesundheitsministers.

Auf dem alljährlichen Hauptstadtkongress Gesundheit und Medizin wurden mehr als 5000 Besucher begrüßt, so viele nahmen jedenfalls an der Eröffnung vor Ort am Mittwoch teil. Angesprochen wird mit der Veranstaltung vor allem die Gesundheitswirtschaft, wenn es auch diverse Nebentermine gibt, darunter einen Pflegemanagementkongress und ein Ärzteforum. Für die Profis aus der Branche ist das Ganze im Bereich zwischen 329 bis 849 Euro Brutto kostenpflichtig. Die Industrie darf, wie meist üblich, zu Satellitensymposien einladen. Pfizer will hier Impulse für einen Masterplan Pflege geben, während die Mylan Germany GmbH den Übergang eines Medikaments gegen erektile Dysfunktion in die Freiverkäuflichkeit diskutieren lässt, inklusive der Bedeutung für Patienten und Gesundheitssystem. Interessant ist auch das Format des ethischen Cafés, das von unternehmensfreundlichen Thesen ausgeht. So spricht etwa ein Vertreter des Krankenhauskonzerns Helios zum Thema »Geld verdienen und ein guter Mensch sein«.

Die Themen- und Anbietervielfalt ist groß, und das könnte eines der Probleme der Gesamtveranstaltung sein, die durchaus von großen Nachrichtenagenturen ignoriert wird. Als Kongresspräsident fungiert Karl Max Einhäupl, Neurologe und ehemaliger Charité-Vorstand. Es dürfte unter anderem seiner Bekanntheit zu verdanken sein, dass zur Eröffnung des dreitägigen Kongresses am Mittwoch in Berlin einiges an Prominenz aufgeboten werden konnte.

Einhäupl gibt ein paar Stichpunkte aus der aktuellen Debatte vor: Es fehlen Fachkräfte von der Pflege bis hin zu Ärzten. »Aber in dieser Frage wird es nie wieder, wie es war.« Der Medizin-Veteran weiß, wo es in Zukunft hingehen wird: »Mit weniger Kräften muss mehr Arbeit geleistet werden.« Zielvorstellungen hat er auch in Sachen Krankenhausreform: Es ginge nicht einfach um Schließungen, sondern um mehr Qualität.

Ausführlicher wird Einhäupl, der einst auch Vorsitzender des Wissenschaftsrates war, beim Thema Digitalisierung. Eine große Herausforderung wäre die Mustererkennung in Fächern wie der Radiologie, der Pathologie und der Dermatologie. Hier könnten Fachärzte entlastet werden. Der Neurologe hofft zugleich auf Wearables, die wie Uhren getragen werden und Körperfunktionen registrieren. Sie könnten anhand von Bewegungs- und Sprachmustern die Diagnose von psychischen Krankheiten erleichtern, so die Vorstellung. Auch hier stehen Personalprobleme vor der Tür: Die IT-basierte Molekulardiagnostik, die für immer mehr Therapien nötig ist, bräuchte ebenfalls Spezialisten, die kaum auf dem Arbeitsmarkt verfügbar seien.

Darüber hinaus gerät die Kongresseröffnung zum Schlagabtausch in Sachen Krankenhausreform, in dem der bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek (CSU) pauschal gegen das Prozedere bei der Krankenhausreform austeilt. Nicht überraschend beharrt der Minister auf der Zuständigkeit der Län-

der für die Klinikplanung und weist darauf hin, dass jede Vergütungsreform des Bundes von den Ländern verfassungsrechtlich geprüft werden könne. Mit populistischer Geste stellt sich Holetschek vor »die Menschen, die täglich in der Praxis ihr Bestes geben«. Krankenhäusern in der Fläche, wo diese Beschäftigten Dienst tun, dürfe man nicht einfach die Qualität absprechen. Andererseits bestreitet auch Holetschek nicht, dass eine Reform nötig sei. Nur dürfe nicht der Bund entscheiden, wo welche Versorgung nötig ist. Eine intelligente Strukturreform müsse mit allen Beteiligten gemacht werden, darunter auch mit den niedergelassenen Ärzten, und das ginge nur im Dialog.

In die Kerbe schlägt auch die Vertreterin der Hausärzte, Nicola Buhlinger-Göpfahrt. Ihre Berufsgruppe hätte in der Pandemie fünf Prozent der Covid-Patienten in Kliniken überwiesen, der Rest sei ambulant versorgt worden. Die Krankenhausreform betreffe alle Sektoren, entsprechend müssten gemeinsame Konzepte entwickelt werden. Stattdessen, so auch ihr Vorwurf, würde über die Hausärzte geredet und nicht mit ihnen. Auch Gerald Gaß von der Deutschen Krankenhausgesellschaft findet den Prozess der Reform »miserabel vom Bund aufgesetzt« und verweist auf den »riesigen Streit zwischen Bund und Ländern«. Er befürchtet, dass die Reform wieder nur kleinteilige Regeln bringe und dennoch »ein ähnliches Durchwursteln wie bisher«.

HSK 2023: 500 Tage Gesundheitspolitik im Check

📅 14.06.2023

„Mehr Fortschritt wagen – viel versprochen, wenig gehalten?“ Auf dem Hauptstadtkongress 2023 (HSK) in Berlin diskutierten die Bundestagsparteien über die Bilanz der Regierung in Sachen Gesundheitspolitik. Es war ein Schlagabtausch – durchaus mit Unterhaltungswert.

Noch rund 840 Tage hat die Ampel, um ihre im Koalitionsvertrag formulierten gesundheitspolitischen Ziele umzusetzen – rund 500 Tage sind rum. Zeit für einen Koalitionsvertrags-Check, dachten sich die Organisatoren des HSK, es ist so gut wie Halbzeit. Die Gesundheitspolitiker:innen Maria Klein-Schmeink (Grüne) und Professor Andrew Ullmann (FDP) mussten sich von den Linken (Kathrin Vogler) und der CDU/CSU (Stephan Pilsinger) einiges anhören.

Die Debatte – ausgerechnet an dem Tag, an dem bundesweit die Apotheker:innen auf die Barrikaden gingen. Für die allermeisten der Apotheken im Land hieß das: Wir machen dicht. **Allein in Düsseldorf gingen 7.500 Menschen auf die Straße, in Berlin waren es 5.000.** Ihre Botschaft: Wir wollen uns nicht kaputtsparen lassen. Sie sind mehr als unzufrieden mit der Gesundheitspolitik der Ampel – die Wut auf die Politik ist gewaltig.

CDU/CSU: Gesetze im Schneckentempo

Auf dem HSK-Podium waren sich die vertretenen Parteien zumindest einig, dass sie dafür Verständnis haben: „Es gibt halt einige Apotheken, die mit immensen Problemen zu kämpfen haben und unter den seit 10 Jahren nicht mehr angepassten Honoraren ebenso leiden, wie unter der nahezu ehrenamtlichen Bewältigung der Arzneimittelengpässe“, so Kathrin Vogler. „Wenn alle 19 Stunden in Deutschland eine Apotheke für immer schließt, dann kriegen wir ein Versorgungsproblem.“ Ampelpolitikerin Maria Klein-Schmeink versprach Besserung, man habe 2 Versorgungsgesetze in Planung. CSU-Mann Pilsinger geht das alles nicht schnell genug: „Bisher gab es 10 Gesetze, keines mit großartigem Neuigkeitswert.“ Er sprach von „Schneckentempo“.

Schaut man auf die Gesundheitspolitik, erscheint das Lösen gordischer Knoten wie ein Kinderspiel: Deutschlands Politiker:innen stehen vor gewaltigen Aufgaben. Die Kassenlage ist angespannt – nach dem **Hauruckgesetz zur GKV-Finanzstabilisierung** (GKV-FinStG) zum notdürftigen Stopfen von Budgetlöchern für dieses Jahr, rechnen die Krankenkassen für das kommende Jahr wieder mit einem Minus zwischen 3 und 7 Milliarden Euro. Gleichzeitig steht das Gesundheitswesen vor einem nie dagewesenen Reformstau. Doch um tiefgreifende Reformen durchzusetzen, muss erst einmal investiert werden. Es ist sehr viel Geld nötig, um überhaupt die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass das Gesundheitssystem durchlässiger, transparenter, digitaler und effizienter wird. Doch diese Milliarden sieht momentan niemand; der Bundesfinanzminister ist da sehr deutlich. Ein weiteres Problem: Die durch die Investitionen angepeilten Einsparungen werden sich erst in einigen Jahren bemerkbar machen. Es wird erstmal alles teuer, bevor es günstiger wird.

GKV: Strukturreformen sollen kommen

„Wir haben kein Einnahmenproblem, die Kasseneinnahmen waren nie so hoch wie heute. Wir haben ein Ausgabenproblem, das System ist ineffizient“, stellte FDP-Politiker Ullmann fest. Es bestehe Fehl-, Unter- und Überversorgung. Die Ampel will das Problem mit 2 Versorgungsgesetzen angehen; außerdem wird gerade um die Reform der Krankenhauslandschaft gestritten. Nach den Sommerferien soll es konkret werden. Bleibt zu hoffen, dass sich nicht das wiederholt, was bei der Krankenhaus-Reform geschehen ist: Vor 16 Jahren gab es die ersten Gutachten, die auf dringende Veränderungen in der Krankenhauslandschaft drängten, so Klein-Schmeink. Aber geschehen ist wenig bis nichts. „Wir brauchen jetzt Investitionen in die Veränderung und wir kommen mit dem, was wir jetzt an Einnahmen haben, nicht hin. Hinzu kommt der medizinische Fortschritt, der finanziert werden will. Und wir müssen in die Digitalisierung investieren.“ Sie versprach mehr Tempo. Pilsinger bot an zu helfen: „Rufen Sie uns an.“ Schließlich verstehe man sich als konstruktive Service-Opposition. Bei den beiden Ampel-Koalitionären sorgte das für Heiterkeit – offenbar liegen die Vorstellungen, was „konstruktiv“ ist, auseinander.



HSK: Die Bundestagsparteien diskutierten über die Bilanz der Regierung in Sachen Gesundheitspolitik. Foto: Pharma Fakten



HSK: „Hier wird Zukunft gemacht“? Foto: Pharma Fakten

Interessant war auch, was auf dem Podium gar nicht Thema war. Mit dem GKV-FinStG hatte die Koalition im vergangenen Herbst die Pharmabranche auf die Palme gebracht. Aus ihrer Sicht ist es klar innovationsfeindlich, weil es etwa Schrittinnovationen den Innovationscharakter abspricht und viele Kombinationspräparate, die gerade in der Krebsbehandlung eine wichtige Rolle spielen, preislich diskriminiert. **Die Regelungen im Rahmen des sogenannten AMNOG-Verfahrens sollen deshalb eigentlich auf den Prüfstand.** Denn die Befürchtung ist, dass sich die Versorgung mit innovativen Arzneimitteln in Deutschland deutlich verschlechtern könnte.

Und so bleibt sich die deutsche Gesundheitspolitik treu: Es geht immer fast ausschließlich um das System selbst – und seine Finanzierung. **Eine integrierte Politik, die Gesundheit als Wirtschafts- und Wissenschaftspolitik versteht, ist nicht in Sicht** – zumindest nicht auf Bundesebene. Schließlich ist moderne Gesundheitspolitik weit mehr als die Frage, ob das GKV-System irgendwie funktioniert.

Draußen am Messegebäude hing es wieder, dieses Plakat mit der Aufschrift: „Hier wird Zukunft gemacht“ – **so ähnlich wie schon vergangenes Jahr.** Drinnen – auf dem Podium – sah das ein wenig anders aus. Dort ist die Zukunft bisher nur angekündigt.

Krankenhausreform: Minister geht von Insolvenzen aus

Berlin – Für das Jahr 2024 geht Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) von einem finanziell schwierigen Jahr für die Krankenhäuser aus. Die rund fünf Milliarden Euro für Energiehilfen werden nur für 2023 gezahlt. „Das Geld ist dann 2024 weg“, sagte Lauterbach beim Sommerempfang des [GKV-Spitzenverbandes](#) gestern Abend. Er rechne in dem Jahr „mit vielen Insolvenzen“, so der Minister.

Da zu dem Zeitpunkt nach seinen Plänen die Krankenhausreform zwar schon beschlossen, die Finanzwirksamkeit aber erst im Jahr 2025 auswirke, sei in der „Übergangsphase“ mit „schwierigen Zeiten“ zu rechnen, sagte Lauterbach. Zuschüsse oder ähnliche Finanzmittel seitens des Bundes stellte er aber nicht in Aussicht.

Der bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek (CSU) kritisierte diese Aussage des Bundesministers heute auf dem [Hauptstadtkongress](#) deutlich. Es sei nicht akzeptabel, dass es hierfür kein Geld gebe und Insolvenzen damit in Kauf genommen werden, sagte er. „Ein Bundesfinanzminister kann nicht darüber entscheiden, wo welche Versorgung stattfindet“, betonte er. Das müsse nach wie vor Sache der Länder bleiben, pochte Holetschek.

Hintergrund ist, dass Lauterbach zuletzt immer wieder betont hatte, dass Bundesfinanzminister Christian Lindner (FDP) alle Ressorts aufgerufen habe, zu sparen. „Wenn wir nicht nochmal Geld ins System bringen, dann wird es bitter für die Menschen in unserem Land“, sagte Holetschek. Insolvenzen von Krankenhäusern seien damit ein Zufallsprodukt. Der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft ([DKG](#)), Gerald Gaß kritisierte Lauterbachs gestrige Aussage ebenfalls. Diese sei „total unbefriedigend“, der Prozess der geplanten Umwandlung der Krankenhauslandschaft sei vom Bund „miserabel“ aufgesetzt.

Gaß befürchtet, dass die Krankenhäuser nach der Reform viele kleinteilige Regelungen erhalten, die zu einem weiteren „Durchwurschteln“ führen, das bereits in den vergangenen Jahren erlebt worden ist. Auch er erneuerte seine Forderung, dass die Krankenhausreform mit Geld hinterlegt werden und zudem gemeinsam mit allen Beteiligten des Gesundheitssystems gedacht werden müsse.

Holetschek erinnerte auch an das Vorhaben der Ampelkoalition beispielsweise die Finanzierung der Bürgergeldempfänger in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu übernehmen. Der Bund sei verpflichtet, diese zehn Milliarden Euro bereitzustellen, forderte er. Ähnlich wie Gaß erneuerte auch Holetschek seine Forderung, eine Reform gemeinsam mit allen Beteiligten im Gesundheitswesen zu erarbeiten. Die stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Hausärzteverbands, Nicola Buhlinger-Göpfarth bekräftigte ebenfalls, dass die Hausärztinnen und Hausärzte eine zentrale Rolle bei der Gesundheitsversorgung in Deutschland spielen und deshalb auch eine zentrale Rolle bei der geplanten Reform einnehmen sollten. „Wir haben 95 Prozent der COVID-Erkrankten wegversorgt. Fünf Prozent haben wir in Krankenhäuser überwiesen“, so Buhlinger-Göpfarth. Sie forderte sektorenverbindende Konzepte, sonst werde die Krankenhausreform scheitern.

Der parlamentarische Staatssekretär des Bundesgesundheitsministeriums ([BMG](#)), Edgar Franke, entgegnete heute der vorgebrachten Kritik, dass die Rahmenbedingungen derzeit problematisch seien. Kurz nach der Coronapandemie, mitten im Medikamentenmangel und in Zeiten des Krieges gegen die Ukraine, seien es „haushalterisch keine ganz einfachen Zeiten“.

Franke hoffe deshalb vor allem auf eine baldige erlösunabhängige Finanzierung

der Krankenhäuser. Zudem brauche es perspektivisch einen Transformationsfonds, der von Bund und Ländern gespeist werden müsse, um die Krankenhäuser bei der Reform zu unterstützen, betonte Franke.

Angesprochen auf die langjährige Unterfinanzierung der Bundesländer bezüglich der Investitionskosten im Krankenhausbereich, erklärte Holetschek, dass Bayern seinen Verpflichtungen nachkommen wolle. Geplant seien etwa 643 Millionen Euro Investitionen für die Krankenhauslandschaft in Bayern. Zudem gebe es weiteres Geld über einen Härtefallfonds und 20 Millionen zusätzliche Mittel für positive Transformationskosten. Zudem werde er in zwei Wochen einen Krankenhausinvestitionsplan vorstellen. Man könne davon ausgehen, dass diese Investitionssumme nochmal erhöht werden solle, so Holetschek.

Bezüglich der geplanten Leistungsgruppen erklärte Jörg Dötsch, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin an der Uniklinik Köln, dass es für den Bereich der Pädiatrie deutlich mehr Leistungsgruppen geben müsste, als derzeit geplant seien. Die Leistungsgruppen seien bereits ein guter Start, allerdings braucht es hier eine weitere Entwicklung, so Dötsch.

Er hofft zudem auf eine etwas bessere Finanzierung der Kinder- und Jugendmedizin im stationären Bereich. Derzeit werden knapp fünf Prozent für diesen Bereich ausgegeben, er schlägt vor, dass dies auf sechs Prozent im Zuge der Reform erhöht werden könnte.

Lauterbach erklärte gestern auf dem GKV-Sommerempfang, dass es künftig bis zu 75 Leistungsgruppen geben könne, die jeweils mit Qualitätskriterien hinterlegt werden sollen. Dies solle dann öffentlich gemacht werden, so dass es aus seiner Sicht eine deutlich höhere Transparenz gibt.

Auch die Berliner Gesundheitssenatorin

Medium: kma

Datum: 15.6.2023

Print / Online: Online

Reichweite: 6.500 Visits/Tag

Krankenhaus Rating Report

2030 bis zu 50 Prozent der Kliniken in Insolvenzgefahr

Der neue „Krankenhaus Rating Report“ zeigt, elf Prozent der Krankenhäuser lagen 2021 im roten Bereich. Im Jahr 2030 könnten es fast 50 Prozent sein, die der Insolvenzgefahr ins Auge sehen. Was nun nötig ist, haben die Autoren um Prof. Boris Augurzky veranschaulicht.



© bluedesign/stock.adobe.com

Symbofoto

Die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich im Jahr 2021 wieder verschlechtert. Elf Prozent lagen im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr (Vorjahr: sieben Prozent). Dieses und weitere Ergebnisse wurde im Rahmen des Hauptstadtkongress 2023 in der neunzehnten Ausgabe des „Krankenhaus Rating Report“ vorgestellt. Er wurde gemeinsam vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und der Institute for Healthcare Business GmbH (hcb) in Kooperation mit der Bank im Bistum Essen (BIB) erstellt.

Auch die Ertragslage der Kliniken hat sich negativ entwickelt, 32 Prozent der Kliniken schrieben auf Konzernebene einen Jahresverlust (Vorjahr: 28 Prozent). Maßgeblich für die schlechtere wirtschaftliche Lage war der Rückgang der Ausgleichszahlungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie bei einem nach wie vor geringen Leistungsniveau der Krankenhäuser.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Status quo

- Nach einem guten Jahr 2020 hat sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser im Jahr 2021 wieder verschlechtert. 11 Prozent der Krankenhäuser befanden sich im „roten Bereich“ erhöhter Insolvenzgefahr, 16 Prozent im „gelben“ und 73 Prozent im „grünen Bereich“. Im Jahr zuvor lagen 7 Prozent im „roten“, 25 Prozent im „gelben“ und 68 Prozent im „grünen Bereich“.
- Die Ertragslage hat sich 2021 ebenfalls verschlechtert: 32 Prozent der Krankenhäuser schrieben auf Konzernebene einen Jahresverlust, 2020 waren es 22 Prozent. Im Jahr 2021 betrug das durchschnittliche Jahresergebnis lediglich 0,8 Prozent der Erlöse, im Jahr zuvor waren es noch 1,8 Prozent.
- Die stationäre Fallzahl nahm im Jahr 2022 geringfügig um etwa 0,8 Prozent zu. Im Jahr 2020 war sie aufgrund der COVID-19-Pandemie außerordentlich stark um 13,5 Prozent gesunken, im zweiten Pandemiejahr 2021 leicht um 0,3 Prozent zurückgegangen.
- Die Investitionsfördermittel der Länder beliefen sich im Jahr 2021 auf 3,3 Milliarden Euro, das waren 0,6 Prozent mehr als im Vorjahr. Bezogen auf die gesamten Krankenhauserlöse entspricht dies einem Anteil von 3,2 Prozent.
- Eine Auswertung vorliegender Jahresabschlüsse aus den Jahren 2007 bis 2020 zeigt zeitstabile Muster: Signifikant besser fällt das Rating in Ost-Deutschland aus, am schlechtesten in Bayern und Baden-Württemberg. Kliniken in freigemeinnütziger und privater Trägerschaft schneiden beim Rating und der Ertragslage deutlich besser ab als öffentlich-rechtliche Kliniken. Gleichwohl verschlechterte sich die Ertragslage privater Krankenhäuser 2021 im Vergleich zum Jahr 2019, während sie bei öffentlich-rechtlichen nur leicht zurückging und bei freigemeinnützigen Häusern sogar stieg. Ein signifikant besseres Rating und eine bessere Ertragslage hatten außerdem größere Kliniken, Häuser in Klinikketten, Krankenhäuser mit einem mittleren und hohen Spezialisierungsgrad sowie Einrichtungen mit einem höheren Casemixindex.

Gesundheit & E-Health

15.06.2023

Sehr geehrter

was bleibt vom Auftakt des Hauptstadtkongresses (HSK)? Grüße von der „**konstruktiven Serviceopposition**“ – Zitat CSU-Mann **Stephan Pilsinger**. Eine Warnung von Parteifreund und bayrischem Gesundheitswahlkämpfer Klaus Holetschek an den Bundesgesundheitsminister, mit Qualitätsberichten nicht den Ruf deutscher Provinzkrankenhäuser aufs Spiel zu setzen – man „**desavouiere**“ **damit nur das dortige Personal**. Ansonsten schaute man gestern beim gut besuchten Kongress auf die seit Monaten ausgehobenen Schützengräben und das inzwischen mitsprechbare **Geplänkel zur Krankenhausreform**. Karl Lauterbach, der die HSK-Auftaktrede dem Kollegen Holetschek überließ, machte schon am Dienstag beim GKV-Sommerempfang deutlich, dass er im kommenden Jahr eine **kalte Strukturbereinigung** erwartet. Krankenhäuser stünden vor der Insolvenz, neues Geld aus dem Bundeshaushalt ist nicht in Sicht, budgetwirksam wird die Klinikreform frühestens 2025 – der Rest ist einfach zu berechnen. Ein Schulterzucken, dem sich gestern beim HSK auch die Grünen-Vize Maria Klein-Schmeink anschloss: Ja, Strukturreformen bräuchten eigentlich Geld, das sei aber nicht da, aber man komme voran, ganz sicher. Kein schöner Ausblick für viele Kliniken, wie Sie heute in den Meldungen lesen. Für wie viele, das kann man heute Nachmittag ein bisschen besser erfassen: Dann nämlich wird im **Krankenhausrating-Report** dargestellt, wie viele der Kliniken in Deutschland gerade unter Wasser geraten. Und damit vielleicht kurz vorm Ertrinken sind, reimt man sich zusammen, was die letzten Tage so zu hören ist. Mehr zum Report dann in der morgigen Ausgabe.

Wäre Lauterbach beim Hauptstadtkongress aufgetreten, sicher hätte er über eines seiner Lieblingsthemen – neben der Klinikreform – gesprochen, die Digitalisierung. Zumal er gerade versicherte, dass beide bislang geplanten **Digitalisierungsgesetze** noch in dieser Woche in die Ressortabstimmung gehen sollen. Jetzt ist zudem klar: Es wird ein eigenes **Gematik-Gesetz** geben. Die Umstrukturierung des durch die gerade bekanntgewordene Ablösung des Chefs der in Turbulenzen geratene Agentur ist zu komplex, um nebenbei mitgeregelt zu werden. Und offenbar so komplex, dass man sogar im Ministerium die Übersicht verloren hat. Woran sich das zeigt und was Lauterbach mit beiden Gesetzen plant, berichten Thomas Trappe und Gunnar Göpel.

Es sind zahlreiche Krisen, auf die sich die Bundesregierung vorbereiten muss – darunter vor allem künftige Pandemien. Aber auch für die Auswirkungen der Klimakrise und andere Katastrophen will die Bundesregierung sich wappnen, ebenso sollen **Arzneimittellieferketten gestärkt** werden. Marie Zahout fasst die Nationale Sicherheitsstrategie zusammen.

Hat die Corona-Pandemie uns nun tatsächlich und wissenschaftlich nachweisbar belastet? Die Antwort eines neuen Meta-Reports der **Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung** lautet „Jein“. Denn es kommt auf die individuellen Voraussetzungen an. Einige Zahlen aber sind alarmierend, etwa die Anstiege bei Essstörungen bei

 Digitalisierung beim Hauptstadtkongress

E-Rezept via Gesundheitskarte startet tatsächlich im Juli

Der Rollout des E-Rezepts rückt näher. Beim Hauptstadtkongress wurde bestätigt, dass der Abruf über die Gesundheitskarte ab Juli technisch umgesetzt und in ersten Regionen getestet werden soll.

Veröffentlicht: 15.06.2023, 19:29 Uhr



Session zur Digitalisierung beim Hauptstadtkongress (von links nach rechts): Moderatorin Kerstin Mitternacht (Ärzte Zeitung), Matthias Mieves (SPD, Bundestagsabgeordneter), Dr. Markus Leyck Dieken (gematik), Gerhard Hacker (CANCOM GmbH), Susanne Steidl (Prospitalia Group), Dr. Gottfried Ludewig (T-Systems) und Dr. Susanne Ozegowski (Abteilungsleiterin im Bundesgesundheitsministerium).

© Rolf Schulten

Berlin. „Der Einlöseweg des E-Rezepts über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ist jetzt da. Das ist zugleich die Aufforderung an alle Ärztinnen und Ärzte: Legt jetzt los. Zum 1. Januar 2024 wird das E-Rezept verpflichtend.“ Mit dieser Botschaft kam Dr. Susanne Ozegowski, Abteilungsleiterin für Digitalisierung im Bundesgesundheitsministerium, zum Hauptstadtkongress.

In den vergangenen Tagen hatte zunächst Gesundheitsminister Professor Karl Lauterbach (SPD) den bundesweiten Start des E-Rezepts mit Einlösung via eGK verkündet, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hatte daraufhin umgehend [dementiert und auf den Stufenplan zur Einführung verwiesen](#).

Krankenhausrating: Wirtschaftliche Lage verschlechtert sich erneut

Berlin – Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser hat sich wieder verschlechtert. 32 Prozent der Kliniken schrieben auf Konzernebene einen Jahresverlust, elf Prozent lagen sogar im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr: Zu diesem Befund kommt der heute vorgelegte Krankenhaus Report 2023 des [RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung](#) in Essen.

Die Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2021. Als Grund für die schlechtere wirtschaftliche Lage der Kliniken wurde vor allem der Rückgang der Ausgleichszahlungen im Rahmen der Coronapandemie genannt.

Im Krankenhaus Report des Vorjahres lag der Anteil der Krankenhäuser mit Jahresverlust bei 22 Prozent, bei sieben Prozent der Kliniken bestand damals erhöhte Insolvenzgefahr.

Die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser habe sich im Jahr 2021 „wieder verschlechtert“, erklärte RWI-Gesundheitsexperte Boris Augurzký. „Die geplante große Krankenhausreform ist ein notwendiger Schritt, um das deutsche Gesundheitswesen effizienter und damit zukunftsfähig zu machen.“ Regional weist die wirtschaftliche Situation der Kliniken erhebliche Unterschiede auf: „Signifikant besser fällt das Rating in Ost-Deutschland aus, am schlechtesten in Bayern und Baden-Württemberg“, heißt es in dem Bericht. Für das Jahr 2022 und das aktuelle Jahr liegen dem Institut noch keine Daten vor. Allerdings erarbeiteten die Expertinnen und Experten anhand der aktuellen Trends eine Projektion, die eine weitere Verschärfung der Lage für die kommenden Jahre erwarten lässt.

Demnach würde der Anteil der insolvenzgefährdeten Kliniken im Jahr 2023 auf 18 Prozent und bis 2030 auf 44 Prozent steigen. Der Anteil der Kranken-

häuser mit einem Jahresverlust würde 2023 auf 47 und bis 2030 auf 58 Prozent wachsen. Grund hierfür seien unter anderem die Inflation sowie enorme Kostensteigerungen im Energiebereich, die durch den Krieg gegen die Ukraine entstanden sind.

„Daraus würde ein enormer Anpassungsdruck entstehen“, resümieren die Fachleute. Das deutsche Gesundheitswesen stehe „vor großen Herausforderungen, für die es aktuell nicht gerüstet ist“.

Zudem weisen die Krankenhäuser derzeit nur eine Auslastung zu 68 Prozent vor. Diese sei seit Beginn der Pandemie bis 2022 relativ konstant geblieben, erklärte Augurzký heute auf dem **Hauptstadtkongress**. Im Vergleich zu 2019 gebe es 13 Prozent weniger Fallzahlen im stationären Bereich. Augurzký schätzt, dass diese Zahlen künftig langfristig nicht ansteigen werden.

Der Krankenhaus Report weist zudem auf absehbar wachsende Schwierigkeiten bei der Personalausstattung hin. In den kommenden Jahren werde das Arbeitskräftepotenzial „stark sinken“, weil besonders geburtschwache Jahrgänge in den Arbeitsmarkt einträten. „Der daraus resultierenden Knappheit von Fachkräften kann mit qualifizierter Zuwanderung nur bedingt entgegengewirkt werden“, heißt es in dem Bericht. Insgesamt drei mögliche Zukunftsszenarien der Krankenhäuser beschrieb Augurzký heute. Im ersten Szenario werde die Situation lediglich fortgeschrieben, es bleibe bei der Leistungsmenge und die Löhne werden weiter steigen. Zudem seien in diesem Szenario bereits die Hilfen des Bundes für das Jahr 2023 berechnet.

Ein deutlich schwierigeres Szenario sei, wenn Personalengpässe aufgrund des Fachkräftemangels drängender werden

und die Ambulantisierung weiter voranschreite. Dann werde das Leistungsniveau aus dem stationären Bereich weiter sinken, prognostizierte Augurzký.

In einem dritten möglichen Szenario sei aber auch eine Optimierung und eine Produktivitätsverbesserung möglich. Dafür müsste die Krankenhausstruktur optimiert werden sowie Kapazitäten abgebaut und Betriebskosten gesenkt werden. Hierfür braucht es die Krankenhausreform, die Konzentrationen fördere, indem Standorte zusammengelegt werden. Allerdings werden hierfür auch ausreichend Investitionsmittel benötigt. Augurzký schätzt, dass es einen kurzfristigen Zuschuss von etwa vier bis fünf Milliarden Euro bräuchte, um die Lage der Krankenhäuser für das kommende Jahr stabil zu halten und den Status Quo zu erhalten. Allerdings würde man damit auch Kapazitäten fortschreiben, die man nicht braucht, so Augurzký. Für die Krankenhausreform selbst bräuchte es rund 25 bis 50 Milliarden Euro an Investitionsmitteln sowohl von Bund und Ländern, schätzt Augurzký weiter. Diese Kosten müssten aber auf die nächsten zehn bis 15 Jahre verteilt werden.

Die stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft ([DKG](#)), Henriette Neumeyer, kritisierte, dass die Politik den „eiskalten Strukturwandel“ im Krankenhausbereich in Kauf nehme und nichts dagegen unternehmen wolle. Die Kostensteigerungen im GKV-System führten zu einer dramatischen Unterfinanzierung der Häuser. Hinzu komme die demografische Entwicklung und der Klimawandel die weitere Investitionen nötig machen, etwa für energetische Sanierungen und eine erhöhte Nachfrage nach Leistungen. Sie plädierte in diesem Zug auch für mehr Prävention, das „Stiefkind in

(Hintergrund) Studie: Wieder mehr Krankenhäuser mit Insolvenzgefahr Experten plädieren für deutlich weniger Klinikstandorte Von Christoph Arens (KNA) (Mit Bild)

Berlin (KNA) Nach einem guten Jahr 2020 hat sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in Deutschland 2021 wieder verschlechtert. Grund sei vor allem die anhaltend niedrige Auslastung in Folge der Corona-Pandemie, heißt es im neuen «Krankenhaus Rating Report», der am Donnerstag beim «Hauptstadtkongress 2023 - Medizin und Gesundheit» in Berlin vorgestellt wurde.

Dass es den rund 1.900 Kliniken 2020 relativ gut ging, hatte auch mit staatlichen Ausgleichszahlungen und Hilfen im Rahmen der Covid-19-Pandemie zu tun. Es war absehbar, dass diese Leistungen wieder zurückgefahren würden. 11 Prozent der Häuser lagen laut Studie im «roten Bereich» mit erhöhter Insolvenzgefahr, 16 Prozent im «gelben» und 73 Prozent im «grünen Bereich». Im Jahr zuvor lagen 7 Prozent im «roten», 25 Prozent im «gelben» und 68 Prozent im «grünen Bereich». Auch die Ertragslage hat sich negativ entwickelt: 32 Prozent der Kliniken schrieben auf Konzernebene einen Jahresverlust. 2020 waren es 22 Prozent.

Ein Problem ist auch die Investitionslücke: Die Investitionsfördermittel der Länder beliefen sich 2021 auf 3,3 Milliarden Euro, 0,6 Prozent mehr als im Vorjahr. Bezogen auf die gesamten Krankenhauserlöse entspricht dies einem Anteil von 3,2 Prozent. Um die Unternehmenssubstanz zu erhalten und weiterzuentwickeln, sollten nach Darstellung der Experten aber jährlich mindestens sieben Prozent der Erlöse in Investitionen fließen. Die Krankenhäuser

schließen diese Lücke nur zum Teil aus eigener Kraft, so dass es zu einem Substanzverzehr kommt.

Laut Report fällt die Bewertung für die ostdeutschen Kliniken im Zeitraum zwischen 2007 und 2020 deutlich besser aus als für die westdeutschen Häuser. Am schlechtesten ist die Situation in Bayern und Baden-Württemberg. Kliniken in freigemeinnütziger (kirchlicher) und privater Trägerschaft schneiden beim Rating und der Ertragslage deutlich besser ab als öffentlich-rechtliche Kliniken. Gleichwohl verschlechterte sich die Ertragslage privater Krankenhäuser 2021 im Vergleich zum Jahr 2019, während sie bei öffentlich-rechtlichen nur leicht zurückging und bei freigemeinnützigen Häusern sogar stieg. Ein signifikant besseres Rating und eine bessere Ertragslage hatten außerdem größere Kliniken, Häuser in Klinikketten, Krankenhäuser mit einem mittleren und hohen Spezialisierungsgrad sowie Einrichtungen mit vielen schwierigeren Behandlungsfällen.

«Das deutsche Gesundheitswesen steht weiterhin vor großen Herausforderungen, für die es aktuell nicht gerüstet ist», schreiben die Autoren des Reports, der vom RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und der Institute for Healthcare Business GmbH (hcb) in Kooperation mit der Bank im Bistum Essen (BIB) erstellt wurde.

Für die kommenden Jahre rechnen die Autoren damit, dass die Leistungsmenge dauerhaft niedrig bleibt und es nur zu einem leichten, demografisch bedingten Wachstum kommt. 2020 und

2021 hatte es nur jeweils 16,7 Millionen Behandlungsfälle gegeben - 2019 waren es noch 19,4 Millionen gewesen. Wenn sich die Situation so entwickelt, würde der Anteil der Krankenhäuser im roten Rating-Bereich 2023 auf 18 Prozent und bis 2030 auf 44 Prozent steigen. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresverlust würde 2023 auf 47 und bis 2030 auf 58 Prozent wachsen. «Daraus würde ein enormer Anpassungsdruck entstehen», so die Autoren. Dazu kommt ein absehbar zunehmender Fachkräftemangel.

Große Bedeutung misst der Report der geplanten Krankenhausreform zu. Durch sie werde ein Anreiz zur Optimierung der Krankenhausstrukturen geschaffen. Standorte sollten zu größeren Einheiten zusammengelegt werden, um damit ein höheres Versorgungslevel zu erzielen; das gelte auch für den ländlichen Raum. Bei der Bettenzahl erwarten die Autoren einen deutlichen Rückgang: 2021 seien die rund 437.000 Betten in den Allgemeinkrankenhäusern nur noch zu 66 Prozent ausgelastet gewesen. Bei einer Zielauslastung von 85 Prozent und bei fortschreitender Ambulantisierung bestünde nur noch ein Bedarf von nur etwa 316.000 Betten beziehungsweise rund 1.200 Standorten. «Eine flächendeckende Versorgung ist damit weiterhin gut möglich.»

Hinweis: Fotos finden Sie in der KNA-Bild-Datenbank auf www.kna-bild.de oder direkt mit folgendem Link: <http://kna-bild.de/paket/230614-89-00318>

Medium: RBB Info-Radio
Datum: 15.6.2023
Print / Online: Audio
Reichweite: 316.000 Hörer/Tag



Bild: dpa [DOWNLOAD \(MP3, 4 MB\)](#)

rbb Praxis

Verband fordert mehr Eigenverantwortung für Pflegekräfte

In Deutschland fehlen aktuell 200 000 Pflegekräfte, 2030 könnten es sogar 500 000 sein. Mehr Anerkennung und Verantwortlichkeit: das könnte ein Schlüssel sein, den Beruf attraktiver zu machen. Darum ging es beim "Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit" in Berlin. Von Ursula Stamm

Stand vom 16.06.2023

Link Audio:

https://rbbmediapmdp-a.akamaihd.net/content/fe/41/fe415806-49ef-45f8-bd28-62eba01df468/86a82f09-8fa9-487f-99ea-b851657725f4_5ae6808e-4c14-4154-ac70-894c0fab66ba.mp3

Medium: Deutsche Krankenhaus Gesellschaft
Datum: 15.6.2023
Print / Online: Online
Reichweite: n.a



»DKG zum „Krankenhaus Rating Report“

Sachverständige zeichnen dramatisches Bild

15. Juni 2023

Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser hat sich im Jahr 2021 dramatisch verschlechtert, und auch 2022 und 2023 bleibt die Entwicklung negativ. Das sind die Ergebnisse des „Krankenhaus Rating Reports“, der in Berlin vorgestellt wurde. Noch dramatischer ist allerdings die prognostizierte Situation für 2024. Rund 80 Prozent der Kliniken werden ein negatives Jahresergebnis verzeichnen. Entscheidend werden dabei die hohen Personalkostensteigerungen sein, die nur teilweise refinanziert sind. Der Ratingreport fordert deshalb schnelle Entscheidungen der Politik, um den laufenden kalten Strukturwandel zu beenden. Zu den Ergebnissen des Reports erklärt der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) Dr. Gerald Gaß:

„Die Zahlen des ‚Krankenhaus Rating Reports‘ verdeutlichen, dass ohne ein Vorschaltgesetz zum Inflationsausgleich 80 Prozent der Krankenhäuser mit negativen Finanzergebnissen Gefahr laufen, die Reform überhaupt nicht mehr zu erleben. Wir wollen keine Hilfspakte und kein Almosen, sondern die uns gesetzlich zustehende Refinanzierung der durch die Inflation gestiegenen Kosten. 2,3 Prozent Erlössteigerung im Jahr 2022 und 4,3 Prozent 2023 bei gleichzeitig rund 17 Prozent Preissteigerung in diesen beiden Jahren sind völlig unzureichend. Aktuell häufen die Krankenhäuser jeden Monat rund 600 Millionen Euro neue Schulden an, um die Patientenversorgung aufrechtzuerhalten. Das wird nicht mehr lange gutgehen.“

Der Report stellt auch ein weiteres Mal fest, dass die Investitionsquote in die Kliniken noch immer viel zu gering ist. Wir beklagen seit Jahrzehnten, dass die Länder ihrer gesetzlichen Verpflichtung nach vollständiger Finanzierung der Krankenhausinvestitionen nicht nachkommen. Das rächt sich jetzt, und wird sich auch mit einer Reform nicht ohne weiteres Handeln verbessern. Denn die Strukturanpassungen, die die Reform vorsieht, verlangen neue Investitionen. Bund und Länder müssen klar benennen, wie die mindestens 25 bis 50 Milliarden Euro aufgebracht werden, die für die Umsetzung der Reform notwendig sind.

Die Zahlen verdeutlichen, dass die Krankenhäuser mit dem Rücken zur Wand stehen. Noch nie waren der Anteil der insolvenzgefährdeten Krankenhäuser und das Ausmaß der negativen Jahresabschlüsse so gewaltig wie im diesjährigen ‚Krankenhaus Rating Report‘. Wenn der Gesundheitsminister und der Bundesfinanzminister nicht schnellstmöglich Wege finden, die Unterfinanzierung nachhaltig zu beseitigen, werden dringend notwendige Krankenhäuser in die Insolvenz gehen. Das wird gravierende negative Folgen für die Versorgung haben.

Die wiederholte Botschaft des Bundesgesundheitsministers, die Lage der Krankenhäuser sei dramatisch, aber er könne daran nichts ändern, ist ein Offenbarungseid. Dem Niedergang der Gesundheitsversorgung tatenlos zuzusehen, ist letztendlich nichts anders als das Eingeständnis der eigenen Machtlosigkeit. Würde die Bundesregierung den eigenen Koalitionsvertrag ernst nehmen und umweltschädliche Subventionen, wie das Dienstwagenprivileg und die Steuerfreiheit von Flugbenzin abschaffen, stünde ein hoher zweistelliger Milliardenbetrag zur Verfügung, um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auch ohne neue Schulden oder zusätzliche Krankenkassenbeiträge abzusichern.

Der Protesttag der Krankenhäuser am 20. Juni ist Ergebnis genau dieses Prozesses aus anhaltender Unterfinanzierung und kaltem Strukturwandel. Dieser Prozess ist mittlerweile kein schleichender mehr, sondern ein galoppierender. Die Insolvenzwelle nimmt weiter Fahrt auf. Wenn die Politik nicht bald handelt, werden wir sehr bald vor den Scherben einer Versorgungslandschaft stehen.“

Medium: BDPK
Datum: 15.6.2023
Print / Online: Online
Reichweite: n.a



Do, 15. Juni 2023

Krankenhaus Rating Report 2023: Wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich 2021 verschlechtert

Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser hat sich im Jahr 2021 verschlechtert, und auch 2022 und 2023 bleibt die Entwicklung negativ. Noch dramatischer ist die prognostizierte Situation für 2024. Rund 80 Prozent der Kliniken werden ein negatives Jahresergebnis verzeichnen.

So befanden sich 2021 im „roten Bereich“ erhöhter Insolvenzgefahr 11 Prozent der Krankenhäuser, 16 Prozent im „gelben“ und 73 Prozent im „grünen Bereich“. Im Jahr zuvor lagen 7 Prozent im „roten“, 25 Prozent im „gelben“ und 68 Prozent im „grünen Bereich“. Maßgeblich für die schlechtere wirtschaftliche Lage der Kliniken waren der Rückgang der Ausgleichszahlungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie bei einem nach wie vor geringen Leistungsniveau der Krankenhäuser, fehlende Investitionsförderung, nur teilweise refinanzierte Personalkostensteigerungen und strukturelle Unterfinanzierung.

Auf den Krankenhaus Rating Report 2023 hat die DKG e.V. mit einer [Pressemitteilung](#) reagiert. Darin wird die Politik zum sofortigen Handeln aufgerufen, um die Krankenhausversorgung nicht noch weiter zu gefährden.

Die 19. Ausgabe des „Krankenhaus Rating Report“ wurde im Rahmen des „Hauptstadtkongress 2023 – Medizin und Gesundheit“ der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Er wurde gemeinsam vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und der Institute for Healthcare Business GmbH (hcb) in Kooperation mit der Bank im Bistum Essen (BIB) erstellt.

Die wesentlichen Ergebnisse im Überblick finden Sie (vgl. [hier](#)).

 Rückschritte

DAK-Chef: Deutsches Gesundheitssystem läuft Gefahr, aus der Champions League abzustiegen

Dass Deutschland in Sachen Gesundheit noch in der „Königsklasse“ mithält, wurde beim Hauptstadtkongress bezweifelt. Eher drängt sich der Vergleich zu einem anderen europäischen Wettbewerb auf.



Von Christoph Barkewitz

Veröffentlicht: 16.06.2023, 13:48 Uhr



In welcher Liga spielt das deutsche Gesundheitswesen? Das diskutierten Susanne Johna (BÄK/Marburger Bund), Andreas Storm (DAK), Sabine Gilliam (Pfizer), Reinhard Busse (TU Berlin) und Kongresspräsident Karl Max Einhäupl mit Wolfgang van den Bergh (Ärzte Zeitung).

© Rolf Schulten

Berlin. Das Diskussionsmotto der Runde auf dem Hauptstadtkongress – Spielt das deutsche Gesundheitssystem noch in der Champions League? – beantwortete der DAK-Vorstandsvorsitzende Andreas Storm am Freitagmorgen mit einem Perspektivwechsel vom Fußball zur Musik: Deutschland reüssiere da eher wie beim Gesangswettbewerb ESC, nämlich auf dem vorletzten oder letzten Platz.

Vor allem bei der Digitalisierung. Storm erinnerte an die in der Corona-Pandemie eingeführte Tele-AU; die sei immer wieder befristet verlängert worden und bei jedem Auslaufen sei aufs Neue drei Monate lang diskutiert worden, ob sie nochmals prolongiert werden solle. „Wir laufen Gefahr, aus der Champions League abzustiegen, egal wie viele Startplätze sie hat“, so das Fazit des Kassenvorsitzenden.

„Immer noch das kleine gelbe Impfbuch!“

Dr. Sabine Gilliam, Deutschland-Chefin des Pharma-Konzerns Pfizer, berichtete nach langjähriger Tätigkeit in Japan, sie sei bei ihrer Rückkehr nach Deutschland erschüttert gewesen: „Es gibt immer noch keine digitale Patientenakte, es gibt immer noch das kleine gelbe Impfbuch, das ich schon als Kind hatte!“

OTC-Switch nur mit guter Apotheken-Beratung möglich

Letztes Jahr sprach sich der Sachverständigenausschuss für Verschreibungspflicht zwar gegen den OTC-Switch von Sildenafil bei erektiler Dysfunktion aus. Demnächst steht das Thema jedoch wieder auf der Tagesordnung – und Tadalafil noch dazu. Viagra-Hersteller Viatris argumentiert mit der guten Beratung in der Apotheke.

»Der Penis ist die Antenne des Herzens« lautet eine markante Urologen-Weisheit. Denn häufig und vor allem mit steigendem Alter gehen Erektionsprobleme auf Schäden in den feinen Blutgefäßen des männlichen Organs zurück – parallel kann das auch der Fall im Herzen oder in den Nieren sein. Nicht nur die Gesellschaft für Mann und Gesundheit plädiert daher dafür, »Erektionsstörungen stets fachmännisch und in alle Richtungen abzuklären«. Neben einer kardiovaskulären Erkrankung könne zum Beispiel auch ein bislang unentdeckter Diabetes mellitus dahinter stecken.

Das ist auch der Hauptgrund, warum Sildenafil 25 Jahre nach dem Verkaufsstart als Potenzmittel Viagra® heute zumindest in Deutschland immer noch verschreibungspflichtig ist. Gleiches gilt für die seit 2013 verfügbaren Generika sowie die anderen Phosphodiesterase-5-Hemmer, die folgten. Das ist in manchen Ländern schon anders: In Großbritannien und Polen beispielsweise gibt es Sildenafil mittlerweile auch ohne Rezept.

Eindämmung des illegalen Online-Handels als Switch-Argument

Bereits vor anderthalb Jahren, im Januar 2022, diskutierte der Sachverständigenausschuss für Verschreibungspflicht am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte darüber, ob man Sildenafil 50 mg mit maximal vier Tabletten aus der Rezeptpflicht entlassen sollte. Der entsprechende Antrag wurde jedoch einstimmig abgelehnt. Damit war das Thema OTC-Switch jedoch nicht wie sonst üblich in solchen Fällen erst einmal vom Tisch.

Die Entscheidung über einen OTC-Switch fällt letztlich das Bundesgesundheitsministerium und ist dabei nicht an die Empfehlung des Sachverständigenausschusses gebunden – in der Regel folgt es dessen Votum. In diesem Fall aber hat das BMG zusätzliche Meinungen der betroffenen Fachverbände eingeholt. Wie das BMG im Dezember auf Nachfrage gegenüber der PZ erklärt hatte, sei das Ziel die Verbesserung der Patientenversorgung mit sicheren Arzneimitteln und der Schutz vor illegaler Ware aus nicht kontrollierter Herstellung. Hier steht also die Bekämpfung des illegalen Arzneimittelhandels mit teils gefälschten Medikamenten im Vordergrund.

Sachverständigenausschuss tagt am 11. Juli

Nun steht das Thema Sildenafil zur nächsten turnusmäßigen Sitzung des Sachverständigenausschusses am 11. Juli wieder auf der Tagesordnung (der Ausschuss tagt zweimal im Jahr) – und der länger wirksame PDE-5-Hemmer Tadalafil (Cialis® und Generika) gleich noch dazu. Die Tagesordnung wurde am Dienstag veröffentlicht.

Passend dazu fand am gestrigen Donnerstag ein Satelliten-Symposium zum Thema Sildenafil-OTC-Switch von Viagra-Hersteller Viatris beim **Hauptstadtkongress für Medizin und Gesundheit in Berlin** statt. Dr. Matthias Arnold, Gesundheitsökonom beim privatwirtschaftlichen Institut für angewandte Versorgungsforschung (inav GmbH) stellte die Ergebnisse eines Gutachtens vor, das sein Institut im Auftrag von Viatris angefertigt hatte. Dabei seien die Auswirkungen des Sildenafil-OTC-

Switches in den europäischen Nachbarländern bewertet worden sowie auch die OTC-Switches anderer Medikamente in Deutschland.

Positives Paradox: Ohne Verschreibungspflicht gehen mehr Männer zum Arzt

Ein Argument für die Entlassung von PDE-5-Hemmern aus der Verschreibungspflicht: Bislang suche nur etwa ein Drittel der betroffenen Männer ärztliche Hilfe. Viele bestellen ohne ärztlichen Rat im illegalen Versandhandel. Damit unterliegen sie nicht nur der Gefahr, ein gefälschtes Medikament zu bekommen, sondern verpassen auch die Chance auf eine frühzeitige Diagnose möglicher ernsthafter zugrundeliegender Erkrankungen, die beispielsweise zu Herzinfarkten und Schlaganfällen führen könnten. In Großbritannien hätten sich nach bisherigen Daten die Hoffnungen erfüllt, den illegalen Handel zu reduzieren und mehr Patienten auch in die ärztliche Versorgung zu bekommen.

Wären Mittel gegen erektile Dysfunktion in deutschen Apotheken rezeptfrei mit entsprechender Beratung erhältlich, könnte nicht nur der illegale Online-Handel im Sinne des Verbraucherschutzes eingedämmt werden, so die Hoffnung. »Wenn die Apotheken Patienten mit Risikomerkmale zur Abklärung von Grunderkrankungen als Ursache der erektilen Dysfunktion in die ärztliche Versorgung verweisen können, ist das als zentraler positiver Public-Health-Impact zu bewerten«, betonte Gutachter Arnold. Die frühere Erkennung von Grund- beziehungsweise Folgeerkrankungen könne zu weniger schweren

Wieder mehr Krankenhäuser mit Insolvenzgefahr

Experten plädieren für deutlich weniger Klinikstandorte / Situation in Bayern und Baden-Württemberg am schlechtesten

Von Christoph Arens

Berlin – Nach einem guten Jahr 2020 hat sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in Deutschland 2021 wieder verschlechtert. Grund sei vor allem die anhaltend niedrige Auslastung in Folge der Corona-Pandemie, heißt es im neuen „Krankenhaus Rating Report“, der am Donnerstag beim „Hauptstadtkongress 2023 – Medizin und Gesundheit“ in Berlin vorgestellt wurde.

Dass es den rund 1.900 Kliniken 2020 relativ gut ging, hatte auch mit staatlichen Ausgleichszahlungen und Hilfen im Rahmen der Covid-19-Pandemie zu tun. Es war absehbar, dass diese Leistungen wieder zurückgefahren würden. Elf Prozent der Häuser lagen laut Studie im roten Bereich mit erhöhter Insolvenzgefahr, 16 Prozent im gelben und 73 Prozent im grünen Bereich. Im Jahr zuvor lagen sieben Prozent im roten, 25 Prozent im gelben und 68 Prozent im grünen Bereich. Auch die Ertragslage hat sich negativ entwickelt: 32 Prozent der Kliniken schrieben auf Konzernebene einen Jahresverlust. 2020 waren es 22 Prozent.

Ein Problem ist auch die Investitionslücke: Die Investitionsfördermittel der Länder beliefen sich 2021 auf 3,3 Milliarden Euro, 0,6 Prozent mehr als im Vorjahr. Bezogen auf die gesamten Krankenhauserlöse entspricht dies einem Anteil von 3,2 Prozent. Um die Unternehmenssubstanz zu erhalten und weiterzuentwickeln, sollten nach Darstellung der Experten aber jährlich min-

destens sieben Prozent der Erlöse in Investitionen fließen. Die Krankenhäuser schließen diese Lücke nur zum Teil aus eigener Kraft, sodass es zu einem Substanzverzehr kommt.

Laut Report fällt die Bewertung für die ostdeutschen Kliniken im Zeitraum zwischen 2007 und 2020 deutlich besser aus als für die westdeutschen Häuser. Am schlechtesten ist die Situation in Bayern und Baden-Württemberg. Kliniken in freigemeinnütziger (kirchlicher) und privater Trägerschaft schneiden beim Rating und der Ertragslage deutlich besser ab als öffentlich-rechtliche Kliniken. Gleichwohl verschlechterte sich die Ertragslage privater Häuser 2021 im Vergleich zu 2019, während sie bei öffentlich-rechtlichen nur leicht zurückging und bei freigemeinnützigen Häusern sogar stieg. Ein signifikant besseres Rating und eine bessere Ertragslage hatten außerdem größere Kliniken, Häuser in Klinikketten, Krankenhäuser mit einem mittleren und hohen Spezialisierungsgrad sowie Einrichtungen mit vielen schwierigeren Behandlungsfällen.

„Das deutsche Gesundheitswesen steht weiterhin vor großen Herausforderungen, für die es aktuell nicht gerüstet ist“, schreiben die Autoren des Reports, der vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und der Institute for Healthcare Business GmbH (hcb) in Kooperation mit der Bank im Bistum Essen (BIB) erstellt wurde.

Für die kommenden Jahre rechnen die Autoren damit, dass die Leistungsmenge dauerhaft niedrig bleibt und es

nur zu einem leichten, demografisch bedingten Wachstum kommt. 2020 und 2021 hatte es nur jeweils 16,7 Millionen Behandlungsfälle gegeben – 2019 waren es noch 19,4 Millionen gewesen. Wenn sich die Situation so entwickelt, würde der Anteil der Krankenhäuser im roten Rating-Bereich 2023 auf 18 Prozent und bis 2030 auf 44 Prozent steigen. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresverlust würde 2023 auf 47 und bis 2030 auf 58 Prozent wachsen. „Daraus würde ein enormer Anpassungsdruck entstehen“, so die Autoren. Dazu kommt ein absehbar zunehmender Fachkräftemangel.

Große Bedeutung misst der Report der geplanten Krankenhausreform bei. Durch sie werde ein Anreiz zur Optimierung der Krankenhausstrukturen geschaffen. Standorte sollten zu größeren Einheiten zusammengelegt werden, um damit ein höheres Versorgungslevel zu erzielen; das gelte auch für den ländlichen Raum.

Bei der Bettenzahl erwarten die Autoren einen deutlichen Rückgang: 2021 seien die rund 437.000 Betten in den Allgemeinkrankenhäusern nur noch zu 66 Prozent ausgelastet gewesen. Bei einer Zielauslastung von 85 Prozent und bei fortschreitender Ambulantisierung bestünde nur noch ein Bedarf von nur etwa 316.000 Betten beziehungsweise rund 1.200 Standorten. „Eine flächendeckende Versorgung ist damit weiterhin gut möglich.“

Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2023

Bayerns Gesundheitsminister Holetschek: „Ein Bundesfinanzminister kann nicht entscheiden, wo welche Versorgung stattfindet.“

Berlin. Mit einer lebhaften Diskussion zu den Chancen und Risiken der Gesundheitsreform startete am 14.06 der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit (HSK) in Berlin: „Ein Bundesfinanzminister kann nicht entscheiden, wo welche Versorgung stattfindet. So wird jede Krankenhausinsolvenz zu einem Zufallsprodukt“, betonte Klaus Holetschek (CSU), Bayerischer Staatsminister für Gesundheit und Pflege, vor den rund 2.000 Zuschauern der Eröffnungsveranstaltung. „Wo welche Versorgung in Zukunft stattfindet, entscheidet allein das Land und nicht der Bund. Der Bund entscheidet über die Vergütungsreform“, so Holetschek, von daher sei es jetzt wichtig, „um die Details zu ringen und so ein gemeinsames Gesetz mit Perspektive auf den Weg zu bringen.“

Zugleich betonte Holetschek: „Wenn wir jetzt nicht nochmal zusätzlich Geld ins System geben, wird es bitter für die Menschen in diesem Land, weil wichtige Versorgungsstrukturen zerstört worden sind.“ Angesichts möglicher Klinikschließungen warnte der Minister davor, „einem Haus zu sagen, dass es keine Qualität abliefern.“ Das sei eine „Desavouierung“ der Menschen, die in den Krankenhäusern ihren Dienst tun und täglich ihr Bestes geben. „Wir brauchen diese Menschen, auch das muss eine Botschaft dieses Kongresses sein“, sagte Holetschek.

Auf dem heute im hub27 in der Messe Berlin eröffneten Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit (HSK) präsentierte sich auch die neue Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, Dr. Ina Czyborra (SPD), dem Branchenumfeld und überbrachte die Grußworte des Senats von Berlin. Der dreitägige Kongress gilt als jährliche Leitveranstaltung der Gesundheitsbranche und bringt Entscheiderinnen und Entscheider aus Politik, Verbänden, Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsmanage-

ment sowie aus Wissenschaft, Medizin und Pflege zusammen. Rund 450 Rednerinnen und Redner sowie 150 Aussteller sind vor Ort.

„Wir werden kontroverse Diskussionen auf dem Kongress führen müssen, weil unser Gesundheitssystem sonst aus dem Ruder läuft“, kündigte Kongresspräsident Prof. Dr. Dr. h.c. Karl M. Einhäupl in seiner Begrüßung an. „Dabei sollten wir nie vergessen, dass über allem immer unsere Patientinnen und Patienten stehen“, so Einhäupl. Als weitere Schwerpunkte des HSK nannte er den Fachkräftemangel, die Klinikreform, aber auch die Anreizsysteme sowie die „Sprengkraft“ von Künstlicher Intelligenz (KI), die auch ethische Fragen aufwerfe.

In der anschließenden Podiumsdiskussion betonte Prof. Dr. Edgar Franke (SPD), Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, die Notwendigkeit einer Strukturreform, wies aber auch auf die „schwierigen finanziellen Rahmenbedingungen“ durch die Pandemie, durch Lieferengpässe und den Krieg in der Ukraine hin. Es seien bereits 500 Milliarden Euro ausgegeben worden, so dass 2024 unter Berücksichtigung der einzuhaltenden Schuldenbremse „haushalterisch keine ganz einfache Zeit“ werden würde. Mit Blick auf die ländlichen Regionen und deren Befürchtung, aufgrund von Klinikschließungen dort künftig keine flächendeckende Versorgung gewährleisten zu können, bekräftigte Franke die Notwendigkeit von Strukturreformen. Es gehe nicht darum, Krankenhäuser in ländlichen Regionen flächendeckend zu schließen, sondern die „bedarfsnotwendigen Krankenhäuser zu stärken, so dass man weg von dem ökonomischen Druck kommt.“ Franke rief dazu auf: „Wir kriegen eine Krankenhausreform nur hin, wenn wir alle an einem Strang und in eine Richtung ziehen. Wir brauchen ein zustimmungsfähiges Gesetz, denn

nur mit den Ländern ist das möglich.“ Zugleich forderte Franke die Länder auf, „bei den Investitionen etwas nachzulegen.“ Spätestens für 2025 bräuhete es zudem einen Transformations-Fonds für Bund und Länder.

Eine stärkere Wahrnehmung der zentralen Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte bei der Versorgung der Bevölkerung forderte Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göppfard, stellvertretende Bundesvorsitzende des Deutschen Hausärzteverbands. „Während der Pandemie haben wir 95 Prozent der Corona-Erkrankten versorgt und 5 Prozent an Krankenhäuser überwiesen. Wir haben gezeigt, was wir gut können, nämlich steuern.“ Nun müsse es darum gehen, „gemeinsam sektorenverbindende Konzepte zu entwickeln“, sonst werde auch diese Reform scheitern. „Die Politik redet über uns, aber nicht mit uns“, so Buhlinger-Göppfard, sie scheine kein Interesse daran zu haben, die Versorgungsexpertise miteinzubeziehen.

Prof. Dr. Jörg Dötsch, Direktor der Kinderklinik am Universitätsklinikum Köln und Mitglied der Regierungskommission, machte sich dafür stark, die Anzahl der Leistungsgruppen anzuheben. „Gerade auch für die Pädiatrie sind nur wenige Leistungsgruppen vorgesehen. Hier bedarf es weiterer Entwicklungen.“ Dr. Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft, sagte: „Die Lage der Krankenhäuser ist brisant, und nun geht es darum, den Transformationsprozess so zu gestalten, dass er seinen Namen verdient.“ Unbestritten sei, dass Fusionen, Umwandlungen und auch die Ambulantisierung gebraucht würden. „Nur dieser Prozess ist schlecht aufgesetzt vom Bund. Es gibt einen riesigen Streit zwischen Bund und Ländern, und wir haben die große Sorge, dass wir am Ende kleinteilige Regelungen bekommen, die ein ähnliches Durchwurschteln bringen, wie wir das in den letzten zehn Jahren erlebt

Klinikleitungen skeptisch gegenüber geplanter Vorhaltefinanzierung

Berlin – Die Krankenhausreform soll insbesondere mithilfe der geplanten Vorhaltefinanzierung die wirtschaftliche Lage der Kliniken verbessern. Allerdings zeigten sich auf dem **Hauptstadtkongress** einige Klinikleitungen skeptisch, ob diese Finanzierungsform die Situation der Krankenhäuser tatsächlich verbessern könne.

Dass es eine Finanzierungsreform in der Krankenhauslandschaft braucht, zeigt auch der aktuelle Krankenhaus [Rating Report 2023](#), der gestern vorgestellt worden ist. Demnach sind elf Prozent der Kliniken in Deutschland insolvenzgefährdet, ein Drittel schreibt rote Zahlen.

Das Instrument der Vorhaltefinanzierung verfolgt drei Ziele, betonte gestern der Gesundheitsökonom und Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am [RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung](#), Boris Augurzky auf dem **Hauptstadtkongress**. Es soll den Mengenanreiz des Systems der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) reduzieren, einen Anreiz zur Strukturoptimierung und Schwerpunktbildung schaffen sowie die Daseinsvorsorge stärken.

Der Geschäftsführer von [Consus Health](#), Djordje Nikolic, betonte gestern, er sei kein Freund von Vorhaltefinanzierungen per Gießkanne. Für ihn sei diese Form eine zu komplexe Angelegenheit. Es könne nicht funktionieren, wenn auf das bereits komplizierte DRG-System noch eine Abrechnungsform draufgesetzt werde, die zum Ziel hat, die Finanzierung zu vereinfachen, so Nikolic. „Das ist ein Webfehler.“

Kliniken könnten derzeit zudem nicht länger als drei Monate im Voraus planen, bemängelte Erika Raab, Geschäftsführerin der Kreisklinik Groß-Gerau. Sie kritisierte die unzulängliche Planungssicherheit, die den Krankenhäusern schon länger Schwierigkeiten bereite. Grund dafür seien insbesondere stetig wechselnde Rechtsgrundlagen. Sie fürchtet auch angesichts der geplanten Vorhaltefinanzierung, dass diese keine verstärkte Planungssicherheit mit sich bringen werde.

Auch Johannes Wolff, Leiter des Referats Krankenhausvergütung im Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung, hält das Instrument für zu kompliziert. Bei einer möglichen Einführung der Vorhaltefinanzierung bleiben die rund 16 Millionen jährlichen DRG-Fälle bestehen. Diese Fälle müssten auch in Zukunft weiterhin geprüft werden, um die Qualität aber auch um weiterhin Versorgungsforschung, die auf den Abrechnungsdaten fuße, sicherzustellen. Das Instrument der Vorhaltefinanzierung sei zwar toll, aber es sei wahnsinnig kompliziert, sagte Wolff. Es brauche jemand, der das richtig gut umsetzt.

Auch der Finanzgeschäftsführer bei Vivantes, Alexander Hower, schätzt, dass die geplante Finanzreform in der Krankenhauslandschaft aufgrund der erhöhten Komplexität zu einem Mehrbedarf an Medizincontrolling in den Kliniken führe. Ob das schlussendlich für die Krankenhäuser besser sei, bezweifelte Hower.

Einige Vertreterinnen und Vertreter von

Kliniken nannten zudem das Problem der Sachkostenfinanzierung. So könnten insbesondere große Krankenhäuser, die teure Operationen mit hohen Sachkosten durchführen, künftig Verluste einfahren, da nur noch ein Teil der Abrechnung über die DRGs laufen soll. Augurzky entgegnete, dass es künftig für sachkostenintensive DRGs eine Untergrenze der Vorhaltefinanzierung geben müsse. Augurzky ist Teil der [Regierungskommission Krankenhaus](#), die im Dezember 2022 eine künftige Krankenhausfinanzierung mit einem Anteil von 40 Prozent Vorhaltefinanzierung vorgeschlagen hat.

Das derzeitige Erlösvolumen der Fallpauschalen ohne Pflegekosten (aDRG) von rund 61 Milliarden Euro müsste künftig anders verteilt werden, so Augurzky. „Bei einer Umverteilung gibt es immer Gewinner und Verlierer“, sagte er.

Auch aufgrund dieser Problematik schlägt er weiterhin vor, zunächst mit einem Anteil der Vorhaltefinanzierung von 40 Prozent zu starten. Damit würden bei einem Gesamterlös von 4.000 Euro künftig immer noch 3.000 Euro durch die DRG und 1.000 Euro durch das Vorhaltebudget finanziert werden. Bei dem Vorschlag auf 60 Prozent Vorhaltebudget zu gehen, den Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) zuletzt angekündigt hatte, würde sich der Anteil des Erlöses auf jeweils 2.000 Euro verteilen, erklärte Augurzky.

© cmk/aerzteblatt.de

Präzisionsonkologie: Fortschritt für alle, wenige, oder doch für niemanden?

16.06.2023 - Das Potenzial der Präzisionsonkologie für Patient*innen ist riesig – zumindest in der Theorie. Denn in der Versorgungsrealität ist die Präzisionsonkologie alles andere als ein Selbstläufer.

Damit in Zukunft mehr Patient*innen in der breiten Versorgung einen möglichst frühen Zugang zu innovativen und hochpräzisen Krebstherapien erhalten, braucht es ein Neudenken im Gesundheitssystem – von der Regulatorik bis zur täglichen Versorgung. Anlässlich des Hauptstadtkongresses (HSK) wurden im Rahmen einer Veranstaltung von Roche aktuelle Chancen und Herausforderungen der Präzisionsonkologie diskutiert.

Ob nun personalisierte Krebstherapien, die sich zielgerichtet gegen individuelle Tumortreiber wie HER2, ALK, oder NTRK richten, oder Checkpoint-Inhibitoren, die die Immunabwehr gegen den Tumor stimulieren - die Präzisionsonkologie ist für eine zunehmende Zahl an Patient*innen heute schon Realität. Und weiterer Fortschritt kündigt sich bereits an: „Wir blicken auf eine Welle von hochpräzisen und Biomarker-basierten Therapien, die innerhalb weniger Jahre über die onkologische Versorgung hinwegrollen wird“, so Dr. Benedikt Westphalen, Ärztlicher Leiter am Comprehensive Cancer Center der LMU München. „Das ist eine riesige Chance für die Behandlung von Patient*innen – und gleichzeitig eine enorme Herausforderung: Denn schon heute sehen wir, dass unser Gesundheitssystem und dessen Strukturen auf den medizinischen Wandel in vielen Bereichen nicht ausreichend eingestellt sind und der Fortschritt nicht in der breiten Versorgung ankommt.“

Diagnostik als integraler Bestandteil der Versorgung

Beispiel Diagnostik: Eine umfassende molekulargenetische Diagnostik ist heute und in Zukunft mehr denn je Voraussetzung für die Präzisionsonkologie. Bei bis zu 100.000 Krebspatient*innen in Deutschland wäre schon heute eine erweiterte molekulare Diagnostik angezeigt. In der Realität ist die umfassende molekulargenetische Diagnostik jedoch nur unzureichend in den Versorgungsstrukturen verankert. Unter anderem auch, weil deren Vergütung nicht bei allen Tumorarten und -stadien übernommen wird. „Wenn wir die Präzisionsonkologie in der breiten Versorgung etablieren wollen, muss State of the Art-Diagnostik wie das Next Generation Sequencing (NGS) ein integraler Bestandteil der Behandlung sein – von der Erstdiagnose bis hin zum regelmäßigen Therapiemonitoring“, so Westphalen.

Neue Wege der Evidenzgenerierung

Dass die Präzisionsonkologie auch die klinische Forschung und Entwicklung radikal verändert, betont Ralf Zerbes, Roche Pharma AG: „Angesichts der Tatsache, dass Behandlungsstrategien immer präziser auf immer kleinere Patient*innen-Kollektive zugeschnitten werden, stoßen klassische randomisierte klinische Studien zunehmend an die Grenzen der Umsetzbarkeit. Es würde zum Teil Jahrzehnte dauern, um überhaupt die notwendige Anzahl an Patient*innen zu rekrutieren.“ Eine Antwort auf diese Herausforderung liefern neue Studienkonzepte, die heute längst Standard in der klinischen Forschung sind. Beispielhaft dafür stehen die Studien TAPISTRY und CUPISCO: In den Studien werden Patient*innen mit soliden Tumoren (TAPISTRY) bzw. einem CUPiv-Syndrom (CUPISCO) gemäß ihres individuellen Tumorprofils mit einer personalisierten Therapie oder einer Krebsimmuntherapie behandelt.

Medium: Health & Care Management
Datum: 16.6.2023
Print / Online: Online
Reichweite: 26.000 Visits/Monat

Krankenhaus Rating Report 2023: Wirtschaftliche Lage hat sich verschlechtert

Zugehörige Themenseiten:
Klinikmarkt

Die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich im Jahr 2021 wieder verschlechtert. 11 Prozent lagen im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr. Das sind die Ergebnisse des Krankenhaus Rating Reports, der beim Hauptstadtkongress 2023 in Berlin vorgestellt wurde.

Von medhochzwei/HCM

Auch die Ertragslage der deutschen Krankenhäuser hat sich negativ entwickelt, 32 Prozent der Kliniken schrieben auf Konzernebene einen Jahresverlust. Maßgeblich für die schlechtere wirtschaftliche Lage der Kliniken war der Rückgang der Ausgleichszahlungen im Rahmen der Covid-19-Pandemie bei einem nach wie vor geringen Leistungsniveau der Krankenhäuser. Das deutsche Gesundheitswesen steht weiterhin vor großen Herausforderungen, für die es aktuell nicht gerüstet ist. Zu diesen und vielen weiteren Ergebnissen kommt die 19. Ausgabe des „Krankenhaus Rating Report“, der beim HSK 2023 vorgestellt wurde.

Krankenhaus Rating Report – Status quo

Nach einem guten Jahr 2020 hat sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser im Jahr 2021 wieder verschlechtert:

- 11 Prozent der Krankenhäuser befanden sich im „roten Bereich“ erhöhter Insolvenzgefahr,
- 16 Prozent im „gelben“ und
- 73 Prozent im „grünen Bereich“.

Im Jahr zuvor lagen 7 Prozent im „roten“, 25 Prozent im „gelben“ und 68 Prozent im „grünen Bereich“.

Schlechte Ertragslage in 2021

Die Ertragslage hat sich 2021 ebenfalls verschlechtert. Die Krankenhäuser schrieben auf Konzernebene einen Jahresverlust. Im Jahr 2021 betrug das durchschnittliche Ergebnis 22 Prozent. Im Jahr zuvor waren

Ausgleichszahlungen sorgen für schlechtere Lage

Maßgeblich für die schlechtere wirtschaftliche Lage der Kliniken war der Rückgang der Ausgleichszahlungen durch die Covid-19-Pandemie, bei einem nach wie vor geringen Leistungsniveau der Krankenhäuser.

Fallzahlen geringfügig zugenommen

Die stationäre Fallzahl nahm im Jahr 2022 geringfügig um etwa 0,8 Prozent zu. Im Jahr 2020 war sie aufgrund der Covid-19-Pandemie um 13,5 Prozent gesunken. Im zweiten Pandemiejahr 2021 war diese um 0,3 Prozent zurückgegangen.

Investitionsmittel weiterhin nicht ausreichend

Die Investitionsfördermittel der Länder beliefen sich im Jahr 2021 auf 3,3 Milliarden Euro. Dies waren 0,6 Prozent mehr als im Vorjahr. Bezogen auf die gesamten Krankenhauserlöse entspricht dies einem Anteil von 3,2 Prozent. Um die Unternehmenssubstanz zu erhalten und weiterzuentwickeln sollten jährlich mindestens sieben Prozent der Erlöse in Investitionen fließen.

Krankenhäuser schließen diese investive Lücke nur zum Teil aus eigener Kraft. Hierdurch kommt es zu einem Substanzverzehr, der auch in den Bilanzen sichtbar wird.

Krankenhaus Rating Report: Vergleich privater und freigemeinnütziger Trägerschaft

Eine Auswertung vorliegender Jahresabschlüsse aus den Jahren 2007 bis 2020 zeigt zeitstabile Muster. Signifikant besser fällt das Rating in Ost-Deutschland aus, am schlechtesten in Bayern und Baden-Württemberg. Kliniken in freigemeinnütziger und privater Trägerschaft schneiden beim Rating und der Ertragslage deutlich besser ab als öffentlich-rechtliche Kliniken. Gleichwohl verschlechterte sich die Ertragslage privater Krankenhäuser 2021 im Vergleich zum Jahr 2019. Bei öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern war diese nur leicht zurückgegangen und bei freigemeinnützigen Häusern sogar stieg. Ein signifikant besseres Rating und eine bessere Ertragslage hatten größere Kliniken, Häuser in Klinikketten, Krankenhäuser mit einem mittleren und hohen Spezialisierungsgrad sowie Einrichtungen mit einem höheren Casemixindex.

Verschiebungen bei Pflegekräften

Die Anzahl sozialversicherungspflichtig beschäftigter Menschen im Gesundheitswesen ist zwischen 2015 und 2022 um 12 Prozent gestiegen. Gleichzeitig hat der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Menschen leicht zugenommen. Im ärztlichen Dienst in Krankenhäusern hat er sich zwischen 2004 und 2020 von 12 Prozent auf 30 Prozent mehr als verdoppelt. Zudem arbeiten deutlich mehr ausländische Beschäftigte in Krankenhäusern. Trotz der Zunahme der Zahl an Beschäftigten in den medizinischen Gesundheitsberufen sind nach wie vor zahlreiche Stellen nicht besetzt.

Im Jahr 2022 lag die Zahl der von Krankenhäusern gemeldeten offenen Stellen um 88 Prozent höher als 2015. Erfreulicherweise ist seit 2019 im Gesundheitswesen die Anzahl der Auszubildenden gestiegen, sie lag 2022 bei ca. 110.000. Allerdings wird diese Zunahme nicht genügen, um den Teil der Belegschaft, der in den kommenden Jahren in Rente gehen wird, komplett zu ersetzen.

Die Akademisierung der Pflege nimmt zu. Der Anteil der Pflegekräfte mit einem akademischen Berufsabschluss ist von 2015 bis 2022 von zwei auf fünf Prozent gestiegen. Die Vergütung von Pflegekräften hat sich zwischen 2015 und 2021 spürbar verbessert. Besonders hoch sind die Pflegegehälter im Saarland und in Baden-Württemberg, beide Länder grenzen jeweils an die Hochlohnländer Luxemburg und Schweiz. Die Dauer einer Beschäftigung ist von 2015 bis 2021 besonders bei Pflegeberufen gesunken. Im ärztlichen Dienst blieb diese nahezu unverändert.



Vorstellung des Krankenhaus Rating Report 2023 beim HSK in Berlin mit anschließender Diskussion. – © HCM

WEITERE BEITRÄGE ZU DIESEM
ARTIKEL

Krankenhaus Rating Report 2023: Wirtschaftliche

Ärzte im Stress

Kongress: Junge Mediziner drohen mit Abwanderung. Alena Buyx mahnt, auch in der Gesundheitsbranche mehr ethische Fragen zu stellen

RUTH SCHNEEBERGER

Wir werden auf diesem Kongress kontroverse Diskussionen führen müssen, weil unser Gesundheitssystem sonst aus dem Ruder läuft“, betonte Karl Einhäupl am Mittwoch zur Eröffnung. Der Neurologie-Professor, ehemals Charité-Vorstandsvorsitzender und Vorsitzender des Wissenschaftsrates, nun Präsident des Hauptstadt-Kongresses Medizin und Gesundheit in Berlin, sagte zu Beginn der Veranstaltung vor rund 2000 Besuchern: Schwerpunkte seien deshalb der Fachkräftemangel und die Klinikreform – aber auch Anreizsysteme sowie die Sprengkraft von künstlicher Intelligenz (KI) in Medizin und Pflege, die ethische Fragen aufwerfe.

Hoffnungen in der Krebsmedizin

Wurden also kontroverse Diskussionen geführt auf diesem Kongress in den Messehallen des Hub27 im Westen Berlins, von Mittwoch bis Freitag? Wie man's nimmt.

Ebenfalls zur Eröffnungsveranstaltung geladen war Alena Buyx, Vorsitzende des Deutschen Ethikrats. Sie antwortete auf einen Impulsvortrag des emeritierten Charité-Professors Manfred Dietel, der eindrucksvoll die neuesten Hoffnungen in der Krebsmedizin mittels moderner und individuell auf den Patienten zugeschnittener Molekulardiagnostik und damit verbundener erfolgsversprechender Therapie be-

schrrieben hatte, zugespielt mit der Entgegnung: Und wer soll das alles noch bezahlen? Auf den Einwand durch die Heilung von Krebs vielleicht noch 20 weitere Jahre leben und arbeiten könne und somit dem Staat auch Geld einbringe, erwiderte Buyx, dass diese Überlegungen in ihrem Fach, der Medizinethik, auch eingepreist würden. Dennoch müssten wir künftig in Deutschland für die Gesundheitsbranche verstärkt „ethische Fragen“ stellen. Denn einerseits würden individuelle Behandlungsmöglichkeiten immer gängiger, zu teils extrem hohen Kosten. Auf der anderen Seite müssten diese Behandlungen von der Solidargemeinschaft finanziert werden. Das sei ein „unlösbares Problem“. Deshalb müssten wir „intensiver darüber nachdenken, wie viel wir für wen künftig ausgeben werden wollen“.

Auch der prominente Gast aus der Politik, der zur Eröffnung geladen war, der bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek (CSU), war zum Streiten aufgelegt: „Wo welche Versorgung in Zukunft stattfindet, entscheidet allein das Land und nicht der Bund. Der Bund entscheidet über die Vergütungsreform“, sagte Holetschek zur geplanten Klinikreform von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD). Deshalb sei es nun umso wichtiger, „um die Details zu ringen und so ein gemeinsames Gesetz mit Perspektive auf den Weg zu bringen“. Und weiter: „Ein Bundes-

finanzminister kann nicht entscheiden, wo welche Versorgung stattfindet. So wird jede Krankenhausinsolvenz zu einem Zufallsprodukt“, kritisierte er die Reformpläne. „Wenn wir jetzt nicht noch mal zusätzlich Geld ins System geben, wird es bitter für die Menschen in diesem Land, weil wichtige Versorgungsstrukturen zerstört worden sind.“ Angesichts möglicher Klinikschließungen warnte der Minister davor,

„einem Haus zu sagen, dass es keine Qualität abliefern“. Das sei eine „De-savouierung“ der Mitarbeiter, die in den Kliniken täglich ihr Bestes geben würden.

Dass die Politik „auf dem ambulanten Auge blind“ sei, betonte Nicola Buhlinger-Göplarth als stellvertretende Bundesvorsitzende des Deutschen Hausarztverbands. „Während der Pandemie haben wir 95 Prozent der Corona-Erkrankten

versorgt und fünf Prozent an Krankenhäuser überwiesen. Wir haben gezeigt, was wir gut können, nämlich steuern.“ Nun müsse es darum gehen, „gemeinsam sektorenverbindende Konzepte zu entwickeln“, sonst werde auch diese Reform scheitern. „Die Politik redet über uns, aber nicht mit uns.“

Zur Eröffnung der dreitägigen Veranstaltung gab es also halbwegs Zunder. Doch wie sah es auf den Panels aus? Der dreitägige Kongress soll Vertreter aus Politik, Verbänden, Gesundheitswirtschaft und -management sowie aus Wissenschaft, Medizin und Pflege zusammenbringen – mit rund 450 Rednern und 150 Ausstellern. Zumindest im Ärzteforum bei der Fragerunde „Hinterfragt: Jeder 4. Klinikarzt erwägt Berufswechsel – warum?“ unter Leitung der Direktorin des Krankenhauses Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee, Iris Hauth, ging es schon auch zur Sache. Das lag vor allem an Jason Adelhoefer von der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmld). Der junge Medizinstudent erklärte dem Publikum und seinen Mitdiskutanten durchaus von oben herab, dass seine Generation, die Generation Z, mitnichten gewillt sei, die derzeitige Belastung, die der Beruf des Klinikarztes mit sich bringe, überhaupt noch mitzutragen. Wenn der einstige Traumjob Arzt nun die Ärzte selbst krank mache, sei es an der Zeit, das System grundsätzlich zu ändern – oder es zu verlassen. Die junge Generation lege

deutlich mehr Wert auf gute Arbeitsbedingungen als ihre Eltern. Klinikleitungen seien gut beraten, jungen Arbeitnehmern entgegenzukommen. Ansonsten würden sie sie halt verlieren. Deutschland könne nicht Ärzte aus der ganzen Welt herholen und die eigenen mit derart schlechten Arbeitsbedingungen vergraulen. Es sei „erschreckend, dass wir überhaupt darüber reden müssen“.

Dem entgegnete Karsten Honsel, Hauptgeschäftsführer der Alexianer GmbH, die bundesweit Kliniken und weitere Einrichtungen betreibt, dass in den vergangenen 20 Jahren das medizinische Personal immer weiter aufgestockt wurde, während die Patientenfälle immer weiter zurückgingen. „Wir haben seit 2012 20 Prozent mehr Ärzte, aber in der öffentlichen Diskussion findet das nicht statt. Wir hatten noch nie so viele Krankenhausärzte wie heute und auch noch nie so eine hohe Vergütung, aber wir führen immer nur diese Mangeldiskussion. Woran liegt das?“

„Politik muss helfen“

Katastrophal sei allerdings, dass viele Ärzte im Schnitt drei Stunden täglich mit Bürokratie zubringen müssten. Da helfe auch die Digitalisierung nicht, „da muss die Politik uns helfen“. Im Übrigen sei das Thema Arbeitsbedingungen vor allem ein betriebliches Problem und müsse innerhalb der Betriebe gelöst werden, auch durch bessere Zusammenarbeit etwa zwischen Medizin und Pflege, meinte Honsel.

Anzeige

Eine Veranstaltung für Patient*innen, Angehörige und Interessierte

Köpenicker Gesundheitsforum

„Wenn die Prostata zum Problem wird“
Diagnose und Therapie

Kostenlos und ohne Voranmeldung

Mittwoch, 21. Juni 2023
18.00 Uhr

Hörsaal, Haus 5.2 (Ärztehaus), Ebene 4
der DRK Kliniken Berlin Köpenick

Referent: Prof. Dr. med. Jan Roigas, Chefarzt

DRK Kliniken Berlin Köpenick
Klinik für Urologie
Salvador-Allende-Str. 2-8, 12559 Berlin
www.drk-kliniken-berlin.de/
koepenicker-gesundheitsforum

DRK KLINIKEN BERLIN
DRK-Schwermerkrankung

Überlastung von Ärzten: „Erschreckend, dass wir überhaupt darüber reden müssen“

Junge Mediziner drohen mit Abwanderung, Alena Buyx droht mit Einsparungen, Klaus Holetschek dem Finanzminister: So war der Hauptstadt-Kongress Medizin und Gesundheit.



Ruth Schneeberger

16.06.2023 | 08:58 Uhr



Baby auf einer Intensivstation: Wir müssten „intensiver darüber nachdenken, wie viel wir für wen künftig ausgeben werden wollen“, sagte Alena Buyx auf dem Hauptstadt-Kongress Medizin und Gesundheit.

„Wir werden auf diesem Kongress kontroverse Diskussionen führen müssen, weil unser Gesundheitssystem sonst aus dem Ruder läuft“, betonte Karl Einhäupl am Mittwoch zur Eröffnung. Der Neurologie-Professor, ehemals Charité-Vorstandsvorsitzender und Vorsitzender des Wissenschaftsrates, nun Präsident des Hauptstadt-Kongresses Medizin und Gesundheit in Berlin, sagte zu Beginn der Veranstaltung vor rund 2000 Besuchern: Schwerpunkte seien deshalb der Fachkräftemangel und die Klinikreform – aber auch Anreizsysteme sowie die Sprengkraft von künstlicher Intelligenz (KI) in Medizin und Pflege, die ethische Fragen aufwerfe.

Teil 3: Berichterstattung nach dem Kongress

Krankenhaus Rating Report 2023:

Wirtschaftliche Lage hat sich verschlechtert

Die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich im Jahr 2021 wieder verschlechtert. 11 Prozent lagen im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr. Auch ihre Ertragslage hat sich negativ entwickelt, 32 Prozent der Kliniken schrieben auf Konzernebene einen Jahresverlust. Maßgeblich für die schlechtere wirtschaftliche Lage der Kliniken war der Rückgang der Ausgleichszahlungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie bei einem nach wie vor geringen Leistungsniveau der Krankenhäuser.

Das deutsche Gesundheitswesen steht weiterhin vor großen Herausforderungen, für die es aktuell nicht gerüstet ist. Zu diesen und vielen weiteren Ergebnissen kommt die neunzehnte Ausgabe des „Krankenhaus Rating Report“, der im Rahmen des „Hauptstadtkongress 2023 – Medizin und Gesundheit“ der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Er wurde gemeinsam vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und der Institute for Healthcare Business GmbH (hcb) in Kooperation mit der Bank im Bistum Essen (BIB) erstellt.

Das Wichtigste in Kürze:

Status quo

- Nach einem guten Jahr 2020 hat sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser im Jahr 2021 wieder verschlechtert. 11 Prozent der Krankenhäuser befanden sich im „roten Bereich“ erhöhter Insolvenzgefahr, 16 Prozent im „gelben“ und 73 Prozent im „grünen Bereich“. Im Jahr zuvor lagen 7 Prozent im „roten“, 25 Prozent im „gelben“ und 68 Prozent im „grünen Bereich“.
- Die Ertragslage hat sich 2021 ebenfalls verschlechtert: 32 Prozent der Krankenhäuser schrieben auf Konzernebene einen Jahresverlust, 2020 waren es 22 Prozent. Im Jahr 2021 betrug das durchschnittliche Jahresergebnis lediglich 0,8 Prozent der

Erlöse, im Jahr zuvor waren es noch 1,8 Prozent.

- Maßgeblich für die schlechtere wirtschaftliche Lage der Kliniken war der Rückgang der Ausgleichszahlungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie bei einem nach wie vor geringen Leistungsniveau der Krankenhäuser.
- Die stationäre Fallzahl nahm im Jahr 2022 geringfügig um etwa 0,8 Prozent zu. Im Jahr 2020 war sie aufgrund der COVID-19-Pandemie außerordentlich stark um 13,5 Prozent gesunken war, im zweiten Pandemiejahr 2021 leicht um 0,3 Prozent zurückgegangen.
- Die Investitionsfördermittel der Länder beliefen sich im Jahr 2021 auf 3,3 Milliarden Euro, das waren 0,6 Prozent mehr als im Vorjahr. Bezogen auf die gesamten Krankenhauserlöse entspricht dies einem Anteil von 3,2 Prozent. Um die Unternehmenssubstanz zu erhalten und weiterzuentwickeln sollten jährlich mindestens 7 Prozent der Erlöse in Investitionen fließen. Der jährliche förderfähige Investitionsbedarf der Plankrankenhäuser zum Substanzerhalt dürfte sich auf mindestens 5,7 Milliarden Euro belaufen, zuzüglich Universitätskliniken insgesamt auf 6,6 Milliarden Euro.
- Krankenhäuser schließen diese investive Lücke nur zum Teil aus eigener Kraft, sodass es zu einem Substanzverzehr kommt, der auch in den Bilanzen deutlich sichtbar wird. Besonders stark war dieser Substanzverzehr bei den ostdeutschen Krankenhäusern, die sich dem niedrigen Niveau der westdeutschen Krankenhäuser immer weiter annähern. Bezogen auf die Erlöse sank das Sachanlagevermögen in Westdeutschland zwischen 2007 und 2021 um fast 15 Prozent, in Ostdeutschland um 40 Prozent.
- Eine Auswertung vorliegender Jahresabschlüsse aus den Jahren 2007 bis

2020 zeigt zeitstabile Muster: Signifikant besser fällt das Rating in Ost-Deutschland aus, am schlechtesten in Bayern und Baden-Württemberg. Kliniken in freigemeinnütziger und privater Trägerschaft schneiden beim Rating und der Ertragslage deutlich besser ab als öffentlich-rechtliche Kliniken. Gleichwohl verschlechterte sich die Ertragslage privater Krankenhäuser 2021 im Vergleich zum Jahr 2019, während sie bei öffentlich-rechtlichen nur leicht zurückging und bei freigemeinnützigen Häusern sogar stieg. Ein signifikant besseres Rating und eine bessere Ertragslage hatten außerdem größere Kliniken, Häuser in Klinikketten, Krankenhäuser mit einem mittleren und hohen Spezialisierungsgrad sowie Einrichtungen mit einem höheren Casemixindex.

- Die Anzahl sozialversicherungspflichtig beschäftigter Menschen im Gesundheitswesen ist zwischen 2015 und 2022 um 12 Prozent gestiegen, gleichzeitig hat der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Menschen leicht zugenommen. Im ärztlichen Dienst in Krankenhäusern hat er sich zwischen 2004 und 2020 von 12 Prozent auf 30 Prozent mehr als verdoppelt. Zudem arbeiten deutlich mehr ausländische Beschäftigte in Krankenhäusern. Trotz der Zunahme der Zahl an Beschäftigten in den medizinischen Gesundheitsberufen sind nach wie vor zahlreiche Stellen nicht besetzt.
- Im Jahr 2022 lag die Zahl der von Krankenhäusern gemeldeten offenen Stellen um 88 Prozent höher als 2015. Erfreulicherweise ist seit 2019 im Gesundheitswesen die Anzahl der Auszubildenden gestiegen, sie lag 2022 bei ca. 110.000. Allerdings wird diese Zunahme nicht genügen, um den Teil der Belegschaft, der in den kommenden Jahren in Rente gehen wird, komplett zu ersetzen.
- Die Akademisierung der Pflege

Große Chance für bessere Versorgung von Patienten mit erektiler Dysfunktion

Die Expertenrunde auf einem Symposium von Viatris im Rahmen des **Hauptstadtkongresses 2023** zieht ein deutliches Fazit: Die Vorteile einer rezeptfreien Abgabe von Sildenafil übersteigen die Risiken. Das zeigt der Blick in andere europäische Länder, in denen der PDE-5-Hemmer bereits aus der Verschreibungspflicht entlassen wurde.

Schätzungen zufolge begeben sich 70 % der Patienten mit einer erektilen Dysfunktion (ED) nicht in ärztliche Behandlung. Der zentrale Aspekt eines OTC(over the counter)-Switch von Sildenafil sei, dass der Zugang zur Inanspruchnahme einer Therapie zur Behandlung der ED und deren Ursache erleichtert werde, erklärte Dr. Matthias Arnold, Berlin. Bisher unbehandelte Patienten können durch eine niedrigschwellige Beratung in der Apotheke in die ärztliche Versorgung überführt werden. Im Vereinigten Königreich, wo Sildenafil bereits seit 2017 rezeptfrei erhältlich ist, führte der OTC-Switch innerhalb eines Jahres zu einer signifi-

kanten Zunahme der Arzt- und Apothekenbesuche.

Hohes Verantwortungsbewusstsein unter Apotheker:innen

Für einen erfolgreichen und sicheren OTC-Switch ist eine Sicherstellung der Beratungskompetenz aller Apothekenbeschäftigten notwendig. Befragungen von Apotheker:innen im Vereinigten Königreich zeigten: Die Abgabe erfolgte in über 90 % der Fälle unter Verwendung einer Checkliste, und bei Unsicherheit verwiesen die Apotheker:innen die Patienten in der Regel an eine Arztpraxis.

Holger Seyfarth, Vorsitzender des Hessischen Apothekerverbandes e. V.,

bekräftigte diese Befragungsergebnisse:

„Wir sind überzeugt davon, dass wir durch den einfacheren Zugang zu Sildenafil für Betroffene und durch unsere ausdrückliche Empfehlung einer ärztlichen Konsultation zu einer insgesamt besseren Versorgung unserer Patienten beitragen.“

Quelle:

SATELLITENSYMPOSIUM: „Erektile Dysfunktion und OTC-Switch Sildenafil“, im Rahmen des Hauptstadtkongresses 2023, Berlin, 15.6.2023; Veranstalter: Viatris

ICD-Codes:

Welche Zukunft bleibt deutschen Krankenhäusern?

Teure Kliniken: Sollen sie vor der Insolvenz gerettet werden? Gesetzliche Krankenkassen wollen deutlich weniger Krankenhäuser. Heißt der Trend: Konzentration auf lukrative Behandlungen?

Die Corona-Pandemie hatte zu einer kräftigen Verminderung der Leistungen von Krankenhäusern geführt. Mit Ausgleichszahlungen konnten die dadurch bedingten Erlösminderungen aufgefangen werden, so dass das Jahr 2020 für Krankenhäuser unterm Strich wirtschaftlich besser war als 2019.

Das ließ sich dem ["Krankenhaus Rating Report 2022"](#) entnehmen. Sollte die Leistungsmenge nach der Pandemie jedoch niedrig bleiben und keine Ausgleichszahlungen mehr geleistet werden, stehen die Krankenhäuser wieder vor gewaltigen Herausforderungen.

Ohne die Sonderzuwendungen von 2020 wird es für viele Krankenhäuser schon bald sehr eng. Dies gilt vor allem für Krankenhäuser im ländlichen Raum und für Patienten, für die eine schnelle Versorgung überlebenswichtig ist.

Die neunzehnte Ausgabe des ["Krankenhaus Rating Report"](#), der im Rahmen des ["Hauptstadtkongress 2023 – Medizin und Gesundheit"](#) vorgestellt wurde und gemeinsam vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und der Institute for Healthcare Business GmbH (hcb) in Kooperation mit der Bank im Bistum Essen (BIB) erstellt wurde, stellte fest, dass sich die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser im Jahr 2021 wieder verschlechtert hat.

Elf Prozent liegen demnach im "roten Bereich" mit erhöhter Insolvenzgefahr. Ihre Ertragslage hat laut des Berichts negativ entwickelt, 32 Prozent der Kliniken notieren auf Konzernebene einen Jahresverlust.

Maßgeblich für die schlechtere wirtschaftliche Lage der Kliniken, so stellt der Bericht fest, sei der Rückgang der Ausgleichszahlungen im Rahmen der Covid-19-Pandemie bei einem nach wie vor geringen Leistungsniveau der Krankenhäuser.

Dem deutschen Gesundheitswesen wird

attestiert, dass es vor großen Herausforderungen steht, für die es aktuell nicht gerüstet sei.

Wenn die Statistik das Leben nur rudimentär abbildet

Auf die Frage, wie viele Kliniken Deutschland für eine gute Versorgung brauche, will eine Berechnung des [Verbands der Gesetzlichen Krankenversicherung](#) (GKV) ermittelt haben, dass künftig [1.247](#) der noch knapp 1.700 Krankenhäuser für die Versorgung der deutschen Bevölkerung ausreichen würden, also auf etwa 400 derzeit noch bestehende Krankenhäuser verzichtet werden kann.

Diese 400 Kliniken müssten nun erklären, warum sie gebraucht würden und unnötig Fachkräfte bänden. Diese Vorstellung geht davon aus, dass die Fachkräfte, die bei einer Schließung dieser Kliniken entlassen würden, dann wie selbstverständlich bei den verbliebenen Einrichtungen weiterarbeiten würden.

Die GKV-Berechnung nimmt an, dass 1.247 Kliniken für die medizinische Versorgung der Bevölkerung in Deutschland ausreichen würden. Für eine erweiterte oder umfassende Notfallversorgung würden sogar 422 Kliniken genügen.

358 Kliniken mit Notfallstufe gäbe es darüber hinaus in einem Fahrzeitradius von 30 Minuten. Außerdem gäbe es 272 Fachkrankenhäuser mit mindestens 500 vollstationären somatischen Fällen und 64 alleinstehende Kinderkrankenhäuser, Schlaganfall-Stationen oder Traumazentren. Zudem bräuchte es 131 regionale Krankenhäuser, ohne die die Versorgung vor Ort nicht sichergestellt wäre. Die Gesetzlichen Krankenkassen wollen mit ihrer aktuellen Berechnung sicherstellen, dass sie künftig nur noch für die Behandlung in solchen Krankenhäusern bezahlen müssen, welche die

geplanten bundesweit geltenden Qualitätsstandards mit ihren einheitlichen Kriterien für die Ausstattung erfüllen. Die Ausstattung der Krankenhäuser müsste jedoch von den jeweiligen Bundesländern finanziert werden, was diese seit vielen Jahren nicht mehr wie eigentlich vorgesehen leisten.

An diesem Punkt scheiterten bislang auch die Verhandlungen der Länder mit dem Bundesgesundheitsministerium. Aktuell müssen sich die Kliniken auf solche Eingriffe konzentrieren, bei welchen sie sehr effizient arbeiten können und gut verdienen.

Nur so können sie die anstehenden Investitionen ermöglichen, wobei es den Kliniken auch kaum verübelt werden kann, wenn sie unter den gegebenen Bedingungen vorrangig in solche Bereiche investieren, die einen schnellen *Return on Investment* ermöglichen.

Um diese Entwicklung zu beenden, muss es für die Kliniken dringend zur Einführung einer fallmengenunabhängigen Vorhaltefinanzierung der Krankenhausleistungen kommen, die den Mengenanreiz bei den geleisteten Eingriffen reduziert und die Daseinsvorsorge stärkt.

Demografischer Wandel in Europa

Da das Erwerbspersonenpotenzial in Deutschland in den kommenden Jahren stark sinken wird, weil die geburtenstarken Jahrgänge schrittweise den Arbeitsmarkt verlassen und die geburtenschwachen Jahrgänge aus den 2000er-Jahren in den Arbeitsmarkt eintreten, steht die Gesundheitspolitik vor dem Dilemma, dass der Knappheit von Fachkräften mit qualifizierter Zuwanderung nur bedingt entgegengewirkt werden kann.

Denn da der demographische Wandel die Bevölkerungsstruktur in ganz Europa prägt, muss man die Anwerbung von Fachkräften auf andere Konti-

Krankenhäuser sollen Patienten-Apps bezahlen

Von Lukas Hoffmann

Jedes zehnte Krankenhaus in Deutschland war im Jahr 2021 **insolvenzgefährdet**, Tendenz steigend. Das geht aus dem "Krankenhaus Rating Report" hervor, der vergangene Woche im Rahmen des **Hauptstadtkongresses** in Berlin vorgestellt wurde. Der **Hauptstadtkongress** ist eine wichtige Veranstaltung im Bereich Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft. Die Krankenhäuser haben nicht nur mit **Lohnerhöhungen** für das Personal und **in Inflationsbedingten Kostensteigerungen** zu kämpfen, sondern müssen **IT-Projekte** rund um das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) umsetzen.

Zudem kann die Branche die Auswirkungen der von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) initiierten Krankenhausreform nicht abschätzen. Trotz dieses schwierigen Marktumfelds haben sich einige Start-ups auf den Weg gemacht und entwickeln Apps für Klinikpatienten. Bezahlen sollen sie die Krankenhäuser.

App für Krebspatienten.

Mit seiner **Patienten-App "Ready4OP"** richtet sich das hessische Start-up Capreolos an Menschen, die vor einer größeren Operation im Brust- oder Bauchraum stehen. Letzte Woche wurde die kostenlose App gelauncht und kann nun von Patienten heruntergeladen werden. Das eigentliche Kernprodukt des Start-ups sei aber noch in der Entwicklung, sagt Charlotte Detemble. "Wir planen eine App, die wir an Kliniken verkaufen", sagt sie. Eine klinische Studie, die derzeit läuft, soll unter anderem die Verweildauer der App-Nutzer in der Klinik zeigen und die App zu einem Medizinprodukt machen. "Wir streben später einen Preis von 300 bis 600 Euro pro Patient an", sagt Detemble.

Detemble ist Assistenzärztin an der Uniklinik Frankfurt. Gemeinsam mit ihrem Mentor Andreas Schnitzbauer, stellvertretender Direktor der dortigen Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, und der Ärztin und Betriebswirtin Dora Zmuc hat sie Capreolos im August 2021 gegründet und in einer Finanzierungsrunde im selben Jahr eine Million Euro eingesammelt.

Es sei wissenschaftlich erwiesen, dass eine **umfassende Vor- und Nachsorge bei Operationen** das Behandlungsergebnis der Patienten verbessere, berichtet Detemble. Die passende App gebe es aber noch nicht. Das dreiköpfige Start-up profitiert vom eigenen Praxisbezug. "Wir lassen das Feedback von Kollegen, Mitarbeitern und Patienten kontinuierlich in die App einfließen", sagt Detemble.

Bei der Vermarktung käme ihnen die Reputation ihres Mitgründers zugute. "Wir nutzen das Netzwerk von Professor Schnitzbauer, der in der chirurgischen Community bekannt ist", sagt Detemble. Von mehreren Kliniken lägen Interessensbekundungen für die App vor.

Auch das **Start-up Recovery Cat** wurde von Mitarbeitern einer Klinik gegründet. Es ist eine Ausgründung der Charité Berlin und geht auf die Psychologin Alissa Rohrbach und den Psychiater Jakob Kaminski zurück, der weiterhin an der Charité arbeitet. Anfang Februar berichtete Handelsblatt Inside über die Seed-Finanzierung von Recovery Cat im niedrigen einstelligen Millionenbereich.

Recovery Cat gewinnt ersten Klinikkunden.

Rohrbach, Kaminski und ihr Team bieten Patienten mit **Schizophrenie oder bipolarer Störung** und ihren Behandlern eine App an, mit der die Therapie gemeinsam geplant und evaluiert werden kann. Im Winter waren die Gründer noch auf Kundensuche. Heute berichtet Rohrbach auf Nachfrage, dass ein erster Vertrag mit einer mittelgroßen Klinik kette abgeschlossen wurde. Mit weiteren Kliniken, darunter einer aus der deutschsprachigen Schweiz, stehe das Start-up in Budgetverhandlungen.

Die auf Orthopädie spezialisierte Vulpus Klinik im baden-württembergischen Bad Rappenau arbeitet bereits seit einigen Jahren mit einem Start-up für Patienten-Apps zusammen. Jährlich zahle die Klinik einige Tausend Euro für die Nutzung ihrer **"Patient Journey App"** an die niederländische Firma Interactive Studios, berichtet Michael Clarius, Chefarzt der Abteilung für Orthopädie, Orthopädische Chirurgie und Unfallchirurgie der Vulpus Klinik. Die niederländische Firma arbeitet nach eigenen Angaben mit 100 Kliniken aus 20 Ländern zusammen.

Die App der Vulpus Klinik richtet sich an Menschen, die sich einem orthopädischen Eingriff unterziehen müssen. Sie ist kostenlos im App-Store erhältlich und folgt inhaltlich einer Art Zeitstrahl. Patienten erhalten vor und nach der Operation Informationen, wie sie den Klinikbesuch am besten vor- und nachbereiten.

Elektronisches Rezept kann ab 1. Juli in den meisten Apotheken genutzt werden

Jetzt soll es schnell gehen. Ab dem übernächsten Samstag kann das elektronische Rezept nach Darstellung des Bundesgesundheitsministeriums in Apotheken eingelöst werden. Dann können GKV-Versicherte entweder ihr Smartphone oder einen Ausdruck mit den Zugangsdaten nutzen, um ihre Medikamente in den Apotheken zu erhalten. Nach dem Start am 1. Juli sollen bereits Ende Juli 80 % aller Apotheken fit für das eRezept sein. „Das eRezept ist endlich alltags-tauglich“, stellte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach gegenüber dem Redaktionsnetzwerk Deutschland fest.

An ihre Medikamente kommen Versicherte in zwei Schritten. Über eine eRezept-App auf dem Smartphone kann das Rezept verwaltet und an die Apotheke gesandt werden. Ohne Smartphone geht es auch mit einem Ausdruck. In der

Apotheke können Versicherte ihre Gesundheitskarte dann im zweiten Schritt in ein Lesegerät stecken und die in einer Datenbank gespeicherte Berechtigung einlösen.

„Legt los!“, forderte Dr. Susanne Oze-gowski, Digital-Chefin im Bundesgesundheitsministerium, auf dem **Hauptstadt-kongress**. Der sichere und rechtsfeste Einlöseweg sei jetzt gefunden. Gleichzeitig stellt das eRezept auch eine Verbindung zum eigentlichen digitalen Herzstück, der elektronischen Patientenakte, her. Die strukturierten Daten fließen dann direkt in die ePA, die den Versicherten per Opt-out-Regelung ans digitale Herz gelegt wird. Bereits am 1. Januar 2024 wird es keine Wahlmöglichkeit mehr geben. Dann ist das eRezept Pflicht.

Wie sich Vertragsärzte verhalten werden, bleibt indes abzuwarten. Holger Rostek, Digitalisierungs-Experte im

Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, sagte dem Ärztenachrichtendienst, er halte die „Auforderungen zum Start mit dem eRezept ab Juli für verfehlt“. Markige Aufrufe würden nur Frust erzeugen, weil Ärzte und Apotheken noch nicht so weit seien. Rostek äußerte auch Zweifel daran, dass die TI-Pauschale am 1. Juli kommen werde.

Dazu stellte Sebastian Zilch, Fachabteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium, klar, dass die Regelungen zur TI-Pauschale noch in dieser Woche kommen werden. Auf einer Veranstaltung des Bundesverbands der Arzneimittelhersteller (BAH) dementierte Zilch die Darstellung, das BMG wolle sich um die Festlegung der TI-Pauschale drücken. (fgr)

Alarmstufe Rot bei den Krankenhäusern im Landkreis

Die Trägerlandkreise des Klinikverbunds Südwest, Böblingen und Calw stehen hinter den Protesten.

Kreis Böblingen. Mit dem bundesweiten Aktionstag am 20. Juni unter dem Titel „Alarmstufe Rot – Krankenhäuser in Not“ machten die Kliniken in Deutschland auf ihre verheerende wirtschaftliche Situation aufmerksam.

Der vergangene Woche im Rahmen des **Hauptstadtkongresses** veröffentlichte Krankenhaus Rating Report untermauert nochmals, dass die Krankenhäuser mit dem Rücken zur Wand stehen. Bezogen auf das Referenzjahr 2021 schrieben 32 Prozent der Kliniken auf Konzernebene einen Jahresverlust, 11 Prozent drohte gar Insolvenz. 600 Millionen Euro Schulden pro Monat. Aktuell häufen die Krankenhäuser jeden Monat rund 600 Millionen Euro neue Schulden an, um die Patientenversorgung aufrechtzuerhalten. Noch nie waren der Anteil der insolvenzgefährdeten Krankenhäuser und das Ausmaß der negativen Jahresabschlüsse so hoch wie im diesjährigen Report, der eine Verschärfung der Lage prognostiziert. Signifikant besser fällt das Rating ledig-

lich in Ostdeutschland aus, am schlechtesten in Bayern und Baden-Württemberg.

Die beiden Trägerlandkreise des Klinikverbunds Südwest (KVSU), Böblingen und Calw stehen hinter den Protesten und unterstützen diese. „Nicht zuletzt durch die inflationsbedingten Kostensteigerungen werden die Krankenhäuser in Deutschland bis Ende des Jahres 2023 ein Defizit von rund 10 Milliarden Euro erreicht haben; allein im Klinikverbund Südwest rechnen wir für das Jahresergebnis von 2022 mit einem verbundweiten Abmangel von rund 50 Millionen Euro“, betont der Böblinger Landrat Roland Bernhard, Aufsichtsratsvorsitzender des Klinikverbundes Südwest (KVSU).

„Wir stehen als kommunale Träger hinter unseren Kliniken und einer qualitativ hochwertigen wohnortnahen Versorgung. Jetzt ist es an der Zeit, dass sich der Bund auch zu diesen Zielen bekennt und insbesondere dazu, dass eine gute Gesundheitsversorgung auch in der Flä-

che gewährleistet sein muss. Dieser Versorgungssicherheit für alle gilt unser Augenmerk. Ohne ein sehr rasch umzusetzendes Vorschaltgesetz laufen wir aktuell aber Gefahr, dass vielen Kliniken auf dem Weg zur Krankenhausreform die Luft ausgeht.“

Hohe Insolvenzgefahr

Schon im Herbst 2022 hatten die Krankenhäuser darauf aufmerksam gemacht, dass fast keine Klinik mehr eine schwarze Null schreibt, viele in Liquiditätsprobleme laufen und extremer Insolvenzgefahr ausgesetzt sind. Die Bundesregierung hat auf die Energiekostensteigerungen reagiert und 6 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt. „Diese fließen nur teilweise wirklich in die Kliniken, aber immerhin hat sich die Politik kurzfristig entschlossen, dass 4 dieser 6 Milliarden als direkte pauschale Hilfen ausgezahlt werden sollen“, erläutert Alexander Schmidtke, Geschäftsführer des KVSU.

Alexander Schmidtke Bild: z

Erster Nachhaltigkeitsindex vorgestellt – Nachhaltigkeit im Gesundheitssystem muss messbar und verbindlich sein

Eine umfassende, wissenschaftlich fundierte Datenbasis für messbare Ziele: Der erste #Nachhaltigkeitsindex, entwickelt von AstraZeneca und Vandage Health Economics Analytics unter der wissenschaftlichen Beratung von Prof. Dr. Wolfgang Greiner von der Universität Bielefeld, schafft Transparenz über Datenverfügbarkeit, Datenqualität und konkrete Zielsetzungen im deutschen Gesundheitssystem. In einem Symposium beim diesjährigen **Hauptstadtkongress** diskutierten Vertreter:innen verschiedener Akteur:innen im Gesundheitswesen über die Notwendigkeit, Nachhaltigkeit zu messen und daraus Maßnahmen abzuleiten.

Gegenwärtig sind Daten zum Gesundheitssystem nicht einheitlich verfügbar, unvollständig und auch qualitativ äußerst unterschiedlich: Von den 267 im Rahmen des Nachhaltigkeitsindex definierten Indikatoren konnten 17 Prozent aufgrund einer eingeschränkten Datenverfügbarkeit nicht bewertet werden. Auch bei der Ableitung konkreter Ziele gibt es Defizite: Nur 12 Prozent der Indikatoren haben Zielvorgaben. „Ohne Zielwerte wird sich nichts ändern,“ machte Prof. Greiner beim Symposium dazu klar: „Erst durch sie schaffen wir Verbindlichkeit.“

Leitindikatoren führen zu einer besseren Versorgung und Vergleichbarkeit

Die Diskussion beim Symposium machte deutlich, wie wichtig das Thema Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen ist. „Wir brauchen eine Nachhaltigkeitsberichterstattung. Mit geeigneten Leitgrößen, Standortbestimmung und einer Entwicklungslinie,“ betonte Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit, die Bedeutung eines sol-

chen Index für die Versorgung: „Wenn es uns gelingt ein Indikatorensystem zu entwickeln, an dem sich die Gesundheitspolitik ausrichtet, dann schaffen wir eine länderübergreifende Messbarkeit. Leitindikatoren, die auch auf Ebene der Bundesländer messbar sind, führen zu einer besseren Versorgung und Vergleichbarkeit.“

Prof. Andrew Ullmann, gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion, bezeichnete den Nachhaltigkeitsansatz als „gute Grundlage einer evidenzbasierten Politik mit einheitlichen Maßstäben und Konzepten, die Vergleichbarkeit und Kontrollierbarkeit schaffen.“ Nur so seien Maßnahmen erfolgversprechend.

Der Nachhaltigkeitsindex zeigt, dass eine Zielvorstellung fehlt

Wie der Nachhaltigkeitsindex konkret die Versorgung verbessern kann, machte Tessa Wolf, Leiterin Gesundheitspolitik und Patient Affairs von AstraZeneca Deutschland, an einem Beispiel deutlich: „Wir sollten die Krankheitsvermeidung in den Fokus nehmen. Der Nachhaltigkeitsindex zeigt, dass uns zum Beispiel bei dem Thema Diagnose und Früherkennung eine Zielvorstellung fehlt. So könnte etwa bei frühzeitiger Diagnose und Therapie bei der chronischen Niereninsuffizienz eine Dialyse um bis zu 13 Jahre verzögert werden. Neben dem offensichtlich positiven Effekt für die Patient:innen, hätte das auch einen positiven ökonomischen und somit nachhaltigen Effekt für das Gesundheitssystem.“

Aus datenbasierten Nachhaltigkeitszielen können gezielt messbare Maßnahmen abgeleitet werden

Der Index ergänzt die gängigen Nachhaltigkeitsdefinitionen um Dimensionen, die spezifisch für das Gesundheitssystem relevant sind und definiert 267 Indikatoren, um sie zu erfassen. Damit entsteht eine Datengrundlage zum effizienten Einsatz von Ressourcen. Zusätzlich liefert der Index eine Entscheidungsgrundlage, in welchen Bereichen des Gesundheitswesens Innovationen entwickelt und gefördert werden sollten. Aus datenbasierten Nachhaltigkeitszielen können somit gezielt messbare Maßnahmen abgeleitet werden.

AstraZeneca stellt den Nachhaltigkeitsindex allen Akteur:innen im Gesundheitssystem und Interessierten als Open Source zur Verfügung. Damit will das Unternehmen den Austausch fördern und durch eine breite Diskussion gemeinsam zur Weiterentwicklung und Sicherstellung eines nachhaltig leistungsfähigen Gesundheitssystems beitragen. „Die Weiterentwicklung an dem Nachhaltigkeitsindex wird allen Interessierten offenstehen und sollte möglichst breit getragen werden,“ erklärt Prof. Greiner dazu.

Die jährliche Bewertung der Indikatoren des Nachhaltigkeitsindex durch aktuelle Daten und Tendenzen sollen die Ableitung von Handlungsempfehlungen durch einen Expert:innenrat im Rahmen der „Partnerschaft Zukunft Gesundheit“ ermöglichen. In Planung sind zudem eine regelmäßige, jährliche Berichterstattung zu neuen Entwicklungen, besonderen Herausforderungen und möglichen Lösungsansätzen sowie Datenanalysen für ausgewählte Therapiegebiete.

Den kompletten Report gibt es [hier](#) zum Download.

UroSkop: Gesundheitssystem am Abgrund – Hauptstadtkongress malte düsteres Bild

Es gab viel zu besprechen. Rund 5.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern verfolgten die drei Tage des Berliner Hauptstadtkongresses. Von der ersten Minute an war Feuer drin: Revolutionär Karl Lauterbach wollte offenbar nicht schon wieder über seine Krankenhausreform sprechen und blieb fern. Dafür war Bayerns Gesundheitsminister Klaus Holetschek (CSU) im Wahlkampfmodus und blies zur Attacke: „Ein Bundesfinanzminister kann nicht entscheiden, wo welche Versorgung stattfindet. So wird jede Krankenhausinsolvenz zu einem Zufallsprodukt“, betonte er auf der Eröffnungsveranstaltung.

„Wo welche Versorgung in Zukunft stattfindet, entscheidet allein das Land und nicht der Bund. Der Bund entscheidet über die Vergütungsreform“, so Holetschek, von daher sei es jetzt wichtig, „um die Details zu ringen und so ein gemeinsames Gesetz mit Perspektive auf den Weg zu bringen.“

Lauterbachs Stellvertreter Prof. Edgar Franke (SPD), Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister für Gesundheit, bekräftigte noch einmal die Notwendigkeit von Strukturreformen. Es gehe nicht darum, vor allem im ländlichen Raum Krankenhäuser flächendeckend zu schließen, sondern bedarfsnotwendige Krankenhäuser zu stärken, sodass man weg von dem ökonomischen Druck kommt. Franke forderte zudem die Länder auf, „bei den Investitionen etwas nachzulegen.“

Wie sehr die rund 1.700 Krankenhäuser am Tropf hängen, führte der Krankenhaus Rating Report 2023 vor Augen: „Wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich 2021 verschlechtert“, lautete das Fazit. Der Report wurde gemeinsam vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und der Institute for Healthcare Business GmbH (hcb) in Kooperation mit der Bank im Bistum Essen (BIB) erstellt.

Gut jede zehnte Klinik hängt am sei-

denen Faden

Die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich im Jahr 2021 wieder verschlechtert. 11 % lagen im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr. Auch ihre Ertragslage hat sich negativ entwickelt, 32 % der Kliniken schrieben auf Konzernebene einen Jahresverlust. Maßgeblich für die schlechtere wirtschaftliche Lage der Kliniken war der Rückgang der Ausgleichszahlungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie bei einem nach wie vor geringen Leistungsniveau der Krankenhäuser. Das deutsche Gesundheitswesen steht weiterhin vor großen Herausforderungen, für die es aktuell nicht gerüstet ist.

Deutsche Krankenhausgesellschaft blickt mit Sorge ins nächste Jahr

Noch dramatischer ist allerdings die prognostizierte Situation für 2024. Rund 80 % der Kliniken werden ein negatives Jahresergebnis verzeichnen. Entscheidend werden dabei die hohen Personalkostensteigerungen sein, die nur teilweise refinanziert sind. Der Rating Report fordert deshalb schnelle Entscheidungen der Politik, um den laufenden kalten Strukturwandel zu beenden. Zu den Ergebnissen des Reports erklärt der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) Dr. Gerald Gaß: „Die Zahlen des ‚Krankenhaus Rating Reports‘ verdeutlichen, dass ohne ein Vorschaltgesetz zum Inflationsausgleich 80 % der Krankenhäuser mit negativen Finanzergebnissen Gefahr laufen, die Reform überhaupt nicht mehr zu erleben. Wir wollen keine Hilfspakete und kein Almosen, sondern die uns gesetzlich zustehende Refinanzierung der durch die Inflation gestiegenen Kosten. 2,3 % Erlössteigerung im Jahr 2022 und 4,3 % 2023 bei gleichzeitig rund 17 % Preissteigerung in diesen beiden Jahren seien völlig unzureichend. Aktuell häufen die Krankenhäuser jeden Monat rund 600 Millionen Euro neue

Schulden an, um die Patientenversorgung aufrechtzuerhalten. „Das wird nicht mehr lange gutgehen.“

Wissenschaft forderte Finanzierung versicherungsfremder GKV-Leistungen über Bundeszuschuss

Das könnte man auch zur wirtschaftlichen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung sagen. Selbst SPD-Gesundheitsexperte Dr. Christos Pantazis wollte Leistungskürzungen nicht mehr ganz ausschließen. Im Hauptstadtkongress Gesundheitspolitik plädierte Prof. Amelie Wuppermann von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg für eine staatliche Finanzierung sämtlicher versicherungsfremden Leistungen im GKV-Budget, immerhin 40–50 Mrd. Euro. Ansonsten wünschte sich Wuppermann mehr Markt im System, ohne US-Verhältnisse herbeizuführen.

Um Geld und Personal zu sparen, werden digitale Gesundheitsanwendungen immer populärer. Das Fast-Track-System des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte ist ein Erfolg und wird auch international stark nachgefragt. Im Ärzteforum wurde aber auch eine Schwachstelle entdeckt: Die Beteiligung von Patienten im Allgemeinen und die Berücksichtigung der Interessen behinderter Menschen im Besonderen sind aus Sicht der Experten verbesserungswürdig.

Insgesamt zeichnete der Hauptstadtkongress ein tristes Bild der Verhältnisse im Gesundheitssystem. Leere Kassen, volle Sprechzimmer und ein Land in Schockstarre. Das sind keine guten Vorzeichen für notwendige Reformen in allen Sektoren. Kein Wunder, dass viele Diskussionen um die richtige Kommunikation kreisten. Reform ja, aber wie sage ich es dem Volk?

Es grüßt Sie herzlich

Ihr

Franz-Günter Runkel

Chefreporter UroForum

Ausgepowerte Fachkräfte

Pflegemangel - Der **Hauptstadtkongress Gesundheit** zeigt, dass es in der Pflege so nicht weitergehen kann. Was können neue Abkommen und Gesetze bewirken?

von Ulrike Baureithel

Man hätte ein Streichholz hinhalten und einen Feuersturm entfachen können. Der geballte Unmut, der sich auf dem diesjährigen **Hauptstadtkongress Gesundheit** entlud, in dessen Rahmen in Berlin auch der alljährliche Pflegekongress stattfindet, war massiv wie schon lange nicht mehr. Dass sich Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) nicht blicken ließ, wurde mit Termingründen entschuldigt. Im Eröffnungsplenum spielte die Pflege wieder einmal keine Rolle. Aber dass sich auch viele angekündigte Vertreter der Ampel rarmachten und „Abstimmungen im Bundestag“ vorschoben, wurde richtig übelgenommen.

Die Parlamentarier:innen hatten auch allen Grund, sich zu drücken, denn die Empörung über das gerade verabschiedete Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG), auf das viele in der Pflege Tätige gehofft haben, ist so groß, dass sich der Frust über jene Referent:innen ergoss, die in der Sache eigentlich bei den Betroffenen sind. Ein Pflegeheimbetreiber aus Rheinland-Pfalz machte seiner „massiven Enttäuschung“ Luft. „Bei uns in der Pflege wird die Zukunft gemacht!“, kam es aus dem Publikum. Denn nur wenn Alte und Kranke vernünftig versorgt werden, entlaste das auch die Erwerbstätigen. Wenn diese noch stärker in die Pflege eingespannt werden, fehlen sie als Fachkräfte auf dem Arbeitsmarkt. „Die Pflege läuft nur noch, weil sich die Pflege kümmert und auspowert“, beschrieb Sarah Lukuc von den Knappschafts-Kliniken die Situation. Auch sie registrierte überall Enttäuschung über die so lange erwartete Pflegereform. Und in den Gängen im Berliner City-Cube war zu hören, dass „es nicht mehr lange so weitergeht“.

Auch wenn momentan keine Streikwelle rollt wie vor einigen Monaten, hat der Frust ein neues Niveau erreicht, und die Abstimmung mit den Füßen besteht darin, dass sich die Pflegenden aus ihrem Beruf verabschieden oder Betreiber Heime schließen müssen. Zwar hat sich in den vergangenen Jahren der Nachwuchs stabilisiert, die Zahl derjenigen, die einen Ausbildungsvertrag abschlossen, sank 2022 aber wieder leicht auf 52.300 (2021: 56.300). Und sie kompensieren bei Weitem nicht diejenigen, die aus Altersgründen in den nächsten Jahren den Beruf verlassen, schätzungsweise über eine halbe Million Beschäftigte, bei gleichzeitigem rasantem Anstieg jener Menschen, die pflegebedürftig werden. „Demografiefestigkeit“ sieht anders aus.

Zumindest hat das Bundeskabinett kürzlich das sogenannte Pflegestudiumsstärkungsgesetz auf den Weg gebracht, das eine große Gerechtigkeitslücke zwischen Pflegeschüler:innen, die als Auszubildende arbeiten, und jenen, die eine duale akademische Pflegeausbildung verfolgen, schließt. Denn obwohl die jungen Erwachsenen auf Station alle die gleiche Arbeit verrichten, verdienen die Schüler:innen bis zu 1.200 Euro im Monat, die Studierenden in den meisten Bundesländern aber überhaupt nichts. Auf einer Veranstaltung der Alice-Salomon-Hochschule (ASH) und der Evangelischen Hochschule Berlin war dies im Januar Thema auf einer Veranstaltung. Die Studierenden berichteten bewegend über ihren aufreibenden Alltag zwischen Studium, Lernen, Krankenhaus und Nebenjob, den sie brauchen, um ihre Ausbildung zu finanzieren.

Das Gesetz soll hier nun nachbessern. Um die hochschulpolitische Pflegeausbildung – in anderen Ländern ohnehin

schon die Regel angesichts des anspruchsvollen Berufsbilds – zu stärken, sollen die Betroffenen nun „eine angemessene Vergütung“ erhalten. Was „angemessen“ ist, wird in der Vorlage allerdings nicht definiert. Johannes Gräske, Professor für Pflegewissenschaft an der ASH, hätte sich gewünscht, dass die beiden Gruppen gleichgestellt worden wären. Zumal die Studierenden im Entwurf als „Auszubildende“ bezeichnet werden, was ihrem Status nicht entspricht und Probleme mit den Einrichtungen, in denen die Studierenden gleichzeitig arbeiten, nach sich ziehen könnte.

Ebenfalls soll das Gesetz die Anerkennung ausländischer akademischer Pflegeabschlüsse erleichtern. Das könnte vielleicht auch im Rahmen des kürzlich von Arbeitsminister Hubertus Heil (SPD) und seinem brasilianischen Amtskollegen Luiz Marinho ausgehandelten Abkommens wichtig werden. Denn in Brasilien haben, im Unterschied zu Deutschland, viele der 2,1 Millionen in Pflegeberufen ausgebildeten Menschen ihren Beruf studiert. Zehn Prozent der Pflegenden seien jedoch arbeitslos, versuchte Annalena Baerbock den Vorwurf, man würde wie der ehemalige Gesundheitsminister Jens Spahn in Indonesien nun auch Brasilien Fachkräfte abjagen, zu entkräften. Diese Zahl bezieht sich allerdings nur auf die dort gemeldeten offenen Stellen, nicht auf den tatsächlichen Bedarf, der vermutlich viel größer ist.

Heil und Baerbock gingen Anfang Juni auf Werbetour und kündigten an, brasilianischen Pflegekräften, die in Deutschland arbeiten wollen, den Zugang zu erleichtern. „Faire und vereinfachte Strukturen“, versprach Heil, „um den beidseitigen Fachkräfteaustausch zu fördern.“ Wobei es eindeutig nur um den

Medium: Pharma Fakten

Datum: 23.6.2023

Print / Online: Online

Reichweite: 1.000 Visits/Tag

Das Gesundheitssystem muss auf den Prüfstand

■ 23.06.2022

Zum Auftakt des Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit (HSK 2022) in Berlin wurde klar: Das deutsche Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen. Und die sind nicht nur, aber auch finanzieller Art. Strukturreformen müssen her. Das System braucht einen Modernisierungsschub.

Draußen lockte ein riesiges Plakat mit der Aufschrift: „Die Zukunft des Gesundheitswesens beginnt hier“. Drinnen hatte man den Eindruck: Das ist auch dringend nötig. Auf der Podiumsdiskussion „Die Gesundheitspolitik der neuen Bundesregierung: Der Koalitionsvertrag im Stresstest“ erörterten ein Vertreter der Bundesärztekammer, ein Gesundheitswissenschaftler, ein Mitglied des AOK-Bundesverbandes und ein Gesundheitspolitiker das, was die neue Bundesregierung dringend anpacken muss. Sie waren sich einig: Nun müssen echte Reformen her. Denn dass das deutsche Gesundheitswesen nach vergleichsweise fetten Jahren einer Kur bedarf, ist nicht mehr von der Hand zu weisen.

In seinem Impuls umriss Prof. Dr. Jürgen Wasem von der Universität Duisburg-Essen die Herausforderungen. Das, was der Wissenschaftler die „primäre Unterdeckung“ der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nennt, ist eine seit ein paar Jahren größer werdende Kluft zwischen den Einnahmen durch die Versicherten-Beiträge und den Ausgaben der GKV. Die liegt in diesem Jahr bei rund 14 Milliarden Euro – andere Stimmen sprechen sogar von rund 25 Milliarden Euro.

Die alte und die neue Bundesregierung hat das Problem per Scheckbuch gelöst: Der Bund sorgt mit milliardenschweren Überweisungen dafür, dass das gesamte System sich finanziell trägt. Prof. Dr. Wasem schätzt, dass diese Finanzspritzen in den kommenden Jahren ständig steigen müssen, wenn nicht gegengesteuert wird.

GKV-Finzen: Jährlich steigende Sonderzuschüsse des Bundes

Grund für die steigenden Ausgaben? „Es ist nicht Corona – oder zumindest nur zu einem kleinen Teil. Es ist hauptsächlich die expansive Ausgabenpolitik der letzten Koalition.“ Das sei sicherlich teilweise gut angelegtes Geld, so der Wissenschaftler, schließlich habe man damit zum Beispiel die Pflege besser finanziell ausgestattet. Aber er kritisiert die Praxis eines Bundeszuschusses nach Kassenlage: So sei eine verlässliche Planung nicht möglich. Außerdem weise die seit Jahren stark steigende Unterdeckung darauf hin, dass hier keine Sondereffekte vorliegen, sondern dass das System ein strukturelles Problem hat: Einnahme- und Ausgabe-seite sind nicht mehr in Deckung zu bringen.

Prof. Dr. Wasem skizzierte verschiedene Szenarien, um dieses Defizit in den Griff zu bekommen: Den Bundeszuschuss weiter erhöhen, die Beitragssätze und die Beitragsbemessungsgrenze der Versicherten anpassen, die Kassenreserven weiter abschmelzen oder die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel senken. Auch Leistungserbringer wie Apotheken, Arztpraxen oder die pharmazeutische Industrie könnten „per Rasenmähermethode“ (O-Ton Wasem) zur Kasse gebeten werden. Theoretisch seien auch Leistungskürzungen möglich – sie stehen aber bei der Regierung offenbar nicht auf der Agenda. Zusammengefasst würden die Maßnahmen zwar die Finanzen entlasten. „Aber es löst nicht das strukturelle Problem.“

GKV: Die Liste möglicher Reformansätze ist lang

Die Liste möglicher struktureller Reformen ist lang und überrascht niemanden, der sich mit Gesundheitspolitik beschäftigt: Die deutsche Krankenhaushauslandschaft muss auf den Prüfstand. Die sektorenübergreifende Ausrichtung des Systems, das immer noch zu sehr in den Silos der verschiedenen Player denkt, steht seit Jahrzehnten auf so ziemlich allen Reformagenden. Die Stärkung der Prävention ist genauso ein gesundheitspolitischer Gassenhauer wie der Plan, **Effizienzpotenziale der Digitalisierung** zu heben. Das Problem ist allerdings, so Wasem, dass solche Reformen finanziell zunächst nicht entlastend wirken. Im Gegenteil: Es seien teils erhebliche Investitionen nötig, um sie umzusetzen. Sie lösen die Finanzmisere der GKV – wenn überhaupt – erst in ein paar Jahren.

Auch Kai Senf vom AOK-Bundesverband sieht deshalb die Notwendigkeit kurzfristiger Maßnahmen. 11 Milliarden Euro koste die GKV allein die Versicherung der Bezieher:innen des Arbeitslosengeldes II, weil die Beiträge des Bundes nicht reichen, um die Kosten zu decken. Die AOK schlägt außerdem vor, den **Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel** zu senken – so würde die GKV um rund 5 Milliarden Euro entlastet. „Wenn man das kurzfristig umsetzen würde, wären wir für das Jahr 2023 schon ein Stück auf dem richtigen Weg“, so Senf. Er wäre nicht Manager einer Krankenkasse, wenn er nicht auch „einen Solidarbeitrag“ anderer Leistungserbringer wie der Pharmaindustrie fordern würde. Senf glaubt aber nicht, dass es ohne eine Beitragserhöhung für die Versicherten gehen wird. „Ich glaube, so ehrlich muss man sein.“ Prof. Dr. Wasem ergänzte: „Wir werden maßvolle Beitragserhöhungen verkraften können.“ Dass es zu Beitragserhöhungen kommen wird, ist für den gesundheitspolitischen Sprecher der CDU/CSU-Fraktion Tino Sorge „so sicher wie das Amen in der Kirche.“

Digitalisierung: „Wir müssen in die Puschen kommen.“

Für Dr. Günther Matheis von der Bundesärztekammer steht die Reform der Krankenhaushauslandschaft ganz oben auf seiner Liste. „Wir werden nicht jedes Krankenhaus halten können – das ist so. Wir haben gar nicht mehr das Personal und die Fachkräfte, um diese Strukturen zu bedienen.“ CDU-Mann Sorge beklagte, dass man nun seit Monaten darauf warte, dass die Bundesregierung ein GKV-Stabilisierungsgesetz vorlegt. „Es geht hier ja um Summen, die mit ein bisschen Gesichtskosmetik nicht zu beheben sind.“ Er plädierte dafür, nicht über Leistungskürzungen, sondern über Leistungsoptimierung zu diskutieren. Bei der Digitalisierung müsse man deshalb nun endlich „in die Puschen kommen.“

Auch hier Einigkeit auf dem Podium: Dr. Matheis forderte von der Regierung dringend ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz vorzulegen. Die Pandemie habe gezeigt, dass man auf Daten aus dem Ausland zurückgreifen muss, um wichtige Erkenntnisse zum Krankheitsgeschehen zu erhalten. „Wir brauchen Datensolidarität. Das bedeutet, dass der Einzelne nicht nur Rechte genießt, sondern im Sinne der Allgemeinheit auch eine Verpflichtung hat, Daten zu teilen. Das brauchen wir, damit wir die Versorgungslandschaft steuern können. Wenn wir so weiter machen wie bisher, werden wir in 10 Jahren feststellen, dass der Datenschutz die häufigste Todesursache in Deutschland ist“, so der Mediziner.

Die Diskussion zeigt: Die goldenen Jahre mit sprudelnden Einnahmen sind vorbei. Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach hat eine arbeitsreiche Legislaturperiode vor sich.



Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2022 in Berlin.
Foto: Pharma Fakten



Experten diskutieren über die Herausforderungen im Gesundheitswesen. Foto: ©WISO/Schmidt-Dominé



Auf dem HSK 2022. Foto: ©WISO/Schmidt-Dominé

Hauptstadtkongress: Reformen lassen auf sich warten

Das Bundesgesundheitsministerium ist im Verzug: Von der Krankenhausreform bis zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung türmen sich die Probleme und Ergebnisse lassen auf sich warten. Beim Hauptstadtkongress kamen die Versäumnisse zur Sprache. Es stockt in der Gesundheitspolitik, das können auch Vertreterinnen und Vertreter der Regierungsparteien nicht leugnen. „Wir sind mit einigen Reformen in Verzug geraten“, räumte die stellvertretende Vorsitzende der Bundestagsfraktion der Grünen, Maria Klein-Schmeink, beim Hauptstadtkongress in Berlin ein. „Ich persönlich würde mir auch mehr Tempo wünschen. Wir brauchen teilweise zu lange, um Gesetze vorzulegen.“ Für Stephan Pilsinger eine Steilvorlage: „Ich finde es schade, dass so viel angekündigt, aber so wenig gemacht wurde. Bisher gab es zehn Gesetze, und keines davon war eine Neuigkeit“, rechnete ihr der CSU-Gesundheitspolitiker vor. Die Ampel müsse jetzt endlich den Turbo einlegen. Seine Kritik an der Amtsführung von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) deckt sich mit der der Selbstverwaltung: zu wenige Absprachen, keine Einbeziehung der Expertise von Verbänden und Körperschaften im Gesundheitswesen. „Ich habe das Gefühl, Lauterbach sitzt in seinem Ministerium und denkt, dass er mit niemandem reden muss“, sagte Pilsinger. An der Krankenhausreform sehe man das sehr gut: „Ich glaube, die ganze Sache wurde völlig falsch eingefädelt, deshalb stockt der Prozess.“ Lauterbach beziehe nur „urbane Professoren“ fest in seine Arbeit ein, die ländlichen Regionen – in denen der Strukturwandel am schmerzhaftesten werde – vernachlässige er hingegen. Widerspruch erhielt er nicht nur aus den Reihen der Regierungsparteien, sondern auch von der Linken. Für den befürchteten kalten Strukturwandel seien ganz wesentlich auch die Länder

verantwortlich, die auf einem Investitionsstau von 60 Milliarden Euro saßen, erklärte die gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion, Kathrin Vogler. Allerdings sei das Ziel, Hybrid-DRGs einzuführen, langfristig kontraproduktiv, bemängelte sie: Diese würden im ambulanten Sektor dieselbe ökonomische Fehlsteuerung verursachen wie bereits im stationären.

Jahrelanges Scheitern

Klein-Schmeink verteidigte stattdessen Lauterbachs Amtsführung: „Wir haben das nicht die Selbstverwaltung machen lassen, denn da ist es 20 Jahre lang gescheitert.“ Stattdessen sieht sie die Ursachen im Gebaren der Union, speziell des bayerischen Gesundheitsministers Klaus Holetschek (CSU). Es könne nicht sein, dass er „Papiere, die er nicht einmal verstanden hat, an die Presse leakt“, kritisierte sie. „So einen Vertrauensbruch habe ich selten erlebt.“

Die Fronten schienen dabei weniger zwischen Regierungs- und Oppositionsparteien zu verlaufen als zwischen CDU/CSU und den anderen demokratischen Parteien. „Die Union sollte lernen, wie man Oppositionsarbeit macht und nicht in einer Generalamnesie verweilen“, warf ihr der gesundheitspolitische Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion, Andrew Ullmann, vor und erhielt in seltener Eintracht Zustimmung der Linken: „Die Union hatte wenig Zeit, sich in die Oppositionsrolle zu finden, aber sie überziehen jetzt einfach zu oft. Sie tun so, als wären sie als Aliens vom Himmel gekommen und hätten in der Vergangenheit keine Verantwortung getragen“, sagte Vogler an Pilsingers Adresse. „Unsere Türen sind immer offen, wir sind eine konstruktive Service-Opposition“, so der CSU-Politiker. Auch innerhalb der Regierungsparteien zeigte sich jedoch Uneinigkeit, vor allem beim Thema Finanzierung: „Wir haben kein Einnahmeproblem, die Kassen haben so viel Geld wie selten“,

erklärte Ullmann. „Wir haben ein sehr ineffizientes System und müssen schauen, wie wir es zukunftsfähig machen. Wenn wir immer nur nach Geld rufen, wird davon nichts besser.“ Das wollte Klein-Schmeink nicht unwidersprochen stehen lassen: „Wir haben enorme Effizienzpotenziale, aber wir wissen auch, dass alle Strukturreformen Investitionen brauchen.“ Es sei völlig klar, dass man dafür Geld in die Hand nehmen muss.

Delegation stärken

So müsse man dem demografischen Wandel mit effizienteren Strukturen begegnen, indem man beispielsweise die Potenziale nichtärztlicher Berufsgruppen besser nutzt. „Community Health Nurses sind da nur ein erster Schritt“, erklärte sie mit Blick auf das geplante Versorgungsgesetz 1, das ebenfalls stark in Verzug ist. Sie hoffe, dass der Gesetzgebungsprozess dazu nach der Sommerpause beginnt. Pilsinger sieht die Lösung eher in Entbürokratisierung und Eigenverantwortung. Initiativen gegen die Kommerzialisierung im ambulanten Bereich seien da wenig zielführend. „Ich wehre mich dagegen, Investoren als Heuschrecken zu bezeichnen“, betonte er. Vielmehr brauche es klare Rahmenbedingungen und fairen Wettbewerb. „Ich persönlich glaube, dass es möglich sein muss, im ambulanten Bereich als Angestellter zu arbeiten.“ Statt Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in Investorenhand zu verteufeln, müsse man sie stärker einbeziehen.

Auch für die Krankenkassen ist es derzeit eine eher ungewisse Zeit: Das Parlament hatte dem Bundesgesundheitsministerium aufgegeben, bis zum 31. Mai dieses Jahres Empfehlungen für eine stabile Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) aufzulegen. Diese hat das Bundesgesundheitsministerium allerdings bis Mitte Juni nicht vorgelegt – stattdessen verkündete der

📌 Erfolgsfaktoren für die Digitalisierung

Digitale Lösungen im Gesundheitswesen sollen Spaß machen

Damit die Digitalisierung an Fahrt gewinnt, müssen alle Akteure Verantwortung übernehmen. Auf einer Veranstaltung auf dem Hauptstadtkongress wurde aber auch deutlich: Prozesse funktionieren noch nicht und es geht zu langsam voran.

Veröffentlicht: 24.06.2022, 15:10 Uhr



Ärztinnen und Ärzte sollen loslegen und Digitalisierung in den Alltag integrieren, sagte Dr. Susanne Ozegowski, Digitalisierungsbeauftragte im Gesundheitsministerium, beim Hauptstadtkongress.

© Rolf Schulten

Berlin. Die Verantwortlichkeit für die Digitalisierung liegt bei allen Akteuren im Gesundheitswesen, darin waren sich die Teilnehmer der Veranstaltung „Digitale Lösungen: Klare Verantwortlichkeiten als Erfolgsfaktor“ auf dem Hauptstadtkongress 2022 einig.

„Dass die Digitalisierung in Deutschland vorangeht, ist eine gemeinsame Verantwortung, die Koordination sollte allerdings bei der gematik liegen, die Prozesse, Technik und Gesetze zusammenbringt“, sagte Dr. Peter Gocke, Chief Digital Officer der Charité Berlin. Was ihn allerdings störe, sei die Geschwindigkeit. Und auch sei schon einiges an Vertrauen verspielt worden. Als Beispiel nannte er den elektronischen Mutterpass, der sehr sinnvoll sei; wenn aber Hebammen nicht darauf zugreifen können, was aktuell der Fall sei, sei das nur frustrierend. „Solche Fehler dürfen nicht passieren.“

Gesundheitsdateninfrastruktur: Ein neues Datenzeitalter

Gesundheitsdaten sollen eine europäische Infrastruktur erhalten und dadurch künftig besser für Forschung und Versorgung nutzbar sein. Es ist eine technische und regulatorische Mammutaufgabe, die die Bundesregierung gerade mit mehreren Gesetzen angeht. Und sie denkt bereits weiter.

Die Medizin steht am Vorabend einer neuen Ära – nicht nur ein bestimmter Fach- oder Versorgungsbereich, sondern die gesamte medizinische Forschung und Versorgung, und zwar weltweit. So sieht es Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) und sprach jüngst von einer Zeitenwende. Denn der Durchbruch künstlicher Intelligenz (KI) revolutioniert nicht nur die Diagnostik. Vor allem würden generative KI-Anwendungen wie Large Language Models (LLM) – das bekannteste davon ist ChatGPT – völlig neue Möglichkeiten eröffnen, riesige Mengen an Gesundheitsdaten zu nutzen, um Erkenntnisse aus ihnen zu generieren. „Deshalb befinden wir uns am Vorabend großer Ereignisse“, betonte Lauterbach Ende Juni bei der Data for Health Conference in Berlin, die das Bundesgesundheitsministerium (BMG) gemeinsam mit der Harvard Medical School veranstaltete. „Wenn man diese Möglichkeiten nutzen möchte, muss man aber auch das entsprechende Umfeld dafür schaffen.“

Daran arbeiten derzeit Ministerien, Behörden, Institute und Gesetzgeber in Europa und den USA. Was momentan anläuft, ist nicht weniger als der erstmalige Aufbau einer einheitlichen Gesundheitsdateninfrastruktur in Deutschland und Europa, die dann mittelfristig mit der Dateninfrastruktur der USA verbunden werden soll. Es ist ein Mammutprojekt, für das auf deutscher und europäischer Ebene gerade mehrere Gesetzespakete geschnürt werden, die in einem engen Verhältnis zueinander stehen. Auf deutscher Ebene sind das das Regi-

stergesetz, das Digitalgesetz (DigiG), das Forschungsdatennutzungsgesetz (FDNG) und das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG). Ersteres soll im Herbst vorgelegt werden und dazu dienen, die mehr als 400 medizinischen Register in Deutschland zu harmonisieren und untereinander zu vernetzen sowie die Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung und ein direktes Datenlinkage zu schaffen (siehe folgenden Artikel). Neben den Registern soll in Zukunft die elektronische Patientenakte (ePA) zu den wichtigsten Datenquellen gehören. Das DigiG soll ihr dazu nach einem jahrelangen Schattendasein zum Durchbruch verhelfen: Neben dem Opt-out-Verfahren – also der automatischen Einrichtung der Krankenkassen, der die Versicherten aktiv widersprechen können – sieht der Ende Juni vorgelegte Gesetzentwurf den digitalen Medikationsprozess (also die Übertragung von Medikationsplänen aus den Praxisverwaltungssystemen in die ePA) sowie die Aufnahme von Laborbefunden als erste Anwendungen der ePA vor. Welche weiteren Anwendungen – letztlich also Datenströme – folgen, soll das BMG künftig per Rechtsverordnung festlegen (siehe vorheriger Artikel).

Übertragung nur bei offener App
Dabei zeichnet sich aufgrund des Designs der ePA bereits heute möglicher Nachbesserungsbedarf ab: Denn eine Übertragung der Daten als Forschungsspende aus der ePA heraus wird nur dann erfolgen, wenn der oder die Versicherte die ePA-App auf einem Endgerät installiert hat und sich einloggt. „Versicherte müssen also die App haben und aktiv nutzen, damit überhaupt Daten fließen“, erklärt Ralf Degner, Leiter des Digital Office der Techniker Krankenkasse (TK) und Mitglied im Interop Council, einem unabhängigen Expertengremium, das Empfehlungen für Datenstandards im Gesundheitswesen beschließt, gegenüber dem Deutschen

Ärzteblatt (DÄ). „Das liegt schlicht in der Architektur der ePA begründet, nämlich in der Ende-zu-Ende-Verschlüsselung. Wir sind der Auffassung, dass die Verschlüsselung im Frontend der Versicherten geschehen sollte“, erklärte dazu Susanne Ozegowski, Leiterin der Abteilung Digitalisierung und Innovation im BMG und Degners Vorgängerin im Interop Council, Mitte Juni beim [Hauptstadtkongress](#) in Berlin. Die Frage ist, was sich daraus über die Aussagekraft der Daten ableiten lässt, wenn nur diejenigen Versicherten sie einspeisen, die genug Interesse und technisches Verständnis haben, ihre ePA auf dem Smartphone zu nutzen.

Degner erwartet keinen Bias in den Daten, Ozegowski sieht es differenziert: „Ich würde bezweifeln, dass das so einen großen Bias verursacht. Wir müssen ja nur schauen, wer am meisten von der ePA hat“, sagte Ozegowski, die vor ihrem Ministeriumsposten bei der TK war. Dort habe sie die Erfahrung gesammelt, dass die ePA besonders von Chronikern sowie Patientinnen und Patienten in Disease-Management-Programmen genutzt wurde – also von besonders relevanten Patientengruppen. Dennoch räumte sie ein: „Natürlich gibt es ein Stück weit einen Bias und ich würde mir etwas anderes wünschen. Aber es wird nicht so bleiben, da werden wir später noch mal ranmüssen.“ Andere Modelle würden bereits diskutiert, eine Entscheidung sei aber noch nicht gefallen.

Hinzu komme, so betont wiederum Degner, dass mitnichten davon auszugehen ist, dass mit Einführung des Opt-outs umgehend ein großer Teil der über 70 Millionen gesetzlich Versicherten überhaupt eine ePA hat. „Wir werden einen kleinen Sprung bei der Nutzerzahl haben, wenn das Opt-out startet“, sagt Degner, rechnet aber mit nicht mehr als zehn Prozent der Versicherten. „Es wird dauern und viel Kommunikation brau-

Urologen gegen Sildenafil ohne Rezept

Am 11. Juli berät der zuständige Sachverständigenausschuss zum zweiten Mal darüber, ob Sildenafil 25 mg aus der Verschreibungspflicht entlassen werden sollte. Die Deutsche Gesellschaft für Urologie hat sich gestern nochmals dagegen ausgesprochen.

Im Januar 2022 stand Sildenafil gegen erektile Dysfunktion schon einmal auf der Tagesordnung des Sachverständigenausschusses für Verschreibungspflicht, in einer Dosierung von 50 mg (maximal vier Tabletten pro Packung). Damals lehnten die Sachverständigen, unter denen viele Ärzte vertreten sind, die Entlassung aus der Verschreibungspflicht einstimmig ab. Auch das BfArM sprach sich dagegen aus. In der Regel ist mit einem so eindeutigen Votum das Thema OTC-Switch dann erst einmal vom Tisch.

Neben gesundheitlichen Gründen geht es aber beim Potenzmittel Sildenafil (bekannt geworden als Viagra®) auch um die Eindämmung des illegalen Online-Handels mit entsprechenden teils gefälschten, gefährlichen Präparaten. Daher hatte das Bundesgesundheitsministerium im vergangenen Herbst angekündigt, das Thema entgegen der Empfehlung des Ausschusses, die nicht bindend ist, zu forcieren. Passiert ist so weit bekannt bisher jedoch nichts. Eine weitere Diskussion im Sachverständigenausschuss würde es dafür gar nicht brauchen.

Nun steht das Thema Sildenafil aber trotzdem wieder auf der Tagesordnung des Sachverständigenausschusses, dieses mal die Packung mit vier Tabletten à 25 mg. Wer dafür gesorgt hat, ist nicht öffentlich. Jeder kann hier einen Antrag stellen, ob Hersteller, Behörde, Fachgesellschaft oder Privatperson.

Vorvergangene Woche war im Rahmen eines Satellitensymposiums des **Hauptstadtkongresses** ein Gutachten im Auftrag von Viagra-Hersteller Viatris präsentiert worden, das positive Auswirkungen eines Sildenafil-OTC-Switches verspricht. Auch Holger Seyfarth, Vorsitzender des Apothekerverbands Hessen, sowie der Urologe Dr. Tobias Jäger aus Essen, Vorstand der Gesellschaft für Mann und Gesundheit, hatten sich dort dafür ausgesprochen.

Urologen: Verschreibungspflicht nicht von der Dosis abhängig

Kurz vor der Sitzung am 11. Juli kommt nun Gegenwind von der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) und dem Berufsverband der Deutschen Urologie (BvDU). In einer Pressemitteilung zeigen sich die wissenschaftliche Fachgesellschaft und die Interessenvertretung »alarmiert«. Sie hatten sich schon beim ersten Switch-Versuch dagegen ausgesprochen und appellieren nun auch für die niedrigere Dosierung für den Erhalt der Rezeptpflicht. Sie wiederholen nun ihre Stellungnahme: »Die Verschreibungspflicht von Sildenafil, unabhängig von der Dosierungsstärke, sollte weiterhin bestehen bleiben und durch eine ärztliche Verordnung gerechtfertigt werden.«

»Die Verschreibungspflicht ist für die Sicherheit der Patienten unerlässlich, andernfalls werden nicht nur die Kon-

traindikationen, sondern auch die Risiken und Begleiterkrankungen des individuellen Patienten und deren Behandlungsbedürftigkeit nicht erkannt«, so der Vorstand des Berufsverbands und DGU-Generalsekretär Professor Dr. Stephan Maurice Michel in der aktuellen Pressemitteilung.

Die Befürworter des OTC-Switches argumentieren genau umgekehrt. Apotheken könnten Männer, die Sildenafil rezeptfrei erwerben wollen, dafür sensibilisieren, dass Erektionsstörungen häufig mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen zusammenhängen und sie sich entsprechend untersuchen lassen sollten. Damit könnten mehr Männer als bislang für die Prävention erreicht werden.

Die Urologen warnen außerdem: »Der freie Zugang würde den potenziellen Anwendern eine Unbedenklichkeit signalisieren, die in keiner Weise dem tatsächlichen Gefahrenpotenzial des Wirkstoffs entspricht.« Nur die ärztliche Verordnung könne die Einnahme und eben auch eine angemessene Dosierungsstärke rechtfertigen.

Das Gutachten von Viatris sprach dagegen von einem sicheren und gut verträglichen Arzneimittel, mit dem es jahrelange Erfahrung gebe, mittlerweile auch als OTC-Arzneimittel aus anderen Ländern wie Großbritannien und Polen. Viagra feiert übrigens dieses Jahr seinen 25. Geburtstag.

Medium: Der SPIEGEL

Datum: 1.7.2023

Print / Online: Print + Online

Reichweite: 5,01 Mio. LpA / 5,8 Mio Visits/Tag

Redakteurin war vor Ort

DER SPIEGEL

»Das ist doch kein guter Tod«

SPIEGEL-GESPRÄCH Die Vorsitzende des Deutschen Ethikrats, Alena Buyx, 45, über Sparzwänge im Gesundheitswesen, millionenteure Therapien und die Frage, ob man alte Kranke für viel Geld am Leben erhalten sollte



iten Blick
nd dann
as spinale
vielleicht
en, das ist
s Gesicht
hen: Der
r Markt.
Meinung
ethischen

SPIEGEL: Frau Buyx, ein Lehrer wird zum Drogenboss, um seine Krebsmedikamente zu finanzieren – wie realistisch ist dieses Szenario aus der Serie »Breaking Bad« in Deutschland?

Buyx: Anders als in den USA haben wir ein solidarisch finanziertes System. Deswegen ist so ein Szenario bei uns unwahrscheinlich. Aber gerade weil es ein Solidarsystem ist, wird seit Jahren und gerade wieder heftig debattiert, wie man dem immensen Kostendruck begegnen soll. Als ich angefangen habe, mich mit diesen Fragen zu beschäftigen, machten Gesundheitsausgaben etwa 10 Prozent des Bruttoinlandsprodukts aus. Jetzt sind wir bei über 13 Prozent. Das ist schon knackig – und eine echte Herausforderung.

SPIEGEL: Worin besteht diese Herausforderung?

Buyx: Fangen wir mit dem Positiven an. Aus der medizinischen Forschung kommen ganz viele tolle Sachen, zum Beispiel in der Gentherapie und personalisierten Medizin. Und stellen Sie sich mal vor, eine Impfung gegen Krebs! Das wird super, muss nicht

unbedingt teuer sein und könnte viele teure Behandlungen ersparen. Gleichzeitig gehen die meisten Expertinnen und Experten dennoch davon aus, dass die Ausgaben im Gesundheitsbereich weiterhin steigen werden, auch wegen der Innovationen. Und wir haben eine absehbare demografische Entwicklung. Die Menschen in unserem Gesundheitssystem werden immer älter, das kostet einfach mehr, weil der Versorgungsbedarf mit dem Alter steigt. Dazu kommt ein enormer Fachkräftemangel, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe werden besser bezahlt werden müssen. Wir sollten als Gesellschaft deshalb darüber nachdenken, wie die Mittel im Gesundheitswesen optimal eingesetzt werden können. Das haben andere Länder teils schon in den Neunzigerjahren gemacht.

SPIEGEL: Und warum wir nicht?

Buyx: Ich glaube, wir waren einfach immer reich. Kosteneffektivität ist in den meisten Ländern um uns herum ein wichtiges Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung, bei uns nicht, da gibt es auch rechtliche Gründe. Weil es aber jetzt selbst uns zu teuer wird, sollten wir klarer überlegen: Wie priorisieren wir im Gesundheitswesen? Und zwar gerecht!

Medizinerin
Buyx

»Der Gesundheitsmarkt ist kein normaler Markt.«

SPIEGEL: Anders als in den USA gehen in Deutschland viele davon aus, dass die Krankenkasse fast alles bezahlt. Müssen wir uns damit abfinden, dass wir künftig alle mehr Geld für unsere Gesundheit ausgeben müssen?

Buyx: Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts, sagt man ja. Gesundheit ist ein essenzielles soziales Gut, das wir eigentlich erst wahrnehmen, wenn wir es nicht mehr haben. Und dann ist man bereit, fast alles dafür zu tun, auch wenn es viel kostet. Wir haben aber auch noch Kitas und Schulen und Renten und Pflege – also andere soziale Güter. Dazu gibt es neue Militärausgaben, wir haben eine Energiewende. Man kann natürlich immer darauf hoffen, dass die Dinge günstiger werden. CTs und MRTs waren am Anfang irrsinnig teuer und sind inzwischen bezahlbar. Aber eine Lösung ist so ein »technical fix« nicht.

SPIEGEL: Ist Digitalisierung die Lösung?

Buyx: Mit der Digitalisierung könnte auf jeden Fall eine bessere Versorgung erreicht werden. Die Erwartung, dass dadurch viel gespart wird, ist vermutlich verfehlt, aber wenn Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte stärker von Bürokratie befreit wären, würde das viel für gute Versorgung bringen.

ispiel anti-
Präparat
s kostete
te mir das
tische Er-
türlich ist
veil es ein
ag gestellt
asqualität
ntastisch.
Des pro-
n Jahr, als
itogewinn
it. Netto-
ragen, ob
st.
die Preise

ja bereits
lichkeiten
enten gilt
länger, in
nen diese
erlangen.
schen die
aben, die
nen. Man
spiel also

entschutz
iken?

Anregun-
gen in die
Debatte ein-
speisen. Es
ist eine ge-
sellschaftli-
che Abwä-
gung, auf der
einen Seite
zuzugestehen,
dass Geld –
auch sehr viel
Geld – verdient
werden darf,
und auf der

anderen Seite das Gemeinwesen zu schützen. Wir wollen und müssen gewährleisten, dass hinreichende Anreize für den sehr langwierigen und teuren Prozess der Entwicklung neuer Medikamente bestehen. Gleichzeitig ist eine exorbitante Gewinnmaximierung in einem solidarisch verfassten System problematisch.

SPIEGEL: Welche Kriterien sollten darüber entscheiden, wie teuer ein Medikament sein darf?

Buyx: Aus ethischer Perspektive gehört bei der Preisaushandlung geklärt: Ist es das erste Therapeutikum, das man für eine bestimmte Erkrankung hat? Sind die Erkrankungen lebensbedrohlich? Sind sie chronisch? Geht es um Lebensverlängerung, Lebensqualität oder beides? Also Nutzen- und Dringlichkeitskriterien. Dann schaut man sich den Gesamteffekt an. Kommt das Medikament für 15 Leute in Deutschland infrage, für 150.000 oder für 1,5 Millionen? Geht es um Kinder und Jugendliche, kann man also sehr früh Menschen noch eine Lebensspanne ermöglichen? Oder geht es nur um ein paar Wochen am Lebensende? De facto wird bei uns jetzt geschaut, ob ein neues Präparat einen Zusatznutzen in patientenrelevanten Endpunkten gegenüber dem bisherigen Versorgungsstandard hat.

SPIEGEL: Welche Rolle spielt die Eigenverantwortung? Man könnte ja auch überlegen, ob ein Raucher mehr in die Krankenkasse einzahlen sollte als ein bewusst gesund lebender Mensch?

Buyx: Ein erheblicher Teil unserer Erkrankungen ist mit dem Lebensstil assoziiert, also von Ernährung, Bewegung, Rauchen, anderen Genussmitteln beeinflusst – aber auch vom Arbeitsverhalten. Nur ist es wahnsinnig schwer, die direkte Kausalität herzustellen etwa von einem Verhalten und einem bestimmten Krebs. Außerdem stellt sich die Frage: Wollen wir eine Art »victim blaming« machen? Wollen wir einem Krebskranken wirklich ins Gesicht sagen: Da bist du alleine schuld dran? Und wenn wir das dem Raucher sagen, der eine Sucht hat, von der er schwer wekommt, sagen wir das dann auch dem Topmanager mit Herzkrankheit, einem Workaholic? Wir haben in Deutschland keine strafenden Regeln, und das finde ich auch gut so.

SPIEGEL: Aber man könnte für mehr Prävention sorgen, etwa bei Adipositas, der Fettleibigkeit, die für viele Erkrankungen verantwortlich ist – und durch bessere Gesundheitsbildung vermeidbar wäre.

Buyx: Adipositas ist ein gutes Beispiel. Gesundheitsverhalten wird in der Kindheit geprägt. Wenn jemand mit 14 schon adipös ist, hat er eine echt schlechte Prognose. England etwa versucht, es über eine Zuckersteuer zu regeln, durchaus erfolgreich. In Deutschland können wir da sicher deutlich besser werden, mehr Gesundheitsbildung überall und früh, gesundes Verhalten einfach und angenehm machen, entsprechende Werbung beschränken, da gibt es viele Vorschläge.

SPIEGEL: Wir haben ein sehr gut ausgestattetes Gesundheitssystem. Und trotzdem werden

Das Gespräch führten die Redakteurin Milena Hassenkamp und der Redakteur Martin Knobbe in Berlin.

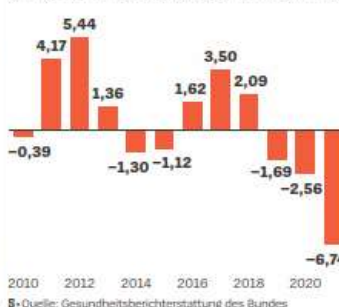
tig, dass man ausreichend passende Versorgungsstrukturen erhält. Und die können im ländlichen Raum anders aussehen als in der Stadt. Es gibt Beispiele aus anderen Ländern, die das mit besseren Netzwerkstrukturen, etwa um die Unikliniken herum, niedrigschwelligen Gesundheitszentren und einer guten Notfallversorgung hinkriegen. Am Ende landen wir aber immer wieder bei der Frage: Wie können wir es schaffen, einerseits tolle Hochleistungsmedizin und zugleich eine gute Versorgung in der Breite zu finanzieren?

SPIEGEL: Die Frage ist doch auch, wie wir mit irrsinnig teuren Arzneimitteln umgehen. Eine Therapie mit dem Medikament Zolgensma für Babys und Kinder mit spinaler Muskelatrophie – also Muskelschwund – kostete 1,9 Millionen Euro. Stehen solche Ausgaben noch in einem Verhältnis zu ihrem Nutzen?

Buyx: Bei der Heilung einer schweren genetischen Erkrankung kann man nicht diesen exorbitanten Preis alleine stehen lassen. Sie müssen den gesamten Prozess sehen: Was heilt man, was spart man womöglich an anderer Stelle? Verglichen damit kann eine einmalige

Long-Covid-Syndrom

Überschuss bzw. Defizit der gesetzlichen Krankenversicherungen, pro Jahr, in Mrd. Euro



Tiefstwert beim BMG-Anteil am Bundeshaushalt: Storm kritisiert „sozialpolitischen Offenbarungseid“

Der Anteil des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) am Gesamtetat des Bundes wird im kommenden Jahr einen Tiefstwert erreichen und in den Folgejahren weiter absinken. Das geht aus Daten hervor, die das Bundesfinanzministerium seit 2012 zur Verfügung stellt. Am Mittwoch beschließt das Bundeskabinett für das Jahr 2024 Ausgaben in Höhe von 445,7 Mrd. Euro. Davon entfallen 16,2 Mrd. Euro auf das BMG – das sind 3,64 Prozent. Bis zum Jahr 2027 sinkt dieser Anteil weiter auf nur noch 3,44 Prozent. Das BMG ist damit am stärksten von allen Bundesministerien von den Einsparungen betroffen. „Der von der Ampel-Regierung aufgestellte Bundeshaushalt ist ein sozialpolitischer Offenbarungseid. Die Kürzungen im Etat des Bundesgesundheitsministeriums führen zu einer Umverteilung von den Steuer- auf die Beitragszahlenden und treffen damit die Schwächsten in unserer Gesellschaft am härtesten“, kritisiert der DAK-Vorstandsvorsitzende Andreas Storm. „Stetig steigende

Kosten können nicht ausschließlich durch immer weiter steigende Beiträge der Versicherten gedeckt werden.“

Besonders kritisch sieht Storm die erneute Sparanstrengung des BMG: Da eine Milliarde Euro Bundeszuschuss für die Pflegeversicherung gestrichen wurde, hat Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach erklärt, im kommenden Jahr die Zuweisung an den Pflegevorsorgefonds auszusetzen. „Anstatt die Pflegeversicherung generationengerecht für die Zukunft aufzustellen, wird nun der Pflegevorsorgefonds ausgehöhlt“, sagt Storm. „Während in der Rentenversicherung der Einstieg in eine Teilkapitaldeckung beschlossen ist, wird diese in der Pflegeversicherung wieder abgebaut. Dieses widersprüchliche Vorgehen der Bundesregierung ist nicht zu vermitteln.“

Der Pflegevorsorgefonds war 2015 von der großen Koalition eingeführt worden, auch der heutige Bundesgesundheitsminister Lauterbach war daran beteiligt. „Eine nachhaltige Finanzierung der

Pflege ist dringender denn je, doch stattdessen schwächt der Minister das einzige Element der Teilkapitaldeckung, das wir in der Sozialversicherung haben“, so Storm. „Zusammen mit den völlig unzureichenden Änderungen im Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) ergibt sich ein verheerendes Gesamtbild: So fährt die Politik die Pflege gegen die Wand.“

Storm appelliert an die Bundesregierung, die nachhaltige Finanzierung von Gesundheit und Pflege müsse eine andere Priorität bekommen. „Mindestens der Einstieg in die Übernahme der Kosten für Bürgergeldbeziehende muss noch in dieser Wahlperiode vollzogen werden“, fordert Storm. Zuletzt hatte das Bundesgesundheitsministerium beim **Hauptstadtkongress** im Juni signalisiert, Storms Vorschlag einer stufenweisen Erstattung dieser Kosten zu prüfen.

Roll-out des eRezepts gestartet, Entwurf des Digitalgesetzes vorgelegt

Gesundheitspolitiker und Digitalexperten diskutierten mit Ärzten die nächsten digitalen Schritte und deren Machbarkeit

Medical-Tribune-Beitrag **HAUPT-STADTKONGRESS**

BERLIN. Ja, aber wann? Die Pflichtfrage schlechthin aller politischen Debatten, wenn es um Digitalisierung geht. Denn ob ePA, eRezept oder Digitalgesetz: Es zieht sich. Nach jahrelangem hartem Ringen liegt der Entwurf zum Digitalgesetz nun aber vor und beim elektronischen Rezept ist am 1. Juli der Startschuss für den Roll-out in den ersten Regionen gefallen.

Legt los, macht euch mit dem Ding vertraut, lasst das eRezept zum Standard werden“, appellierte Dr. SUSANNE OZEGOWSKI, Abteilungsleiterin für Digitalisierung im Bundesgesundheitsministerium, bei einer Podiumsdiskussion im Rahmen des **Hauptstadtkongresses** an die Ärzteschaft. Denn das letzte Puzzlestück, um das eRezept für den Alltagsgebrauch flott zu machen, sei jetzt da: der Einlöseweg über die elektronische Gesundheitskarte (eGK). Zum 1. Januar 2024 wird das eRezept dann verpflichtend.

Bislang konnten die Versicherten elektronische Rezepte in der Apotheke nur über eine Smartphone-App einlösen. Vor allem ältere Menschen fühlten sich bei diesem Vorgang überlastet, verfolgten diesen Bezugsweg demzufolge kaum.

eRezept auf Papier gibt es weiter

Ärzte wiederum, die das eRezept schon nutzen und die Ordnungsdaten elektronisch übermitteln, müssen ihren Patienten bisher weiter einen Papierausdruck in die Hand geben. Die Apotheke vor Ort kann über den aufgedruckten

Rezeptcode dann die Verordnung vom Server abrufen. Rund 200.000 eRezepte wurden nach Gematik-Angaben inzwischen eingelöst. Bis zum Stichtag ist die nationale Agentur für digitale Medizin nun damit beschäftigt, die Gesundheitskarte selbst zum Einlösen von Medikamenten datenschutzkonform einsetzbar und damit deutlich benutzerfreundlicher zu machen.

Die ePA soll ab 2025 für die meisten Versicherten verfügbar sein

Anfang Juli haben nun die ersten Apotheken, etwa in Westfalen-Lippe, damit begonnen, Rezepte über die eGK einzulösen. Für die Patienten bedeutet dies, dass sie nur noch ihre Versichertenkarte brauchen, um das von ihrem Arzt ausgestellte elektronische Rezept direkt in der Apotheke einzulösen. Dieses Prinzip funktioniert auch bei Arzneimitteln, die im Rahmen einer Videosprechstunde verordnet wurden, oder bei telefonisch bestellten Folgeprescriptionen. Bis Ende Juli soll ein Großteil der Apotheken in Deutschland bereit sein, Rezepte so entgegenzunehmen.

Damit das eRezept richtig ins Rollen kommen kann, sind ein Update der Apothekensoftware und ein Kartenterminal zum Einlesen der eGK notwendig. Gesetzlich Versicherte bleiben damit vorläufig drei Optionen, um ihr eRezept einzulösen: Gesundheitskarte, eRezept-App oder Papierausdruck mit Rezeptcode. Das geplante Digitalgesetz will die verpflichtende Einführung des eRezepts nun festlegen, das von den Verbrauchern aber schon jetzt genutzt werden kann.

Einen Entwurf des lange erwarteten Digitalgesetzes hatte Dr. Ozegowski

Mitte Juni in Berlin noch nicht in der Tasche, wenige Tage danach legte nun aber das Bundesgesundheitsministerium einen Referentenentwurf für das „Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens“ (auch: Digitalgesetz, kurz DigiG) vor. Es soll etwa das viel diskutierte Opt-out-Verfahren gesetzlich regeln, das für die Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte (ePA) angekündigt war. Dessen Bereitstellung erfolgt durch die Krankenkassen.

Volle Patientenakte durch strukturierte Daten

Zudem soll die ePA mit strukturierten Daten „vollumfänglich, weitestgehend automatisiert“ befüllt werden. Erste Anwendungsfälle für solche besonderen Daten sind der digital gestützte Medikationsprozess, die Patientenkurzakte und Labordatenbefunde. Diese Daten könnten aus dem eRezept direkt in die ePA hineinfließen, so Ozegowski, ab 2025 soll die Akte für mindestens 80 Prozent der Versicherten verfügbar sein.

Das neue Digitalgesetz werde auch die Rolle der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) stärken, die obendrein den Weg in die Disease-Management-Programme (DMP) finden sollen, sagte der SPD-Bundestagsabgeordnete Matthias Mieves bei der Berliner Diskussionsrunde. „Wir sind im Moment noch in einer Nische im Gesundheitswesen“, deren Anzahl und Umsätze seien noch gering. Jetzt ginge es darum, „erste Blockbuster“ zu entwickeln, die Millionen von Menschen erreichen. Der Abgeordnete sprach von weiteren Risikoklassen, die mit dem Gesetz für DiGA

Neue Mindestmengen für höhere Versorgungsqualität

Berlin. Anlässlich des **Hauptstadtkongresses** betont der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) die Wichtigkeit hoher Versorgungsqualität vor, während und nach der Geburt. Der vdek war an der Erstellung des Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ beteiligt und unterstützt das im Koalitionsvertrag festgelegte Vorhaben, das Ziel in einem nationalen Aktionsplan umzusetzen. Dieser kann auf den Strukturen und Inhalten des Gesundheitsziels, etwa Zielen und Maßnahmenempfehlungen, aufsetzen.

Höhere Qualität durch Mindestmengen
Im Kontext Geburt gibt es bisher nur eine Mindestmengenregelung für die kleine Gruppe der Früh- und Reifgebo-

renen mit weniger als 1.250 Gramm Gewicht. Diese legt fest, ab welcher Fallzahl Krankenhäuser deren Behandlung übernehmen dürfen. „Mindestmengenregelungen haben sich als effektives Instrument für eine höhere Behandlungsqualität bewährt“, erklärt Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek. „Für eine verbesserte Versorgungsqualität schlagen wir eine Mindestmenge von 500 Geburten pro Jahr und Standort vor“, erklärt Elsner. Eine ähnliche Regelung trage in Finnland bereits zu einer geringen Kindersterblichkeit und Kaiserschnitttrate bei.

Zusammen für bessere Versorgung
Der Weg schwangerer Frauen führt in aller Regel von der Arztpraxis hin zu

stationärer Versorgung während der Geburt und wieder zurück in den ambulanten Bereich. Für den vdek ist entscheidend, dass diese Sektoren lückenlos ineinandergreifen und Hebammen sowie ärztliches und pflegerisches Personal enger zusammenarbeiten. „Aktuell dürfen in stationären Einrichtungen angestellte Hebammen nicht die ambulante Geburtsnachsorge übernehmen“, erläutert Elsner. „Wir setzen uns dafür ein, dass das in Zukunft möglich ist und Hebammen, die Geburten im Krankenhaus betreuen, auch die Nachbetreuung zu Hause übernehmen können.“

Quelle: vdek

Der bpa auf dem Hauptstadtkongress 2023

Mit 5.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern war der Hauptstadtkongress vom 14. bis 16. Juni im hdb 27 der Messe Berlin drei Tage lang ein wichtiger Treffpunkt für die Gesundheitsbranche. Der bpa gestaltete den Deutschen Pflegekongress als Teil des Hauptstadtkongresses mit Vorträgen, der Teilnahme an Diskussionsrunden und einem neuen Messestand mit. Wir berichten über zentrale Veranstaltungen unter Mitwirkung des bpa.

Aktuelle Pflegepolitik und das PUEG

Die aktuelle Pflegepolitik und das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) dominierten eine Diskussionsrunde mit bpa-Hauptgeschäftsführer Norbert Grote, Erich Irlstorfer (Mitglied Gesundheitsausschuss CDU/CSU-Bundestagsfraktion), Vera Lux (Pflegedirektorin Medizinische Hochschule Hannover; Leiterin Pflegemanagementkongress) und Sarah Lucuc (Vorsitzende Bundesverband Pflegemanagement). Claudia Moll, Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, und Kordula Schulz-Asche (B'90/Grüne) nahmen aufgrund von Abstimmungen im Parlament nicht an der Veranstaltung teil.



Der neugestaltete bpa-Stand auf dem Hauptstadtkongress 2023

„Die demografiefeste Ausgestaltung der Gesellschaft ist eine der zentralen politischen Aufgaben. Dafür muss die Politik neben den Rahmenbedingungen auch die notwendige Finanzierung bereitstellen“, sagte bpa-Hauptgeschäftsführer Grote gleich zu Beginn der Diskussion und kritisierte die mangelnde Berücksichtigung der schwierigen wirtschaftlichen Situation der Pflegeeinrichtungen.

im Rahmen der aktuellen Pflegereform. „Wir erleben erstmals eine negative Trendwende in der Langzeitpflege: In den letzten Jahrzehnten wurden immer die Angebote geschaffen, die für die Versorgung einer steigenden Zahl von Pflegebedürftigen benötigt wurden. Jetzt befinden wir uns in einer Situation, in der



bpa-Geschäftsführer und Geschäftsbereichsleiter ambulante Versorgung Sven Wolfram moderierte die Veranstaltung zu ersten Erfahrungen mit dem Tarifvertragsgesetz mit (von links): Kip Sloane (Geschäftsführung Schönes Leben), Sarah Lucuc (Vorsitzende Bundesverband Pflegemanagement), Vera Lux (Pflegedirektorin Medizinische Hochschule Hannover; Leiterin des Pflegemanagementkongresses), Erich Irlstorfer (Mitglied Gesundheitsausschuss CDU/CSU-Bundestagsfraktion) sowie Moderator Thomas Hornum.

sche Kostenentwicklung haben sich zu einer toxischen Mischung verbunden.

Es müsse deutlich in die Pflege investiert werden, schließlich stiege die Zahl der Pflegebedürftigen nach derzeitigen Berechnungen auf sechs Millionen zum Ende des Jahrzehnts. Grote warnte: „Beim Thema Demografiefestigkeit geht es nicht allein um sozialpolitische Fragen, sondern es geht auch um Wohlstandssicherung. Wenn man sich um seinen zu pflegenden Angehörigen kümmern muss, weil der kein Pflegeangebot findet, wird man nicht gleichzeitig arbeiten können.“

Auf die Frage nach notwendigen Entwicklungen in der Zukunft antwortete Erich Irlstorfer (CDU/CSU). „Wir müssen uns ehrlich machen. Wir wissen, dass wir nicht genügend Menschen gewinnen können für unser System. Wir können nicht immer nur draufstehen. Zweischnitte und Veränderungen müssen kommen. Wir müssen deutlich anders an die Sache herangehen.“

Grote sprach auch den finanziellen Aspekt an: „Wenn Angehörige aus Kostengründen entscheiden, ihre pflegebedürftigen Angehörigen eines nur noch drei Tage anstelle von fünf Tagen in die Tagespflege zu geben, brechen der Tagespflege Einnahmen weg.“ Die Einrichtungen hätten aber Fixkosten, die dann nicht mehr zu erwirtschaften seien.

Mit Blick auf Pflegeheimschließungen sagte die MSH-Pflegedirektorin Vera Lux: „Die Situation der Pflegeeinrichtungen ist unterschiedlich, es gibt große Einrichtungen mit großen Trägern im Hintergrund, die vielleicht noch mehr Möglichkeiten haben, in der Diversität ihre Kosten auszugleichen, aber es gibt auch private Anbieter, die Strom usw. nicht sofort auf die Bewohner umlegen können, die das auch gar nicht bezahlen können.“ Die Einrichtungen stünden dann selbst mit dem Rücken zur Wand. „Es gibt dramatische Situationen, in denen Pflegeeinrichtungen schließen müssen. Für die Bewohner und deren Angehörigen



Diskussion über die aktuelle Pflegesituation in Deutschland mit (von links): Sarah Lucuc (Vorsitzende Bundesverband Pflegemanagement), Vera Lux (Pflegedirektorin Medizinische Hochschule Hannover; Leiterin des Pflegemanagementkongresses), Erich Irlstorfer (Mitglied Gesundheitsausschuss CDU/CSU-Bundestagsfraktion) und Norbert Grote (bpa-Hauptgeschäftsführer) sowie Moderator Thomas Hornum.

bedeutet das, dass sie innerhalb von vier Wochen einen Ersatzplatz, ein neues Heim in der Nähe finden müssen.“

Grote plädiert für eine demografiefeste Finanzierung für die Pflegebranche und beklagt, dass das Wort „Pflege“ bei Gesundheitsminister Karl Lauterbach kaum vorkomme. „Der Minister hat mit uns über die Pandemie gesprochen und er wird sicher auch über den Hitzeschutz noch gar nicht so auf dem Schirm haben“, sagte Grote. „Über die Ausgestaltung der pflegerischen Zukunft hat er mit uns noch nicht gesprochen.“

Marktentwicklung in der Langzeitpflege: Wohin geht der Trend? „Wie entwickelt sich der Markt? Welche Angebotstypen sind diejenigen, die uns in der Zukunft hauptsächlich beschäftigen werden und die wir vielleicht aktuell noch gar nicht so auf dem Schirm haben?“ – Darum ging es in einer Vortragsschau, die von bpa-Geschäftsbereichsleiter stationärer und Geschäftsführer Pascal Tschörner moderiert wurde. „Wir sprechen in der Pflege zunehmend über In-solvenzen und Betriebsaufgaben“, stellte Tschörner fest. „In den letzten Monaten haben wir eine toxische Mischung an Faktoren erlebt, die den Pflegeeinrichtungen das Wirtschaften noch schwerer macht und die erhebliche Auswirkungen auf die Marktentwicklung.“

Jan Grabow, Geschäftsführender Partner Curson GmbH, erfahren mit der Prüfung und Beratung von Einrichtungen mit betriebswirtschaftlichen Analysen und Funktionsberatungen, stellte fest: „Wachstum findet aktuell vor allem bei den ambulanten Wohnformen statt. Wohnformen die Zahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen um 3 Prozent im Vergleich von 2019 zu 2021 zurückgegangen ist.“ Zur allgemeinen Marktentwicklung sagte er: „Die Heimquote ist von ehemals über 30 Prozent auf jetzt 16 Prozent gesunken.“ Im Rahmen von Neubezügen vollziehen sich eine Verschiebung von den stationären in die ambulanten Versorgungsstrukturen. „Insgesamt zeigen sich unter Berücksichtigung des Ordnungs- und Leistungsrechts Anzeichen zur Leistungsverbesserung in ambulant betreuten Wohnformen anstelle der vollstationären Langzeitpflege. Angebote im Bereich Tagespflege sind dagegen geradezu explodiert von 33.549 im Jahr 2011 auf 96.225 im Jahr 2021.“