

Statement

von

Ulrike Elsner

Hauptamtliche Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

anlässlich

der Neujahrs-Pressekonferenz

Gesundheitspolitik 2021

**Corona-Pandemie zeigt Reformbedarf bei den Krankenhäusern
Corona-Pandemie pusht die Digitalisierung (Start ePA und DiGAs)**

am 27. Januar 2021

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55,
10117 Berlin

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Meine Damen und Herren,

als *lessons learned* aus zwei Pandemiewellen will ich zwei Bereiche ansprechen, die für das dauerhafte Gelingen einer guten Versorgung essentiell sind:

1. der Ausbau der Digitalisierung
2. die Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen.

Zu 1.

Digitale Anwendungen müssen in allen Versorgungsbereichen zum Nutzen der Versicherten eingesetzt werden.

Die derzeitigen Anwendungen sind in der Pandemie immer mehr zu Routinen geworden. Ein Beispiel ist die Zunahme der Videosprechstunden. Im ersten Jahr der Einführung (2019) absolutes Nischenprodukt, heute fest etabliert in den Alltag vieler Ärzte – das zeigen die Zahlen eindrücklich: Wurden im zweiten Quartal 2019 noch weniger als 500 Videosprechstunden in Deutschland durchgeführt, schoss diese Zahl im zweiten Quartal 2020 auf über eine Million nach oben.

Ein zweites Beispiel ist die digitale Unterstützung in der Prävention. So fördert die gesetzliche Krankenversicherung zertifizierte Online-Kurse, jeweils abzurufen auf der Kassenshomepage. Und als Sofortangebot in der Coronakrise haben die vdek-Ersatzkassen (TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk und HEK) Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung von Beschäftigten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufgesetzt („MEHRWERT:PFLEGE“, www.mehrwert-pflege.com). Auch für die Selbsthilfeförderung wurde ein Onlineportal entwickelt, sodass die Antragstellung von Fördermitteln digital erfolgen kann.

Meine Damen und Herren,

Elektronische Patientenakten (ePA) gehen in den Echtbetrieb. Die Nutzung durch die Versicherten und die Öffnung für behandelnde Ärzte bleibt freiwillig.

Seit Januar 2021 können alle Versicherten die ePA bei ihrer Krankenkasse beantragen und in einem ersten Schritt persönliche Gesundheitsdaten darin speichern, beispielsweise Gesundheits- oder Schmerztagebücher. Parallel dazu wird die ePA zunächst in ausgewählten Arztpraxen und Krankenhäusern in den Regionen Westfalen-Lippe und Berlin hinsichtlich des Hochladens medizinischer Daten getestet. Ab Juli 2021 werden dann etwa 200.000 Arzt- und Zahnarztpraxen und Psychotherapeuten auf Wunsch der Versicherten deren medizinische Daten in die ePA hochladen. Die Krankenhäuser und Apotheken kommen im zweiten Halbjahr dieses Jahres flächendeckend hinzu, die Anbindung weiterer Leistungserbringer, wie

Pflegeeinrichtungen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Vorsorge- und Reha-Einrichtungen, Heil- und Hilfsmittelerbringer und Hebammen ist ebenfalls schrittweise vorgesehen.

Insgesamt erwarten unsere Mitgliedskassen einen hohen Zuspruch bei der ePA – der mit den zunehmenden Funktionalitäten weiter ansteigen wird. Die Nutzung der bisherigen Digitalangebote in den sogenannten Online-Geschäftsstellen jedenfalls boomte nochmal besonders in der Pandemie. Ähnlich wie beim Online-Banking verändert die Digitalisierung nun auch die Routinen im Gesundheitswesen. Wir erwarten, dass über die mit der Vernetzung einhergehende Transparenz die Versorgungsqualität steigt. Impfpass, Mutterpass, Untersuchungsheft für Kinder und zahnärztliches Bonusheft sollen spätestens zu Beginn 2022 in die ePA integriert werden. Ab spätestens 2023 können Versicherte dann beispielsweise auch Daten aus der ePA zu Forschungszwecken bereitstellen.

Rechtssicherheit für digitale Authentisierungsverfahren muss kurzfristig hergestellt werden.

Zwei der sechs Ersatzkassen bieten neben der Möglichkeit, sich in einer Geschäftsstelle für die ePA zu authentisieren, bereits ein digitales Verfahren an (TK und HEK). Auch die anderen Ersatzkassen werden solche Verfahren zeitnah bereitstellen. Doch es gibt Signale des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI), dass bestimmte digitale Verfahren unter Umständen aus Sicherheitsgründen nicht dauerhaft angewendet werden dürfen. Hier muss zügig Rechtssicherheit hergestellt werden. Es darf nicht sein, dass die Krankenkassen viel Geld in digitale Authentisierungsverfahren investieren, die dann gegebenenfalls gekippt werden.

DiGAs und DiPAs modernisieren die Versorgung, Vergütungsregeln bedürfen der Nachschärfung.

Ein weiteres neues Feld sind die digitalen Gesundheitsanwendungen – DiGA oder Apps auf Rezept genannt – und künftig auch die digitalen Pflegeanwendungen DiPA. Momentan sind zehn DiGAs zugelassen und 24 Zulassungsanträge beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in Bearbeitung (DiGA-Verzeichnis: <https://diga.bfarm.de/de>). Die meisten Apps befinden sich im sogenannten Erprobungsverfahren und unterliegen im ersten Jahr der freien Preisbildung durch die Hersteller.

Es zeigt sich bereits jetzt, dass das zu einer exzessiven und willkürlichen Preisstrategie führt. Die Hersteller rufen hier Kosten von bis zu 750 Euro pro Quartal für ihre DiGA auf – ein Vielfaches des ärztlichen Honorars für die Untersuchung. Der Gesetzgeber muss hier dringend bei den Regelungen zur Preisgestaltung

nachjustieren, es braucht frühe Preisverhandlungen mit rückwirkender Geltung ab dem ersten Tag der Zulassung.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich komme nun zum 2. Thema, der Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen.

Mit der ersten Welle der Pandemie standen die Krankenhäuser im öffentlichen Fokus zur Bekämpfung der Pandemie und die Diskussion um die Modernisierung der Krankenhauslandschaft verstummte.

Vor der Pandemie hingegen bestand ein – auch wissenschaftlich unterlegter – breiter Konsens, dass unsere Krankenhausstruktur nicht mehr zeitgemäß ist. Die Zahl von 1.702 Krankenhäusern mit insgesamt 2.571 Standorten wird im internationalen Vergleich als zu hoch bewertet. Insbesondere wird kritisiert, dass es zu viele kleine Krankenhäuser gibt, denen es zum Beispiel an Erfahrung, Ausstattung und nötigen Investitionsmitteln fehlt. Immerhin haben 65 Prozent der Krankenhäuser weniger als 300 Betten; diese Krankenhäuser stellen zusammengenommen nur 28 Prozent der bundesweiten Bettenkapazitäten.

Mittlerweile stecken wir mitten in der zweiten Welle der Pandemie, und wir haben Erkenntnisse, wie unser Gesundheitsversorgungssystem auf die Pandemie reagiert hat.

Die Erkenntnisse und die Schlussfolgerungen daraus möchte ich nachfolgend vorstellen.

Ohne ambulante Strukturen keine ausreichende Gesundheitsversorgung.

Der Großteil der an COVID-19 erkrankten Patienten konnte ambulant behandelt werden. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern hat sich gezeigt, dass man einen starken ambulanten Sektor benötigt, der den Krankenhäusern den Rücken freihält, damit diese sich auf die Behandlung der schwerstkranken und tatsächlich krankenhausbearbeitungsbedürftigen Patienten konzentrieren können.

Die Behandlung schwerstkranker COVID-19-Patienten hat sich auf Schwerpunkthäuser konzentriert.

Von den 1.702 Krankenhäusern haben 1.438 somatische Fachabteilungen. Etwa 72 Prozent der somatischen Krankenhäuser haben Ersatzkassenpatienten behandelt, die bestätigt an COVID-19 erkrankt waren. 36,5 Prozent dieser Krankenhäuser haben COVID-19-Ersatzkassenpatienten beatmet bzw. intensivmedizinisch behandelt. Von allen stationär behandelten Ersatzkassenpatienten wurden insgesamt 15,8 Prozent beatmet. Die intensivbehandlungsbedürftigen COVID-19-

Patienten wurden primär in Schwerpunktversorgungskrankenhäusern oder Fachkrankenhäusern der Lungenheilkunde behandelt und nicht in Krankenhäusern der Basisversorgung. Diese haben hingegen häufig COVID-19-Patienten aus Alten- und Pflegeheimen versorgt, deren Betreuung anderweitig nicht sichergestellt werden konnte.

Wohnortnahe Krankenhausversorgung sekundär.

Mit zunehmender Schwere der Erkrankung rückte auch bei COVID-19-Patienten die wohnortnahe Versorgung in den Hintergrund. Dies gilt insbesondere für die ländlichen Regionen. Gerade hier hat die COVID-19-Pandemie de facto zu einer Patientenwanderung der Schwersterkrankten in die Schwerpunkthäuser in Ballungsregionen geführt. Die kleineren ländlichen Krankenhäuser haben sich in der Regel an der Versorgung ambulant behandlungsbedürftiger COVID-19-Patienten beteiligt.

Nicht alle verschobenen Krankenhausbehandlungen müssen nachgeholt werden.

Planbare Eingriffe konnten im höheren Ausmaß problemlos aufgeschoben werden. Hier waren zum Teil Fallzahlrückgänge von über 50 Prozent zu beobachten. Zu nennen sind gynäkologische Operationen oder auch das Einsetzen einer Knie- oder Hüftprothese. Diese Entwicklung wirft die Frage nach dem generellen Fehlbelegungspotenzial auf.

Keine existentiellen Finanzeinbußen der Krankenhäuser infolge Corona-Pandemie.

Richtigerweise hat die Politik in der ersten Pandemiewelle ihre Aktivitäten darauf gerichtet, dass ausreichend Behandlungskapazitäten für potentielle COVID-19-Patienten bereitstehen. Über Freihaltepauschalen, erhöhten Pflegewert und Mindererlösausgleiche ist gewährleistet, dass die Corona-Pandemie für die Krankenhäuser nicht zur Existenzfrage wird. Öffentlich kommunizierte Insolvenzszenarien der Krankenhauslobby lassen die Realitäten außer Acht und tragen zur unnötigen Verunsicherung bei den Beschäftigten bei, die die so wichtige ärztliche und pflegerische Betreuung übernehmen. Insbesondere die Krankenhäuser, die keine COVID-19-Patienten intensivmedizinisch behandeln und gleichzeitig planbare Eingriffe stark reduziert haben, zählen zu den wirtschaftlichen Gewinnern. Die zunächst einheitlichen Freihaltepauschalen der Bundesregierung überkompensierten ihre Kosten. Die Freihaltepauschale wurde leider viel zu oft zur Leerstandpauschale. Die neue und vielfach von der Leistungserbringerseite kritisierte angepasste zwischenzeitlich dritte Freihaltepauschale ist sachgerecht, da sie auf Kliniken begrenzt ist, die COVID-19-Patienten behandeln.

Damit komme ich zu unseren Schlussfolgerungen und Forderungen:

1. Bund-Länder-Pakt für moderne Krankenhausstrukturen etablieren

Auch wenn die Pandemie nicht zu existenziellen Einnahmerückgängen bei den Krankenhäusern geführt hat, so hat sie deutlich gemacht, wo die Strukturentwicklung hingehen muss. Krankenhausversorgung muss über die Bundesländer geplant und gestaltet werden. Wie das Bildungswesen gehört die Krankenhausversorgung zur Daseinsvorsorge der Länder. Über eine bundesweite Rahmenplanung sollten die jeweiligen Versorgungsstufen definiert werden. Investitionsfördermittel und medizinisches Fachkräftepersonal sollten dann auf weniger, aber größere Standorte konzentriert werden.

2. Versorgung auf dem Land sichern

Krankenhäuser auf dem Land sind notwendig, aber paradoxerweise häufig nicht ausgelastet. Sie sollten zu einer ambulant-stationären Basisversorgung umgewidmet werden und als zentrale Anlaufstelle für die Versicherten erhalten bleiben. Eine Zusammenarbeit mit den Zentren in den Ballungsgebieten unter Nutzung der digitalen Möglichkeiten muss den notwendigen Know-how-Transfer in die ländlichen Regionen sichern.

3. Fehlanreize im Vergütungssystem abbauen

Knapper werdendes medizinisches Fachkräftepersonal sollte ausschließlich da eingesetzt werden, wo es unter versorgungs- und nicht unter monetären Gesichtspunkten benötigt wird. Daher ist es erforderlich, dass die stationäre Vergütung um den Fehlanreiz der Fallzahlsteigerung bereinigt wird; Fehlbelegungen müssen reduziert werden. Mengenabhängige Vergütungsabschläge oder eine nach Versorgungsstufen differenzierte Finanzierung der Vorhaltekosten der Krankenhäuser bieten Lösungsoptionen im Vergleich zum derzeit geltenden Einheitspreis.

4. Ambulantes Potenzial nutzen

Leistungen, die nicht stationär erbracht werden müssen, aber die Infrastruktur eines Krankenhauses erfordern, sollten als ambulante Behandlungen in Krankenhäusern erfolgen. Damit soll vermieden werden, dass die Patienten unnötig stationär behandelt werden. Die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung müssen an den medizinischen Fortschritt angepasst und nicht an Sektorengrenzen ausgerichtet werden.

„Weniger ist mehr“, dies gilt auch in Bezug auf die Zahl der Krankenhäuser bzw. ihrer Standorte. Internationale Erfahrungen zeigen, dass Konzentrations- und Spezialisierungsprozesse zu einer Qualitätsverbesserung in der Versorgung führen.

Meine Damen und Herren,

als Ersatzkassenverband wollen wir die Debatte zur Modernisierung der Krankenhausstrukturen konstruktiv begleiten. Wir haben bei dem IGES-Institut ein Gutachten zur „Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration in der stationären Versorgung“ beauftragt. Die Ergebnisse werden wir am 12. April 2021 im Rahmen des vdek-Zukunftsforums online der Öffentlichkeit vorstellen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.