

### **Digitalisierung: Nach dem DVG ist vor dem DVG**

Ein E-Health-Gesetz pro Legislatur genügt schon lange nicht mehr

**Tino Sorge MdB** ..... 3

### **Weitere Stärkung der Patientenrechte**

Für Patientenrechte, die ihren Namen verdienen

**Martina Stamm-Fibich MdB** ..... 5

### **Das überagile DVG**

Wo bleibt das Gesamtbild?

**Professor Dr. Andrew Ullmann MdB** ..... 9

### **Die Zukunft der Pflegefinanzierung**

Generationengerecht und Nachhaltig

**Nicole Westig MdB** ..... 11

### **Digitalisierung ist kein Selbstzweck**

Akzeptanz und Nutzen müssen im Fokus stehen

**Maria Klein-Schmeink MdB** ..... 14

### **Rettet die Reha**

Die Rehabilitation darf nicht länger das vernachlässigte Stiefkind bleiben

**Thomas Bublitz** ..... 18

**Autoren** ..... 8

**Impressum** ..... 7

## Zu dieser Ausgabe

■ Mit dem jüngst vom Bundestag beschlossenen Digitale-Versorgung-Gesetz befasst sich **Tino Sorge MdB** (CDU), Mitglied im Ausschuss für Gesundheit, Berichterstatter der Unionsfraktion für Digitalisierung und Gesundheitswirtschaft sowie Mitglied im Vorstand der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Mit dem Ausbau der Telematik-Infrastruktur, der Implementierung der Videosprechstunden in den Versorgungsalltag sowie nicht zuletzt mit der Möglichkeit der Verordnung von Gesundheits-Apps auf Rezept setze man echte Meilensteine. Klar sei aber auch, dass es auf dem Gebiet der Digitalisierung des Gesundheitswesens weitere gesetzliche Regelungsbedarfe gebe. So werde sich das bereits geplante DVG-Folgegesetz unter anderem näher mit den datenschutzrechtlichen Aspekten auseinandersetzen, welche noch im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte zu beantworten seien. Auch die Entwicklung beim Zugang der Gesundheits-Apps in den GKV-Bereich soll im Auge behalten werden – funktioniere dies nicht wie von der Politik erwünscht, könne man auch hier nochmal nachsteuern. Die Kritik an den Regelungen zum Forschungsdatenzentrum kann Sorge nicht nachvollziehen: Die Abrechnungsdaten aller Versicherten lägen auch bislang schon vor – nun sollen diese schlicht schneller für die Forschung verfügbar gemacht werden.

Für eine weitere Stärkung der Patientenrechte spricht sich die Patientenbeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion **Martina Stamm-Fibich MdB**, Mitglied im Ausschuss für Gesundheit, aus. Das 2013 von der Koalition zwischen CDU/CSU und FDP umgesetzte Patientenrechtegesetz habe keine effektive Aufwertung der Patientenrechte bewirkt. Auch die Bilanz der aktuellen Großen Koalition ist aus ihrer Sicht in diesem Bereich nicht zufriedenstellend – Stamm-Fibich plädiert deshalb dafür, das Thema Stärkung der Patientenrechte nun zeitnah im Bundestag zu bearbeiten. Einen wichtigen Aspekt würden hierbei Beweiserleichterungen für die von Rechtsstreitigkeiten im Rahmen von potenziellen Behandlungsfehler betroffenen Patientinnen und Patienten darstellen. Zudem müsse das Problem der oftmals zu langen Verfahrensdauer sowie der Schadensregulierung insgesamt angegangen werden. Dies gelte im besonderen Maße auch für die Einrichtung eines Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds. Zwar habe die SPD die Prüfung eines solchen Fonds in den Koalitionsvertrag hineinverhandelt, passiert sei jedoch frustrierender Weise noch nichts.

**Professor Dr. Andrew J. Ullmann MdB** (FDP), Obmann der FDP-Fraktion im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages, kritisiert in seinem Beitrag das Digitale-Versorgung-Gesetz. Diesem „Beta-Gesetz“, welches sich fortlaufend entwickeln soll, fehle als Ansammlung von Einzelmaßnahmen eine kohärente Gesamtstrategie. Insbesondere die drängenden Fragen zu Datenschutz und Datensicherheit dürften aber nicht nur vorläufig beantwortet werden. Das geplante Forschungsdatenzentrum sei grundsätzlich zu begrüßen, allerdings sei aus Sicht der FDP eine Information der Patientinnen und Patienten bzgl. der Nutzung ihrer Daten Voraussetzung. Im Zuge der Digitalisierung des Gesundheitswesens sei es zudem überdenkenswert, die Strafmaße für Hacking und Hehlerei von und mit personenbezogenen Gesundheitsdaten zu verschärfen.

Eine offene und ehrliche Debatte über die zukünftigen Herausforderungen für das deutsche Pflegesystem und die privat zu tragen-

den Pflegekosten fordert **Nicole Westig MdB** (FDP), pflegepolitische Sprecherin der FDP-Fraktion. Die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) stoße bereits deutlich erkennbar an ihre Grenzen: Trotz mehrfacher Erhöhung des Pflegebeitragssatzes seien die Rücklagen seit 2017 dramatisch eingebrochen. Um die kommenden Herausforderungen zu stemmen, sei der Aufbau einer Drei-Säulen-Struktur aus der sozialen Pflegeversicherung, der privaten und einer betrieblichen Pflegevorsorge nötig. Und: Die medizinische Behandlungspflege in der stationären Pflege solle in den Leistungsbereich des SGB V überführt werden. Die Pflegeeinrichtungen sollten einen, noch zu definierenden, Pauschalbetrag für jeden Pflegebedürftigen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhalten – so der Vorschlag.

**Maria Klein-Schmeink MdB** (Bündnis 90/Die Grünen), Mitglied des Bundestagsausschusses für Gesundheit sowie gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, bemängelt eine fehlende Strategie und gesamtgesellschaftliche Dimension der Maßnahmen des Bundesgesundheitsministeriums auf dem Felde der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Es dürfe nicht bloß darum gehen, jede neue Technologie so schnell wie möglich in die Versorgung zu bringen. Die zu setzenden Rahmenbedingungen müssten vielmehr ermöglichen, sinnvolle digitale Anwendungen verantwortungsvoll – sprich mit gesicherter Qualität und Sicherheit – in die Versorgung und zu den Patientinnen und Patienten zu bringen. Diese Patienten- und Nutzerperspektive fehle aktuell – statt auf fachliche Aspekte werde eher auf die Wirtschaftsförderung geachtet. Um das enorme Potenzial der Digitalisierung wirklich ausschöpfen zu können, müsse „bottom-up“ eine breit angelegte Strategie entwickelt werden.

**Thomas Bublitz**, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK), fordert zeitnahe gesetzliche Anpassungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Anders als in anderen Leistungsbereichen habe es in den letzten Jahren keine Antworten der Politik auf drängende Fragen gegeben. Hierzu würden die Aspekte der Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, das Genehmigungsverfahren von Reha-Leistungen und die Stärkung der Patientenrechte bei der Auswahl geeigneter Reha-Einrichtungen zählen. Die Auswirkungen seien mittlerweile deutlich spürbar – und zwar sowohl für die Reha-Einrichtungen als auch die Patientinnen und Patienten. Insbesondere die chronische Unterfinanzierung bereite ernste Probleme. Trotz dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ sei die Zahl der von den Krankenkassen genehmigten Rehabilitationsleistungen konstant geblieben, obwohl sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen nahezu verdoppelt habe. Der Vorschlag eines Rehabilitations- und Intensivpflegestärkungsgesetzes (RISG) habe überrascht, das Gesetzgebungsverfahren, das derzeit auf sich warten ließe, müsse diesen ursprünglichen Ansatz weiter verfolgen. Mit der jüngst gestarteten Kampagne „Reha. Macht's besser!“ wolle man auf die enormen Chancen wie auch drängenden Probleme der Rehabilitation aufmerksam machen.

**Die Redaktion**

# Digitalisierung: Nach dem DVG ist vor dem DVG

Ein E-Health-Gesetz pro Legislatur genügt schon lange nicht mehr

Von Tino Sorge MdB

Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) ist ein Maßnahmenpaket, das in vielerlei Hinsicht neue Meilensteine markiert: Patienten erhalten erstmals die Möglichkeit, sich vom Arzt Gesundheits-Apps auf Rezept verordnen zu lassen. Die Videosprechstunde wird zum festen Bestandteil des Versorgungsalltages. Die Telematik-Infrastruktur wird konsequent ausgebaut, neue Akteure sinnvoll angeschlossen und Verweigerer sanktioniert.

Auch das e-Rezept weiten wir in seinem Umfang auf Heil- und Hilfsmittel sowie auf die Häusliche Krankenpflege aus. Und nicht zuletzt schaffen wir ein neues Forschungsdatenzentrum, das der Wissenschaft einen Zugang zu jenen Daten eröffnet, die bislang von der Forschung ungenutzt blieben oder schlicht nicht zugänglich waren.

Genug Stoff für mehrere Gesetze, sagen einige Beobachter – höchste Zeit, sagen andere. Beides stimmt. Denn die regulatorische Schlagzahl ist und bleibt in dieser Legislaturperiode hoch wie selten zuvor. Und während die „Halbzeitbilanz“ der Regierungskoalition in einigen Ressorts verhaltener ausfallen dürfte, ist im Bereich Gesundheit ganze Arbeit geleistet worden. 18 Gesetze in 18 Monaten sprechen für sich. Die Quote dürfte beibehalten werden.

Und doch ist schon heute absehbar, dass es mit dem DVG allein noch lange nicht getan ist. Zu hoch ist das Tempo des digitalen Fortschritts im Gesundheitswesen, das den Gesetzgeber zu stetem Nachjustieren in kurzer Zeitfolge zwingt. Ein Digitalisierungsgesetz pro Legislaturperiode genügt nicht mehr.

## ePA: Datenschutz mit Augenmaß

Auch deshalb ist bereits bekannt, dass sich ein zum Jahreswechsel geplantes DVG-Folgegesetz dezidiert den datenschutzrechtlichen Fragen widmen wird, die im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte zu beantworten sind.

Es ist kein Geheimnis, dass das Bundesjustizministerium im Sommer drauf und dran war, das DVG zu

blockieren. Das Totschlag-Argument des Datenschutzes darf die elektronische Patientenakte aber nicht länger ausbremsen. In der jetzigen Debatte scheinen einige zu vergessen: Wir müssen nicht nur die Daten schützen, sondern die Patienten. Zum Beispiel vor unnötigen Doppeluntersuchungen, vor gefährlichen Medikamenten-Nebenwirkungen oder gar Behandlungsfehlern. All das wäre mit der elektronischen Patientenakte längst möglich. Bei den Beratungen zum „DVG II“ sollte dieser Aspekt nicht in den Hintergrund rücken.

## Gute Apps auf Rezept – auch mit der MDR

Auch bei der Entwicklung der Gesundheits-Apps besteht noch Diskussions- und gegebenenfalls auch künftiger Regulierungsbedarf. In den Monaten nach Inkrafttreten des DVG werden wir genau beobachten müssen, ob der von der Politik gewünschte erleichterte Zugang von digitalen Gesundheitsanwendungen in die Versorgung tatsächlich funktioniert.

Fraglich ist, ob der im DVG vorgesehene Einbezug der Klassen I und IIa genügen wird, denn mit der MDR werden sich die Verhältnisse zwischen den Risikoklassen fundamental verschieben. Nicht wenige meiner Kollegen in der CDU/CSU-Bundestagsfraktion und ich standen einer möglichen Erweiterung der Regelungen im DVG (beispielsweise versuchsweise auf die Klasse IIb) gesprächsoffen gegenüber, doch waren mit dem DVG stets auch umfangreiche Beratungen mit dem Koalitionspartner verbunden. Und doch: Sollte sich abzeichnen, dass die wirklich innovativen Apps der höheren Klassen nach wie vor kaum Zugang in die Patientenversorgung finden, werden wir nachsteuern müssen.

## Viel Lärm ums Forschungsdatenzentrum

Aufregung gab es kürzlich um das Forschungsdatenzentrum. So wurde in den Medien unter anderem die Unterstellung verbreitet, es würde per Handstreich ein „neuer Weg“ zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten oder gar „Klardaten“ eingeführt. Das ist schlicht

falsch: Schon heute liegen der Datenaufbereitungsstelle die Abrechnungsdaten aller GKV-Versicherten vor, die für die Berechnungen zum Morbi-RSA erforderlich sind. Nur sollen diese Daten zukünftig schneller zur Verfügung stehen. Zurecht, denn für Versorgungsforscher wäre es ein großer Fortschritt, mit Vorjahresdaten (statt wie bisher vier Jahre alten Daten) zu arbeiten.

Vor allem aber geht es bei den hier diskutierten Daten ausschließlich um Abrechnungsdaten, und nicht um Behandlungsdaten. Röntgenbilder oder ärztliche Befunde werden selbstverständlich nicht übermittelt. All das zeigt: Der Opposition täte etwas mehr Entspannung zugunsten einer versachlichten Debatte sehr gut.

### **Gesundheitswirtschaft an der Seitenlinie?**

Von Bedeutung war in den DVG-Beratungen auch die Frage, welche Akteure als Nutzungsberechtigte künftig auf die Forschungsdaten zugreifen dürfen, und zu welchen Forschungszwecken dieser Zugriff dann zulässig sein soll. Namentlich nicht mit einbezogen ist nach aktuellem Stand die gesamte Gesundheitswirtschaft einschließlich der Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten, deren Forschung und Entwicklung in Deutschland angesiedelt ist.

Vollkommen verdrängt wird dabei leider, dass knapp 90 Prozent aller klinischen Studien in Deutschland durch eben jene Unternehmen initiiert werden – im Jahr 2018 übrigens zu rund 200 schweren Krankheiten.

Die Gesundheitswirtschaft ist mit Abstand die treibende Kraft der medizinischen Forschungsaktivitäten

in Deutschland. Ihr den Zugang zum Forschungsdatenzentrum zu verwehren, wäre in meinen Augen an der Realität unseres Wissenschafts- und Forschungsstandortes vorbei gedacht.

### **Kein Mangel an Streitthemen**

Darum finde ich, dass in Deutschland ansässige forschende Gesundheitsunternehmen auf das Forschungsdatenzentrum zugreifen dürfen sollten – gewiss ein rotes Tuch für viele Oppositionspolitiker und Datenschützer, obwohl ein solcher Zugriff ja mit einem strengen Antragsverfahren ausgestaltet werden könnte, mit klar begrenzten Zwecken und mit harschen Sanktionen für den Fall eines Datenmissbrauchs. Die Streitthemen für kommende Debatten werden uns also nicht ausgehen. In diesem Sinne gilt das Credo: Nach dem DVG ist vor dem DVG.



Foto: Sorge  
Tino Sorge MdB

# Weitere Stärkung der Patientenrechte

## Für Patientenrechte, die ihren Namen verdienen

### Von Martina Stamm-Fibich MdB

Im Jahr 2013 hat die Koalition zwischen CDU/CSU und FDP das Patientenrechtegesetz verabschiedet. Das Gesetz wurde damals von den beteiligten Parteien als Meilenstein der Patientenrechte gefeiert. In der Rückschau nach sechs Jahren bleibt nun allerdings festzuhalten, dass das Gesetz zwar für mehr Rechtssicherheit für Behandler sowie für Patientinnen und Patienten gesorgt hat, von einer effektiven Stärkung der Patientenrechte jedoch nach wie vor keine Rede sein kann.

Wer in Deutschland einen gesundheitlichen Schaden durch einen vermeidbaren Behandlungsfehler erleidet, hat es noch immer viel zu schwer sein Recht gegenüber dem Verursacher des Schadens durchzusetzen. Das Einklagen des eigenen Rechts gleicht viel zu oft einem Kampf gegen Windmühlen. Weil die Hürden für eine erfolgreiche Schadensersatzklage zu hoch sind, verzichten Betroffene häufig darauf ihre Ansprüche überhaupt geltend zu machen. Patientinnen und Patienten fühlen sich hier aktuell noch viel zu oft als Bittsteller. Das muss sich ändern. Deshalb plädiere ich dafür, dass wir das Thema Stärkung der Patientenrechte im Bundestag nun zeitnah angehen.

Weil die SPD seit längerem Nachbesserungsbedarf im Bereich der Patientenrechte sieht, haben wir uns bereits bei den Verhandlungen zur aktuellen Koalition vehement dafür eingesetzt, dass die Stärkung der Patientenrechte im Koalitionsvertrag verankert wird. Leider müssen wir jedoch feststellen, dass bei allen bisherigen Gesetzesinitiativen insbesondere der Bereich der Patientenrechte bislang eher stiefmütterlich behandelt wurde. Hier ist die bisherige Bilanz der Koalition nicht zufriedenstellend.

### Die Beweislast besser verteilen und Verfahren beschleunigen

Um Patientinnen und Patienten eine bessere Chance bei Rechtsstreitigkeiten im Rahmen von potenziellen Behandlungsfehlern zu geben, möchten wir Beweiserleichterungen für die betroffenen Patientinnen

und Patienten im Schadensfall einführen. Wenn ein Behandlungsfehler passiert, sind die Betroffenen aktuell dazu verpflichtet selbst nachzuweisen, dass der Behandlungsfehler direkt für den erlittenen Schaden verantwortlich ist. Diese Regelung ist nach Ansicht der SPD problematisch, da die Patienten als Laien gegenüber den Behandlern hier grundsätzlich im Nachteil sind. Weil viele der Geschädigten nicht über ausreichende medizinische Fachkenntnisse verfügen, ist bereits die korrekte Beschreibung des erlittenen Schadens eine große Herausforderung. Darüber hinaus ist der Nachweis eines kausalen Zusammenhangs zwischen dem erlittenen Schaden und dem Behandlungsfehler ohne professionelle Hilfe fast unmöglich.

Leider hat die Reform der Patientenrechte von 2013 diesbezüglich keine wesentliche Erleichterung der Nachweispflicht für die Betroffenen gebracht. Lediglich bei groben Behandlungsfehlern wird angenommen, dass der Fehler die Ursache für den erlittenen Schaden ist. Das wollen wir ändern und den Betroffenen eine reale Chance geben, tatsächlich an ihr Recht zu kommen. Dafür ist es aus meiner Sicht erforderlich, eine Umkehr der Beweislast einzuführen. Im Schadensfall sollte die größere Beweislast beim Leistungserbringer und nicht beim Geschädigten liegen.

In diesem Zusammenhang müssen wir auch sicherstellen, dass die Geschädigten adäquat informiert werden und Zugang zu allen relevanten Dokumenten haben. Denn nur wenn alle Informationen vorhanden sind, haben die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit einzelne Behandlungsschritte nachzuvollziehen und entsprechend prüfen zu lassen. Leider müssen wir konstatieren, dass dies trotz des aktuell geltenden Rechtsanspruchs auf Akteneinsicht nicht immer der Fall ist. Viel zu oft verweigern die Behandler ohne triftige Begründung die Herausgabe wichtiger Dokumente. Diesem Verhalten müssen wir durch entsprechende Sanktionsmöglichkeiten einen Riegel

vorschieben. Darüber hinaus sind rechtliche Klarstellungen notwendig, die genau fassen, welche Informationen letztlich unbedingt herausgegeben werden müssen.

Weitgehende Informationspflichten können bei der Etablierung einer Fehlerkultur helfen. Es darf nicht sein, dass Patientinnen und Patienten nicht oder nur auf Umwegen über mögliche Behandlungsfehler informiert werden. Das Zugeben von Behandlungsfehlern muss eine Selbstverständlichkeit werden, denn nur wenn Fehler entsprechend eingeräumt werden, können im Fortgang die richtigen Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität ergriffen werden. Um sicherzustellen, dass die Betroffenen im Schadensfall ihre Ansprüche in entsprechender Höhe geltend machen können fordert die SPD zudem die Einführung einer bundeseinheitlichen Haftpflichtversicherung für Behandler und Medizinproduktehersteller.

Ein letzter Punkt der mir in diesem Zusammenhang ein großes Anliegen ist, ist die Beschleunigung der Verfahrensdauer sowie der Schadensregulierung insgesamt. Aktuell stehen wir vor dem Problem, dass die Verfahren sich häufig über Jahre ziehen und eine extreme Belastung für die Betroffenen darstellen. Häufig genug kommt es vor, dass Patientinnen oder Patienten noch während eines laufenden Prozesses versterben. Vor diesem Hintergrund ist es meiner Meinung nach notwendig an dieser Stelle weiter regulierend einzugreifen. Vorstellbar wären beispielsweise Regelungen, welche die Anhörungsdauer im Rahmen von Arzthaftungsprozessen verkürzen. Gleichzeitig befürworte ich eine Stärkung der Mediation zur kurzfristigen Einigung zwischen beiden Parteien. Erfolgreiche Mediationsverfahren entlasten sowohl die Betroffenen als auch die Gerichte.

### **Lücken bei der Patientenschädigung schließen**

Weil die Nachweisführung bei potenziellen Behandlungsfehlern zumeist schwierig ist, erhalten die Geschädigten häufig keine Entschädigung und müssen die schwerwiegenden gesundheitlichen und finanziellen Folgen der Behandlung selbst tragen. An dieser Stelle ist die Entschädigung von betroffenen Patientinnen und Patienten lückenhaft.

Es ist die Aufgabe der Politik dies zu ändern. Wir dürfen die Geschädigten nicht in ihrer Notlage alleine

lassen. Leider ist es den zuständigen Akteuren bislang nicht gelungen, die Situation entscheidend zum Guten zu verändern. Dabei müssten die entsprechenden Stellen gar nicht lange suchen, um herauszufinden, wie mögliche Härtefall- und Entschädigungsfonds ausgestaltet sein könnten. In unseren Nachbarländern Belgien, Dänemark, Österreich und Frankreich sind entsprechende Fonds bereits seit langer Zeit Realität.

Dabei ist es nicht so, dass sich alle beim Thema Härtefall- und Entschädigungsfonds unnötigerweise zieren. Bereits 2016 haben die Länder Hamburg und Bayern sich für die Einrichtung eines solchen Fonds in Form einer bundesunmittelbaren Stiftung öffentlichen Rechts stark gemacht und die Bundesregierung dazu aufgefordert hierfür einen Gesetzesentwurf auszuarbeiten. Leider ist das damalige Engagement der Länder im Bundesministerium für Gesundheit jedoch auf taube Ohren gestoßen – das Ministerium von Hermann Gröhe (CDU) sah hier ähnlich wie beim Thema Beweislastleichterung keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

An dieser Situation hat sich bis heute leider nichts geändert. Und das obwohl die SPD – gegen den Willen der Unionsparteien – die Prüfung eines Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds in den Koalitionsvertrag hineinverhandelt hat. Der Punkt ist einer der wenigen Aufgaben aus dem Koalitionsvertrag, die noch überhaupt nicht angegangen worden sind. Das ist für alle Beteiligten, denen die Stärkung der Patientenrechte ein Anliegen ist, zutiefst frustrierend.

### **Informationelle Selbstbestimmungsrechte sind Patientenrechte**

Ein Thema, das mich als Patientenbeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion neben dem Haftungsrecht aktuell besonders beschäftigt, ist die Digitalisierung im Gesundheitswesen und ihre Auswirkungen auf die Einhaltung der Patientenrechte. Es ist unzweifelhaft, dass digitale Gesundheitsanwendungen die medizinische Versorgung in Deutschland heute schon entscheidend verbessern. Mit dem „Digitale Versorgungsgesetz – DVG“ schaffen wir aktuell Regelungen um Apps und andere digitale Anwendungen in die Gesundheitsversorgung zu bringen.

Die Regelungen zum Datenschutz und zur elektronischen Patientenakte (ePA) werden in einem zweiten

Gesetz folgen. Für mich ist dabei klar, dass insbesondere bei der ePA die informationelle Selbstbestimmung des Patienten oberste Priorität hat. Es muss gewährleistet sein, dass Patienten selbstständig entscheiden können, wem sie welche Daten zur Verfügung stellen. Die Hoheit über die eigenen Daten ist die Basis für eine hohe Akzeptanz der ePA bei den Bürgern und damit auch für den Erfolg der Initiative.



Foto: Foto: editorial247.com

Martina Stamm-Fibich MdB

© gpk

## Gesellschaftspolitische Kommentare - gpk

ISSN: 0016-9102

Herausgeber: Gisela Schütze-Broll, Leo Schütze †

Chefredaktion: Gisela Schütze-Broll (verantwortlich), André Haserück

Redaktion: Gabriela Broll, Dr. Franz-Josef Bohle (freier Mitarbeiter)

Leo Schütze GmbH

Verlag Gesellschaftspolitische Kommentare

Bestellungen: schuetze-eifel@t-online.de

Redaktions-Anschriften:

*Zentralbüro (Eifel)*

Hauptstraße 3, 54614 Dingdorf

Tel.: 01 70/2 37 93 36

*Hauptstadtbüro Berlin*

Karl-Heinrich-Ulrichs-Straße 14, 10785 Berlin

Tel.: (0 30) 26 55 13 50, Fax: (0 30) 25 79 45 52

Erscheinungsweise: Mindestens 6 Ausgaben im Jahr.

Zu wichtigen Themen erscheinen Sonderausgaben.

Im Abonnement oder als Einzelausgabe erhältlich.

Die mit Verfassernamen oder Abkürzungen gekennzeichneten Artikel geben nicht in jedem Fall die Auffassung der Redaktion wieder.

Die mit „gpk“ gekennzeichneten Anmerkungen stammen von der Redaktion, nicht vom Verfasser.

Sämtliche Nutzungsrechte der Gesellschaftspolitischen Kommentare – gpk liegen bei der Leo Schütze GmbH. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung, ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der Leo Schütze GmbH unzulässig.

Zitierung nur mit Quellenangabe

## Autoren dieser Ausgabe

---

**Tino Sorge MdB** (CDU) (Jahrgang 1975), Rechtsanwalt, seit 2013 direkt gewählter Abgeordneter des Wahlkreises Magdeburg. Mitglied im Ausschuss für Gesundheit, Berichterstatter der Unionsfraktion für Digitalisierung und Gesundheitswirtschaft. Stellvertretendes Mitglied im Ausschuss für Bildung, Forschung und Technologiefolgenabschätzung sowie in der Enquete-Kommission „Künstliche Intelligenz“. Seit 2018 Mitglied im Vorstand der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Landesvorsitzender des VdK Sachsen-Anhalt, Mitglied im Vorstand des Parlamentskreises Mittelstand. Seit 2019 Vorsitzender der Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung (MIT) in Sachsen-Anhalt.

**Martina Stamm-Fibich MdB** (SPD) (Jahrgang 1965), seit 2013 Abgeordnete im Deutschen Bundestag. Mitglied im Ausschuss für Gesundheit, Mitglied im Petitionsausschuss sowie stellvertretende Vorsitzende des Petitionsausschusses. Seit Juni 2018 Patientenbeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion. Ausbildung zur Rechtsanwaltsfachangestellten, von 1986 bis 1989 Assistenz der Geschäftsleitung in einem mittelständischen Dienstleistungsunternehmen. Seit 1989 Siemens AG Healthcare

Sector Erlangen; zuletzt freigestellte Betriebsrätin.

**Prof. Dr. med. Andrew J. Ullmann MdB** (FDP) (Jahrgang 1963), seit 2017 Mitglied des Deutschen Bundestags, Obmann der FDP-Fraktion im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages, Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Infektiologie und Universitätsprofessor am Universitätsklinikum Würzburg (derzeit beurlaubt), seit 2015 Vorsitzender der FDP Würzburg-Stadt.

**Nicole Westig MdB** (FDP) (Jahrgang 1967), seit 2017 Mitglied des Deutschen Bundestags. Studium der Romanistik und des Öffentlichen Rechts (Magisterabschluss), wissenschaftliche Mitarbeiterin von Bundes- und Landtagsabgeordneten, freiberufliche Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, zuletzt Fundraiserin bei der Stiftung der Diakonie Michaelshoven in Köln, pflegepolitische Sprecherin der FDP-Fraktion.

**Maria Klein-Schmeink MdB** (Bündnis 90/Die Grünen) (Jahrgang 1958), seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestages. Mitglied des Bundestagsausschusses für Gesundheit, seit der 18. Legislaturperiode Ge-

sundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. Studium Soziologie, Politikwissenschaften und Pädagogik (Mag. Soziologin), langjährige leitende Tätigkeit in der Erwachsenenbildung, dann Wissenschaftliche Referentin in der Landtagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen in Nordrhein-Westfalen (NRW). Drei Ratsperioden im Stadtrat von Münster.

**Thomas Bublitz**, seit 2004 Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK). Nach der Ausbildung und dem Fortbildungsstudium zum Krankenkassenbetriebswirt bei einer AOK in Nordrhein-Westfalen, ging Bublitz 1989 zum AOK-Bundesverband nach Bonn, wo er als Referent in den Bereichen Leistungsrecht und Rehabilitation arbeitete. 1992 wechselte er zum VdAK/AEV e. V in Siegburg, dem heutigen Verband der Ersatzkassen (vdek). Er war dort zunächst als Referent und dann als Referatsleiter in der Abteilung „Verträge mit Leistungserbringern“ tätig. Im Jahr 2000 übernahm er dort die Leitung der Abteilung „Prävention und Rehabilitation“. Bublitz ist Mitglied im Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).



# Das überagile DVG

## Wo bleibt das Gesamtbild?

Von Professor Dr. Andrew Ullmann MdB

Während sich junge Menschen in deutschen Büros oft fragen, was das piepende Gerät ist, das das gleiche Papier einsaugt und ausspuckt, können sich andere kaum vorstellen, dass es eine Welt jenseits des Faxgeräts zur "sicheren" Datenübertragung geben könnte. Das Fax ist das Sinnbild dafür, wie es um Deutschland in der Digitalisierung des Gesundheitswesens steht: schlecht.

Wir hinken in Europa hinterher. Und wenn wir weiter hinken und nicht endlich das Laufen oder – besser noch – das Rennen lernen, dann werden wir in nicht ferner Zukunft nur noch resigniert mit unseren Faxnachrichten den Digitalisierungsgewinnern zum Abschied hinterherwinken können.

Dass der Bundesgesundheitsminister sich als Retter des Gesundheitswesens sieht, ist weithin bekannt. Und ja: er packt auch mit dem DVG (Digitale-Versorgung-Gesetz) ein Thema an, das dringend angepackt werden muss. Sein leutseliger Vorgänger hat das Thema, gelinde gesagt, verpennt. Und im Bereich der Digitalisierung, in dem das Mooresche Gesetz durchaus eine Bedeutung hat, sind vier Jahre eine verdammt lange Zeit.

Nun also sollen Spähne fliegen und Jens Spahn zeigt in der Wortwahl des Gesetzesentwurfs, an welche Community er sich wendet: Er stellt fest, dass das „deutsche Gesundheitssystem bei der Implementierung digitaler Lösungen und neuer innovativer Formen der Zusammenarbeit jedoch nur eingeschränkt adaptiv und agil“ ist. Die Lösung ist ein Maßnahmenpaket „im Rahmen eines iterativen Gesamtprozesses“, den es „agil fortzusetzen gilt.“ Die Wörter „agil“, „adaptiv“, „iterativ“ und „Implementierung“ werden heutzutage im Rahmen des Projektmanagements nach der Scrum-Methode benutzt. Diese wurde ursprünglich in der Softwareentwicklung genutzt und setzte von dort aus den Siegeszug in jeden Industriebereich fort. Kaum ein Unternehmen verzichtet heute auf agiles Produkt- oder Projektmanagement.

Was sich ein bisschen wie Anbiederung an die Industrie 4.0 und Startups anhört, ist durchaus folgenreich. Agiles Projektmanagement zielt nicht auf das perfekte Produkt, sondern auf ein Produkt, das ausgeliefert werden kann und als bestmöglich unter den gegebenen Umständen, Kosten, der Funktionalität, der Zeit und sogar der Qualität. Was Spahn also vorlegt, ist ein Beta-Gesetz, das sich fortlaufend entwickeln soll, das immer wieder überprüft und angepasst werden muss. So spannend das als Prozess ist, so fragwürdig ist die Anwendung dieser Methode doch im Bereich der Gesetzgebung in der Gesundheitspolitik – zumal es um nicht weniger als die Gesundheit der Menschen geht.

## Keine Gesamtstrategie des BMG

Nicht genug damit, dass Spahn einen Gesetzesentwurf vorlegt, der unfertig ist. Das könnte sogar ein Vorteil sein, wenn dem ein großes Bild zugrunde liegen würde, auf das hin man sich immer wieder ausrichten und den Prozess (also das Gesetz) anpassen könnte. Aber das große Bild, die Vision, findet sich eben nicht. Das BMG um Jens Spahn legt Einzelmaßnahmen vor, die zusammen kein schlüssiges Ganzes ergeben. Das ist in diesem Fall wesentlich. Denn ohne ein Gesamtbild vor Augen zu haben, ist es schwer und vielleicht unmöglich, die einzelnen notwendigen Bausteine zusammenzusetzen.

Im Scrum-Prozess gibt es den sogenannten Scrum Master. Das ist derjenige, der die Verantwortung dafür trägt, dass die Rahmenbedingungen stimmen, dass Störungen behoben werden, dass die Kommunikation stimmt und zielgerichtet ist. Diese Position ist im DVG nicht vergeben. Es gibt keine koordinierende Stelle, welche die Bemühungen unseres Gesundheitswesens zusammenbringt. Keinen, der mit dem Gesamtbild vor Augen den Prozess zum Wohle der Patientinnen und Patienten steuert.

Eine solche Position würde vielleicht auch darauf achten, dass der medizinische Fortschritt und die me-

dizinische Forschung entsprechend beachtet werden und im DVG die dringendsten Fragen zu Datenschutz und Datensicherheit beantwortet werden. Denn in diesen Bereichen reicht es nicht, ein vorläufiges Produkt an den Mann zu bringen. Hier braucht es Lösungen, die nach dem aktuellen Stand der Technik tragfähig sind, weil sie mit den sensibelsten menschlichen Daten umgehen. Und es braucht schnelle Lösungen.

Es ist nahezu verstörend, dass die Federführung in der Entwicklung der forschungskompatiblen Gesundheitsakte unkoordiniert beim Bundesministerium für Bildung und Forschung liegt. Das verankerte Ziel lautet 2025. Bis dahin soll sie einsatzbereit sein. Wer sich zeitlich am Flughafen BER und dem Anschluss an die Telematikinfrastruktur orientiert, der kann beruhigt prognostizieren, dass aus 2025 2027 oder sogar 2030 werden wird. Das heißt jetzt schon mal geplant auf fünf Jahre der bestmöglichen Forschung verzichten; das heißt eher auf zehn Jahre bestmögliche Forschung verzichten. Das heißt auch: Talentabwanderung – der berühmte Brain-Drain. Damit fallen wir in Deutschland im globalen Rennen um die Spitzenforschung zurück. Noch schlimmer: damit geht wertvolle Zeit verloren, weil unsere Innovationsfähigkeit eingeschränkt ist. Leidtragende sind – wie fast immer in der Gesundheitspolitik – die Patientinnen und Patienten, die auf medizinischen Fortschritt angewiesen sind.

### **Begrüßenswert: Das Forschungsdatenzentrum**

Positiv erwähnen muss ich das geplante Forschungsdatenzentrum. Das ist ein wertvoller Baustein, mit dem wir endlich Fortschritte für die medizinische Forschung und Versorgungsforschung erzielen können. Aber auch hier ist die Unvollständigkeit nach Scrum gefährlich für die Patientinnen und Patienten. Denn es gibt keinen ersichtlichen Grund, warum die nicht staatsfinanzierte Forschung hier außen vorgelassen wird. Es gibt für niemanden einen automatischen Zugang, alle Akteure müssen im Einzelfall in einem Antragsverfahren begründen, wozu und in welchem Umfang sie die hinterlegten Daten benötigen. Warum also nicht auch die Innovatoren aus der Privatwirtschaft, die in den letzten Jahrzehnten und Jahrhunderten immer wieder Treiber des Fortschritts und Disruptoren im positiven Sinne waren?

Das Argument Datenschutz/Datensicherheit zieht dabei nicht. Wir können und müssen gesetzgeberisch absichern, dass die Gesundheitsdaten nicht zweckentfremdet werden. Eine Voraussetzung dafür ist, dass die Patientinnen und Patienten wissen, was mit ihren Daten geschieht und wozu. Ein solcher Passus ist im Gesetzesentwurf nicht zu finden. Auch müssen wir uns über die Pseudonymisierung und Anonymisierung von Daten Gedanken machen. Jetzt. Nicht erst dann, wenn der erste Vorfall zu verzeichnen ist und die agile Arbeitsgruppe Spahn das Beta-Gesetz entsprechend anpassen kann oder will. Die Lösung wäre, schon jetzt nur auf verschlüsselte Daten zuzugreifen. Die Forschung ist so weit. Der sofortige Einsatz wäre angebracht.

Zugleich müssen wir überlegen, ob die heutigen Strafen für Hacking und Hehlerei von und mit personenbezogenen Gesundheitsdaten ausreichen. Bisher sind lediglich Geldstrafen und Freiheitsstrafen bis 2 nach dem StGB und 3 Jahren nach dem BDSG vorgesehen. Diese gesetzgeberische Inkonsequenz beruht immer noch auf einem falschen Verständnis von Daten, die als etwas dem Menschen Fremdes angesehen werden. Das sind sie nicht. Sie sind der Mensch – vor allem im Bereich der Gesundheit. Personenbezogene Daten zu stehlen, ist aus meiner Sicht zu vergleichen mit Körperverletzung. Das sollte auch so im Bewusstsein der Öffentlichkeit verankert sein. Datendiebstähle sind keine Kavaliersdelikte. Es sind schwere Straftaten.

Was bleibt also vom DVG („Dem Versuchs-Gesetz“)? Ein guter Ansatz, der Risiken birgt, dem nach wie vor das „Big Picture“ fehlt, der wesentliche Punkte außer Acht lässt und auf eigenartige Weise ambitionslos (Stichwort: Zeit!) ambitioniert ist.



Foto: Ullmann

Prof. Dr. Andrew J. Ullmann MdB

# Die Zukunft der Pflegefinanzierung

## Generationengerecht und Nachhaltig

### Von Nicole Westig MdB

Die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) stößt an ihre Grenzen: Die Zahl der Pflegebedürftigen wird aufgrund des demografischen Wandels von aktuell 3,4 Millionen bis 2030 drastisch auf über 4 Millionen ansteigen. Bereits bis heute sind die Ausgaben der SPV seit ihrer Einführung im Jahr 1995 von umgerechnet 4,97 Milliarden auf 38,25 Milliarden Euro im Jahr 2018 gestiegen. Zudem sind die Rücklagen seit 2017 dramatisch eingebrochen. Und das trotz mehrfacher Erhöhung des Pflegebeitragsatzes, mit der unter anderem die aus den Maßnahmen der 2015, 2016 und 2017 in Kraft getretenen Pflegestärkungsgesetze resultierenden Defizite finanziert werden mussten, die zwar inhaltlich richtig waren, aber deutlich Mehrbelastungen für die SPV bedeuteten. Die letzte Beitragssatzerhöhung zum 1. Januar 2019 soll zusätzlich die Vorhaben aus dem Pflegepersonalstärkungsgesetz finanzieren. Dabei muss dieses Gesetz seine Wirksamkeit erst noch beweisen.

So waren nach Auskunft der Bundesregierung bspw. bis Juli lediglich 300 der in Aussicht gestellten 13.000 Stellen in der Altenpflege besetzt und refinanziert. Angesichts aktueller kostenträchtiger Gesetze wie etwa das kürzlich verabschiedete Pflegelöhneverbesserungsgesetz muss mit weiteren Beitragssteigerungen gerechnet werden. Gleichzeitig herrscht politischer Konsens, dass die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessert werden müssen, um mehr Pflegekräfte zu gewinnen. Auch das führt zwangsläufig zu Mehrausgaben der SPV. Eine Studie der Bertelsmann-Stiftung geht daher davon aus, dass der Pflege-Beitragssatz unter den aktuellen Bedingungen bis 2045 auf 4,25 Prozent steigen muss. Das Wissenschaftliche Institut der PKV prognostiziert bis 2040 sogar einen Anstieg des Beitragssatzes auf mindestens 4,1 bis 8 Prozent.

Die SPV wurde 1995 bewusst als Teilleistungsversicherung eingeführt, denn es war von vorneherein klar, dass die Finanzierung des Pflegesystems nach

dem Umlageverfahren aufgrund der demografischen Entwicklung langfristig ohne Eigenvorsorge nicht gewährleistet werden kann. Aufgrund dieses Teilleistungscharakters zahlt die SPV Pflegebedürftigen nur einen festen Sockelbetrag; alle darüber hinausgehenden Kosten trägt der Pflegebedürftige über den Eigenanteil selbst. Dieser ist aufgrund der beschriebenen Entwicklung in den vergangenen Jahren stark angestiegen und beträgt aktuell bundesweit durchschnittlich 1.891 Euro im Monat. Dabei bestehen große regionale Unterschiede: So betragen die Eigenanteile in Sachsen-Anhalt durchschnittlich 1.331 Euro monatlich, in Nordrhein-Westfalen dagegen 2.337 Euro. Diese Eigenanteile werden für die Pflegebedürftigen bzw. für ihre Angehörigen zunehmend zur Belastung.

### Wenig Kenntnis über die Kosten der Pflege

Das Problem besteht in der mangelnden Transparenz der zu erwartenden pflegebedingten Ausgaben. Wieviel übernimmt künftig die Pflegeversicherung, wieviel muss ich selbst einbringen, sind Fragen, die die Bürgerinnen und Bürger für sich nicht beantworten können. Dabei unterschätzen viele Bürger die Pflegekosten oder gehen von einer kompletten Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung analog der Krankenversicherung aus. Nach einer repräsentativen Umfrage von Allensbach überschätzen zudem viele Menschen die Beiträge, die sie zum Aufbau einer umfassenden Eigenvorsorge leisten müssen.

Daher benötigen wir eine ehrliche Debatte über die zukünftigen Herausforderungen der Pflegesysteme und eine offene Kommunikation im Hinblick auf die privat zu tragenden Pflegekosten. Die Politik muss deutlich machen, wie kostenintensiv Verbesserungen der Arbeitsbedingungen in der Pflege auch für den einzelnen Pflegebedürftigen werden. Dazu brauchen wir mehr Informationskampagnen und eine bessere Beratung zur privaten Pflegevorsorge. Und vor

allem sollte jeder Bürger jederzeit für sich überprüfen können, für welchen Leistungsumfang die gesammelten Ansprüche ausreichen. Daher wollen wir das von uns Freien Demokraten für die Rente geforderte freiwillige persönliche Vorsorgekonto auch im Bereich der Pflegevorsorge einführen. Dies wäre ein wesentlicher Beitrag zur Transparenz, damit jeder einschätzen kann, wie der individuelle Vorsorgebeitrag je nach Lebenslage und Einkommenssituation angepasst werden muss.

### **Drei-Säulen-Struktur zur Finanzierung des Pflegesystems**

Aktuell nutzt nur ein Bruchteil der Bürger private Zusatzversicherungen, um die eigene Pflegebedürftigkeit abzusichern. Gleichzeitig werden die Kosten der SPV weiter steigen und damit auch der zu zahlende Eigenanteil der Pflegebedürftigen. Die aktuellen Strukturen zur Pflegefinanzierung reichen damit offensichtlich nicht aus, um eine generationengerechte und zukunftsichere Finanzierung des Pflegesystems zu garantieren. Die Fraktion der Freien Demokraten im Deutschen Bundestag fordert daher – analog zur Rente – den Aufbau einer Drei-Säulen-Struktur aus der sozialen Pflegeversicherung, der privaten und einer betrieblichen Pflegevorsorge.

Dabei bekennen wir uns weiterhin zum Prinzip der Teilleistung durch die SPV. Doch die Strukturen müssen kritisch hinterfragt werden. Durch die Umlagefinanzierung der Pflegeversicherung wird die Wirksamkeit der Beitragserhöhungen angesichts des demographischen Wandels an ihre Grenzen stoßen. Deshalb wurde im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes I der Pflegevorsorgefonds eingeführt, um die demografischen Risiken der SPV abzufedern. Doch derzeit werden lediglich 0,1 Beitragspunkte an den Fonds abgeführt. Das ist nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Erforderlich ist daher eine Reform des Fonds, beispielsweise durch eine Änderung der Anlagerichtlinien, damit der Fonds die ihm ursprünglich zugedachte Funktion als Instrument zur generationengerechten Finanzierung auch erfüllen kann. Zudem sprechen wir uns für die Einführung wettbewerblicher Elemente im System der Pflegeversicherung aus. Einen Steuerzuschuss zur SPV analog zur Rentenversicherung sehen wir vor dem Hintergrund der Nachhaltigkeit äußerst kritisch. Ein derartiger Zu-

schuss würde ein Finanzierungsvolumen in Milliardenhöhe erfordern und eine ausgeglichene Haushaltsführung erschweren.

Die private Pflegeversicherung mit ihrem kapitalgedeckten Finanzierungssystem leistet einen wichtigen Beitrag zur Generationengerechtigkeit. Allerdings gibt es auch hier Handlungsbedarf: Zwar sind die monatlichen Beiträge für eine private Pflegezusatzversicherung bei einem frühen Einstieg gering, dennoch bedeuten sie für viele Haushalte eine zusätzliche finanzielle Bürde. Der Abbau steuerlicher Belastungen würde bewirken, dass den Bürgerinnen und Bürgern mehr Geld zur privaten Vorsorge zur Verfügung stünde. Zudem sollte der 2013 eingeführte Pflege-Bahr evaluiert und zusätzliche Instrumente zur Förderung privater Vorsorge geprüft werden. Ferner sind steuerliche Anreize zu setzen, um die Bereitschaft zur privaten Pflegevorsorge zu erhöhen. Und auch die Forschung im Bereich der Pflegevorsorge muss intensiviert werden.

Auch die Arbeitgeber stehen in der Pflicht. In Zeiten des Fachkräftemangels können Modellprojekte zur betrieblichen Pflegevorsorge ein interessantes Mittel zur Mitarbeiterbindung sein und sollten daher unterstützt und gefördert werden. Erste Unternehmen gehen hier mit einem guten Beispiel voran: Die Henkel AG führte 2019 als erstes deutsches Unternehmen diese Form der Vorsorge ein. Und auch in Gewerkschaftskreisen wird diese Idee unterstützt: In den aktuellen Tarifverhandlungen für die Chemie- und Pharmabranche fordert die Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie (IG BCE) erstmals eine Zusatzversicherung für die Pflege, die Lücken der gesetzlichen Vorsorge schließen soll.

### **Aktueller Handlungsbedarf**

Der Aufbau des Drei-Säulen-Modells ist ein Konzept für die Zukunft, dessen Maßnahmen erst mittelfristig greifen können. Ältere Menschen und jetzt schon Pflegebedürftige werden davon kaum profitieren. Doch angesichts der akut steigenden Eigenanteile besteht dringender Handlungsbedarf. Die derzeit diskutierte Begrenzung der Eigenanteile im Rahmen des sogenannten Sockel-Spitze-Tauschs ist aus Sicht der Fraktion der Freien Demokraten jedoch keine nachhaltige Lösung. Spätestens in zehn Jahren wird das Risiko der Pflegebedürftigkeit für die ge-

burtenstarken Jahrgänge der Babyboomer-Generation deutlich steigen. Dann erhöht sich die Zahl der Leistungsempfänger rapide, während die Zahl der Beitragszahler sinkt. Ein rasanter Anstieg der Pflegebeiträge wäre die Folge. Außerdem wäre eine Deckelung sozialpolitisch nicht zielgenau, denn bereits jetzt kommt der Staat über die Sozialhilfe für die Pflegekosten von Menschen mit geringem Einkommen auf. Bei einer Deckelung würden die Gelder dann eben nicht mehr von der Sozialhilfe, sondern aus Mitteln der Pflegekasse kommen. Menschen, die sich die private Pflegevorsorge und die pflegebedingten Kosten prinzipiell leisten können, würden ebenfalls profitieren: Sie müssten in diesem Fall nur die gedeckelten Eigenanteile zahlen. So würden Anreize zur privaten Pflegevorsorge für Personen mit ausreichendem Einkommen konterkariert. Doch private Vorsorge derjenigen, die es sich leisten können, ist notwendig – insbesondere, um mehr Mittel für die zielgenaue Unterstützung von Personen zu haben, die sich die private Vorsorge nicht leisten können, wie etwa Alleinerziehende, Langzeitarbeitslose und Erwerbsgeminderte. Wir sind überzeugt, dass sich die Eigenanteile durch andere Maßnahmen begrenzen und sogar senken lassen.

Mit Einführung der SPV verpflichteten sich die Länder zur Förderung der Investitionen der Pflegeeinrichtungen. Doch kaum ein Bundesland kommt dieser Verpflichtung nach. Im bundesweiten Durchschnitt macht der Anteil für Investitionskosten aktuell monatlich 451 Euro aus. Dabei ist es weder fair noch vertretbar, wenn Menschen mit Pflegebedarf dort einspringen müssen, wo die Länder sich nicht an ihre Zusagen halten.

Die medizinische Behandlungspflege in der stationären Pflege sollte in den Leistungsbereich des SGB V überführt werden. Die Kosten der medizinischen Behandlung in der ambulanten Pflege werden derzeit von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen. In der stationären Pflege ist dagegen die SPV der Kostenträger. Durch den Unterschied der Voll- und Teilversicherung zwischen GKV und SPV werden die Kosten der Behandlungspflege in der ambulanten Pflege voll übernommen, bei Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen dagegen nur anteilig. Diese Ungerechtigkeit gilt als „Geburtsfehler“ der SPV. Daher sollten Pflegeeinrichtungen einen zu definierenden Pauschalbetrag pro Pflegebedürftigen

aus GKV-Mitteln erhalten, der dann auf die Eigenanteile angerechnet wird. Der Eigenanteil der Pflegebedürftigen kann auf diese Weise um 200 Euro monatlich gesenkt werden.

Nach wie vor werden in einigen Bundesländern auch Ausbildungskosten auf die Eigenanteile der Bewerber umgelegt. Für die Ausbildung eines Mangelberufs wie in der Pflege sollte jedoch der Bund mehr finanzielle Verantwortung übernehmen. Es kann nicht sein, dass Pflegebedürftige mit diesen Kosten belastet werden.

Zudem fordern wir eine stärkere Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung. Der aktuelle Drei-Jahres-Rhythmus ist angesichts der schnellen Preisentwicklungen in der Pflege zu lange, um zusätzlich Ausgaben angemessen abzufangen. Zudem ist zu überprüfen, an welchen Richtwerten sich die Höhe der Dynamisierung orientieren sollte.

Die Summe all dieser Maßnahmen könnte einen wesentlichen Beitrag leisten, die Eigenanteile für Pflegebedürftige in Heimen nachhaltig zu senken. Vor allem aber sollten diese Maßnahmen ergriffen werden, bevor man über eine Deckelung der Eigenanteile spricht, die vielleicht kurzfristig Erfolg haben wird, langfristig jedoch von nachfolgenden Generationen nicht zu stemmen sein wird.

Unser politisches Ziel muss die Ausgestaltung eines generationengerechten und nachhaltigen Finanzierungskonzepts der Pflegesysteme sein. Dazu muss die SPV reformiert, die private Vorsorge und die Kapitaldeckung gestärkt und als dritte Säule die betrieblichen Möglichkeiten der Pflegevorsorge aufgebaut werden. Gleichzeitig dürfen weder unsere sozialen Sicherungssysteme, noch die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen überlastet werden.



Foto: Nicole Westig & Laurence Chaperon  
Nicole Westig MdB

# Digitalisierung ist kein Selbstzweck

## Akzeptanz und Nutzen müssen im Fokus stehen

Von Maria Klein-Schmeink MdB

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens wurde lange verschleppt, erst in dieser Wahlperiode wurde den Regierungsfractionen und dem Gesundheitsminister wirklich klar, wie schlecht Deutschland in diesem Bereich im internationalen Vergleich abschneidet.

In Anbetracht der insbesondere von den Unionsparteien zu verantwortenden Misere scheint die Maxime nun zu lauten, möglichst viele Bereiche und Abläufe des Gesundheitswesens möglichst schnell zu digitalisieren. Minister Spahn will Entschlossenheit und Tatkraft demonstrieren und über Versäumtes hinwegtäuschen. In diesem neuen Aktionismus fehlt jedoch die gesellschaftliche Perspektive, also Antworten auf die Fragen, wem die Digitalisierung überhaupt nutzen soll und wie alle Beteiligten auf diesem Weg mitgenommen werden können. Zusätzlich zur Zielbestimmung fehlt eine Strategie, anstelle derer sich über viele Gesetze verstreut ein hilfloses Nebeneinander von Komponenten findet, die eigentümlich unverbunden und losgelöst von konkreter Funktionsfähigkeit als Leuchttürme öffentlich vermarktet werden.

### Digitalisierung muss den Menschen nützen

Dabei übersieht Gesundheitsminister Spahn, dass Digitalisierung niemals losgelöst von Menschen und sozialen Bezügen stattfindet, sie hat immer auch direkte und indirekte Auswirkungen auf diejenigen, die mit ihr in Berührung kommen.

Im Gesundheitswesen sind das zum einen die PatientInnen, die eine möglichst gute und leicht zugängliche Behandlung wünschen. Diese Menschen erwarten zu Recht, dass ihnen unabhängig vom Wohnort alle Möglichkeiten der modernen Medizin offenstehen und nur solche Behandlungen und Hilfsmittel verordnet werden, die ihnen auch nützen. Darüber hinaus kann auch die Situation von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen durch digitale Anwendungen und Assistenzsysteme verbessert werden.

Zum anderen betrifft die Digitalisierung diejenigen, die jeden Tag alles dafür geben, die PatientInnen und Pflegebedürftigen bestmöglich zu versorgen. Ärzte, Pflegefachkräfte, Heil- und HilfsmittelerbringerInnen, ForscherInnen und weitere AkteurInnen haben hier ihre ganz spezifischen Wünsche und Erwartungen. Sie können von sinnvollen digitalen Anwendungen und Prozessen stark profitieren, zusätzliches Wissen generieren oder in etlichen KI-gestützten Verfahren eine wirksame Unterstützung bei Diagnose und Behandlung finden. Sie erwarten zu Recht, dass die Digitalisierung den Arbeitsalltag nicht durch zusätzliche Dokumentation oder aufwändige Abläufe komplizierter macht, sondern einfacher, patientengerechter und sicherer.

Deshalb sollte es nicht darum gehen, jede neue Technologie so schnell wie möglich in die Versorgung zu bringen und Luftschlöcker zu erschaffen, in der die Digitalisierung als Wundermittel alle Probleme des Gesundheitssystems schlagartig löst. Unsere Aufgabe besteht vielmehr darin, Rahmenbedingungen zu schaffen, innerhalb derer sinnvolle digitale Anwendungen verantwortungsvoll zu den PatientInnen gelangen – so schnell wie möglich, aber so gewissenhaft wie nötig.

Wir brauchen ein Gesundheitssystem, das Innovationen ermöglicht, aber auch deren Qualität und Sicherheit gewährleistet. Denn neu oder digital heißt nicht zwangsläufig besser. Zunächst einmal ist die Digitalisierung eine Variante, also eine Form, Dinge anders zu machen. Sie ist aber kein Selbstzweck, blinder Hype um Technologien – wie zuletzt bei der Blockchain – ist deshalb genauso fehl am Platz wie eine kategorische Verweigerung von allem Digitalen.

Alle Akteure, die an der Digitalisierung des Gesundheitswesens beteiligt sind, sollten sich deshalb fragen, welchen Nutzen ihre Projekte bringen. Baut ein Produkt Bürokratie ab? Oder vereinfacht es bestehende Prozesse? Oder hilft es gar bei der Behandlung von Krankheiten? Eigentlich scheint eine solche

Herangehensweise selbstverständlich, es würde auch kein App-Hersteller bestehende Funktionen grundlos überarbeiten – Updates gibt es dann, wenn Probleme gelöst oder Funktionen hinzugefügt werden sollen, z.B. ein übersichtlicheres Design, Sicherheitsverbesserungen oder Bugfixes. Immer steht dahinter aber ein konkreter Plan bzw. eine Vorstellung davon, was überhaupt anders werden soll und vor allem aus welchem Grund.

Es geht vielmehr darum, der Digitalisierung eine Richtung zu geben und sie nicht als Wirtschaftsförderung misszuverstehen. Was wir brauchen ist eine Digitalisierung für das Gesundheitswesen – maßgeschneiderte und kluge Lösungen, die einen Vorteil gegenüber dem Status quo haben und einen echten Nutzen bringen. Aktuell fehlt es jedoch genau daran, denn Gesundheitsminister Spahn scheint bei Gesetzesvorschlägen mehr auf das Marketing zu achten als auf fachliche Aspekte und die Patienten- und Nutzerperspektive. Zwei Beispiele zeigen, dass viele Vorschläge einfach nicht mehr sind als Schaufensterregelungen.

### **Nutzen sicherstellen und Akzeptanz fördern**

Die elektronische Patientenakte (ePA) hat großes Potenzial, die Versorgung zu verbessern, z.B. indem Doppeluntersuchungen vermieden werden und LeistungserbringerInnen relevante Informationen erhalten, die ihnen heute noch allzu oft fehlen. Doch die Akte steht bislang unter keinem guten Stern. Zum Start wird es kein sinnvolles Berechtigungsmanagement geben und es ist unklar, ob ÄrztInnen verpflichtet werden, Daten in die Akte einzustellen.

Um das Potenzial der ePA nutzbar zu machen, reicht es also nicht aus, politisch motivierte Termine durchzusetzen, man muss sich auch um Akzeptanz und Vertrauen in die Akte bemühen. Dazu gehört, dass Daten dort sicher aufbewahrt werden und PatientInnen das Gefühl haben, dass ihnen die ePA einen Mehrwert bietet. Auch LeistungserbringerInnen müssen davon überzeugt sein, dass die ePA im Praxisalltag nützlich ist und nicht dazu dient, sie mit neuer Bürokratie zu belasten. Doch ohne halbwegs differenziertes Berechtigungsmanagement und den Anspruch der Versicherten, dass ÄrztInnen Daten in die Akte einstellen, sind Akzeptanz und Nutzen schon zum Start massiv in Frage gestellt.

Um sich der Bedeutung der auf den ersten Blick trivial wirkenden Einstellung der Berechtigungsvergabe bewusst zu werden, muss man sich nur in die Position einer jungen Frau versetzen, die in einer ländlichen Region lebt und kürzlich einen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt hat. Sie muss die Möglichkeit haben, diese Information nur mit ausgewählten ÄrztInnen zu teilen und anderen ÄrztInnen, die womöglich sogar aus ihrem persönlichen Umfeld stammen, keinen Zugriff auf die entsprechenden Dokumente zu erteilen. Das gleiche gilt für stigmatisierte Erkrankungen wie HIV, Depressionen, Burn-Outs etc. Kranke Menschen profitieren nun mal deutlich stärker von der ePA als gesunde Menschen, die ohnehin selten zu ÄrztInnen gehen. Die Ausgestaltung der Berechtigungsfreigabe muss sich deshalb an den verletzlichsten NutzerInnen orientieren und für alle Nutzergruppen einen Mehrwert liefern. Der Verweis auf die Freiwilligkeit der Akte löst das Problem also nicht, der faktische Ausschluss von NutzerInnen darf nicht das Ziel einer mit öffentlichen Mitteln finanzierten Anwendung sein. Das haben im Sommer auch der Bundesdatenschutzbeauftragte und das Ministerium für Justiz und Verbraucherschutz erkannt und entsprechend interveniert.

Daneben zeugt die im DVG beschlossene Regelung von „Apps auf Rezept“ (sog. digitale Gesundheitsanwendungen, DiGA) davon, dass Medienwirksamkeit im Hause Spahn wichtiger ist als tatsächlicher Nutzen, denn die Regelung hat zentrale Defizite. Sie betrifft mit den Anwendungen der Risikoklassen 1 und 2a nur einen kleinen Ausschnitt, viele wichtige Anwendungen höherer Risikoklassen sind davon gar nicht umfasst. Für diese Bereiche fehlen bislang Regelungen, die an die spezifischen Eigenschaften von digitalen Medizinprodukten angepasst sind. Auch die Pflege ist bislang völlig außen vor und wird nicht berücksichtigt.

Außerdem ist nicht hinreichend sichergestellt, dass die von der GKV finanzierten Anwendungen sinnvoll in entsprechende Versorgungsprozesse integriert sind. Das ist aber zwingend notwendig, denn ein digitales Schmerz-Tagebuch kann seine Vorzüge beispielsweise nur dann ausspielen, wenn es Bestandteil einer adäquaten Behandlung ist. Es ist verständlich, dass junge Startups daran interessiert sind, mit ihren Produkten im Markt Fuß zu fassen und eine Re-

finanzierung ihrer oft jahrelangen Investitionen zu erreichen. Doch Spahn erweckt durch die Ausgestaltung der entsprechenden Regelungen im DVG den Eindruck, als stünde dieser Aspekt für ihn im Vordergrund.

Nun wird an dieser Stelle gerne darauf verwiesen, dass Deutschland bei der Erstattung von Apps eine weltweite Vorreiterrolle einnehme und deshalb noch Expertise gesammelt werden müsse. Das ist jedoch fadenscheinig, da andere Länder eine Evidenzbewertung von digitalen Gesundheitsanwendungen durchaus kennen, insbesondere der britische NHS hat mit der Plattform NICE ein anerkanntes Konzept entwickelt und erfolgreich eingeführt.

Überdies gibt es zahlreiche wissenschaftliche Studien, die Vorschläge für ein Konzept der abgestuften Nutzenbewertung machen, bspw. von der Bertelsmann Stiftung und den Universitäten Bielefeld und Berlin. Insofern wäre es sinnvoll, es nicht bei einer Regelung für Anwendungen niedriger Risikoklassen zu belassen (die in der Ausgestaltung zudem fragwürdig ist), sondern auch den nächsten Schritt zu gehen und ein stimmiges Konzept für alle digitalen Anwendungen anzustoßen.

### **Strategie entwickeln und PatientInnen in den Mittelpunkt stellen**

Wie könnte also in Zukunft sichergestellt werden, dass die Digitalisierung sinnvoll eingesetzt wird, um gesundheits-, pflege- und versorgungspolitische Ziele zu erreichen und dabei nicht der gesellschaftliche Kontext vergessen wird, in den sie eingebettet ist? Denn das ist es, was eine Digitalisierung für das Gesundheitswesen ausmacht.

Erstens müssen wir beginnen, endlich aus der Patientenperspektive zu denken, für sie existiert das Gesundheitssystem schließlich. Würde dies schon heute konsequent getan, wäre dem Gesundheitsministerium wohl schon deutlich früher aufgefallen, dass eine Akte, in der alle LeistungserbringerInnen alle Daten einsehen können, für viele Menschen schlicht unzumutbar ist. Es ist bezeichnend für Spahns Digitalisierungspolitik, dass sein Ministerium mehr als ein Jahr vom unzureichenden Berechti-

gungsmanagement der ePA wusste und trotzdem nicht korrigierend eingriff. So etwas kann nur passieren, wenn man die Digitalisierung vor allem als Selbstzweck ansieht.

Zweitens müssen wir eine Strategie entwickeln, die den konkreten Nutzen der Digitalisierung konsequent in den Vordergrund stellt. Aktuell laufen viele Projekte bei der Digitalisierung parallel und weitgehend ohne Koordination, bspw. die Vorhaben von Gesundheitsministerium, Forschungsministerium und Medizinformatikinitiative. Eine Strategie würde dafür sorgen, dass alle Akteure an einem Strang ziehen und gemeinsame Ziele verfolgen, z.B. Stärkung der informationellen Selbstbestimmung der PatientInnen und Pflegebedürftigen, Förderung von sektor- und berufsgruppenübergreifender Integration, Förderung der Gesundheitsforschung und Verbesserung der Qualität, Effizienz und Patientensicherheit in der Versorgung.

Internationale Beispiele zeigen, dass eine solche Strategie Bottom-Up, also unter Einbeziehung der PatientInnen, LeistungserbringerInnen und weiterer NutzerInnen des Gesundheitswesens entwickelt werden sollte und regelmäßig angepasst werden muss. Bei dieser Gelegenheit könnten die nationalen Aktivitäten auch mit den Vorhaben auf europäischer Ebene abgeglichen werden, denn auch hier ist dringend mehr Abstimmung notwendig. Eine gelungene Strategie ist somit ein iterativer Prozess, der sich technischen und gesellschaftlichen Entwicklungen anpasst und kein starres Korsett, das der Digitalisierung übergezängt wird.

Diese und weitere Anforderungen an eine Strategie zur Digitalisierung für das Gesundheitswesen haben wir in einem Antrag skizziert, den wir begleitend zum Gesetzgebungsverfahren des DVG gestellt haben (Bundestagsdrucksache Nr. 19/13539). Schließlich wird das Gesundheitssystem am Ende des Tages nicht danach bewertet, wie viele Abläufe digital sind oder wie viele Anwendungen auf einer Blockchain laufen. Es geht darum, eine qualitativ hochwertige gesundheitliche und pflegerische Versorgung bereitzustellen, also Krankheiten zu vermeiden oder zu heilen und pflegebedürftigen Menschen ein würdevolles Leben zu ermöglichen.



Dafür hat die Digitalisierung ein enormes Potenzial, das sinnvoll und verantwortungsbewusst eingesetzt werden muss. Um dieses Potenzial zu heben, müssen wir der Digitalisierung eine Richtung geben und sie im Sinne der NutzerInnen gestalten, denn nur so kann das Gesundheitswesen nachhaltig verbessert werden.



Foto: Klein-Schmeink  
Maria Klein-Schmeink MdB

© gpk

Im Frühjahr 2019 haben zahlreiche relevante Akteure des Gesundheitswesens in den Gesellschaftspolitischen Kommentaren – gpk zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen Stellung bezogen:

 <b>Gesellschaftspolitische Kommentare 1-2-3/2019</b>	
<b>Pflege im Fokus</b>	
Politik geht weitere Verbesserungen an	
<b>Erwin Rüdell MdB</b> .....	<b>3</b>
<b>Auswirkungen auf Ärzte und Patienten</b>	
Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung	
<b>Alexander Krauß MdB</b> .....	<b>5</b>
<b>Digitalisierung: Mit kleinen Schritten zu großen Zielen</b>	
Telematik-Infrastruktur und „Dekade gegen Krebs“ zeigen: Es geht voran	
<b>Tino Sorge MdB</b> .....	<b>8</b>
<b>Hämophiliepatientinnen und -patienten</b>	
GSAV darf Versorgung nicht gefährden	
<b>Bärbel Bas MdB</b> .....	<b>12</b>
<b>Herrenclub Gesundheitswesen?</b>	
Zeit für Parität!	
<b>Dr. Kirsten Kappert-Gonther MdB</b> .....	<b>15</b>
<b>Referententwurf zum Morbi-RSA</b>	
Minister Spahn gibt das richtige Signal	
<b>Dr. Jens Baas</b> .....	<b>17</b>
<b>Digitalisierung im Gesundheitswesen</b>	
Aber sicher. Und jetzt.	
<b>Alexander Beyer</b> .....	<b>21</b>
<b>„Pauschale Beihilfe“ für Beamte?</b>	
Eine Bewertung des „Hamburger Modells“	
<b>Dr. Timm Genett</b> .....	<b>24</b>
<b>Digitalisierung im Gesundheitswesen</b>	
Ärzteschaft als Treiber der Entwicklung	
<b>Dr. Thomas Kriedel</b> .....	<b>28</b>
<b>Mehr Wettbewerb wagen</b>	
Gute Versorgung braucht regionale Gestaltungsmöglichkeiten	
<b>Martin Litsch</b> .....	<b>31</b>
<b>Digitalisierung im Gesundheitswesen</b>	
Digitale Evolution und Disruptionsdruck	
<b>Dr. Doris Pfeiffer</b> .....	<b>34</b>
<b>Digitale Medizin – Nur mit internationalen IT-Standards</b>	
Den Wissenschafts- und Gesundheitsstandort Deutschland erhalten!	
<b>Professor Dr. Sylvia Thun</b> .....	<b>38</b>
<b>Autoren</b> .....	<b>11</b>
<b>Impressum</b> .....	<b>30</b>
<small>Berlin/Bonn, Januar-Februar-März 2019, Jahrgang 60, Nr. 1-2-3</small>	

# Rettet die Reha

## Die Rehabilitation darf nicht länger das vernachlässigte Stiefkind bleiben

Von Thomas Bublitz

Während die Bundesregierung in den letzten Jahren weite Teile unserer Gesundheitsversorgung reformierte und an die sich verändernden Rahmenbedingungen anpasste, war die Rehabilitation in dieser Zeit das vernachlässigte Stiefkind. Auch die Finanzierung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung, das Genehmigungsverfahren von Reha-Leistungen und die Stärkung der Patientenrechte bei der Auswahl geeigneter Reha-Einrichtungen hätten dringend reformiert werden müssen. Die Auswirkungen dieser Versäumnisse sind weder für Patientinnen und Patienten, für Reha-Einrichtungen, Arztpraxen oder Krankenhäuser, noch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Klinikbetreiber weiter hinnehmbar. Jetzt ist das Maß voll und die Rehabilitationseinrichtungen begehren auf.

### Wandel in Gesellschaft und im Gesundheitswesen

Unsere heutige Gesellschaft wird immer älter, gleichzeitig nimmt die Multimorbidität von Patienten zu. Zudem haben wir es mit einem Wandel im Gesundheitswesen zu tun: Die medizinischen Behandlungen werden immer besser und spezialisierter. Es überleben deutlich mehr Patienten schwerste Erkrankungen. Gleichzeitig sinkt die durchschnittlich medizinisch notwendige Verweildauer der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus. Nach einer Operation an der Hüfte wird der Patient häufig bereits am gleichen Tag wieder auf die Beine gestellt. Das heißt jedoch nicht, dass er unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt wieder in der Lage ist, sich selbständig zu Hause zu versorgen.

Er benötigt professionelle Unterstützung, um seine krankheitsbedingten Funktions- und Aktivitätsstörungen zu beheben bzw. zu reduzieren und seine Aktivitäten des täglichen Lebens zu bewältigen. Ohne frühzeitige Hilfen, besteht die große Gefahr, dass die meist älteren Patienten dauerhaft auf fremde Hilfe angewiesen sind. Hier kommt die Rehabilitation ins

Spiel. Dank ihrer nachweislich wirksamen medizinischen Leistungen finden Menschen wieder in ihre Selbständigkeit zurück.

### Die aktuelle Lage drängt

Wie drängend die Lage für die Rehabilitation ist, zeigen Bestrebungen von inzwischen mehr als 250 Reha-Einrichtungen, die sich gemeinsam mit dem Arbeitskreis Gesundheit und dem BDPK zu einer Initiative zusammengeschlossen und eine Kampagne gestartet haben. Bereits Ende 2018 gab es hier erste Ideen, wie die Herausforderungen, vor denen die Reha steht, in der Öffentlichkeit stärker sichtbar gemacht werden können. Gemeinsam mit der Agentur trio Group München wurde schließlich die Kampagne mit dem Namen „Reha. Macht's besser!“ entwickelt. Vor allem auf drei Problemfelder möchten die Initiatoren aufmerksam machen:

1. Bedarfsgerechte Versorgung der Patienten mit Reha-Leistungen: Noch immer entscheiden Krankenkassen und Rentenversicherung nur auf Antrag über die Genehmigung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Erforderlich dafür ist eine standardisierte medizinische Begründung des behandelnden Arztes in der Vertragsarztpraxis oder im Krankenhaus. Zusätzlich muss der Versicherte einen Antrag auf die Gewährung einer Reha-Leistung bei seiner Krankenkasse oder der Rentenversicherung stellen. Über die Genehmigung entscheidet dann der Reha-Träger. Dabei fällt auf, dass dieses Verfahren kaum noch geeignet ist, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Patienten sicherzustellen. Am häufigsten kommt es zur sogenannten Unterversorgung; das heißt, diejenigen, die dringend eine medizinische Reha benötigen, erhalten sie nicht. Häufig werden Leistungen trotz einer ärztlichen Verordnung pauschal mit der Begründung abgelehnt, diese seien medizinisch nicht notwendig oder es seien noch nicht alle Möglichkeiten der ambulanten Versorgung aus-

geschöpft. Dabei bleibt die individuelle Würdigung der Situation des antragstellenden Patienten oft außen vor. Die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist nicht zwingend und erfolgt höchstens nach Aktenlage. In der Praxis erhält der Patient ein Ablehnungsschreiben von seiner Krankenkasse, die jedoch nicht, ebenso wenig wie der MDK, den verordnenden Arzt über die Ablehnung der Maßnahme informiert.

Deutlich wird dies an einem einfachen Vergleich: Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen hat sich nahezu verdoppelt. Hingegen ist die Zahl, der von den Krankenkassen genehmigten Rehabilitationsleistungen konstant geblieben. Daran wird deutlich, dass dieses Antragsverfahren nicht funktioniert, denn die Krankenkassen müssen den Grundsatz Rehabilitation vor Pflege prüfen. Wenn die Zahl der Pflegebedürftigen steigt, müsste auch die Zahl der Rehabilitanden steigen.

2. Die freie Klinikwahl: Die gesetzlichen Vorschriften sehen vor, dass die Krankenkassen nicht nur über die Genehmigung der Reha-Leistung, sondern auch über die Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung entscheiden. Wichtigster Parameter für die Krankenkassen ist dabei häufig der Preis, nicht der Wunsch der Patienten nach einer besonders guten oder wohnortnahen Einrichtung. Diese Bevormundung der Patienten ist ein Anachronismus. Den Patienten, die zum Teil lange Zeit bereits im Krankenhaus behandelt wurden, geht es nicht um einen weiteren Klinikaufenthalt in den Bergen oder am Meer. Ihnen geht es häufig um die Wohnortnähe, um von ihren Familienangehörigen besucht werden zu können. Eine weite Anreise zu einer für die Krankenkassen günstigeren Einrichtung ist zudem besonders belastend für die kranken Patienten.

Öffentlich machen möchten wir mit der Kampagne auch, dass viele Krankenkassen den Patienten für die Ausübung ihres gesetzlich zugesicherten Wunsch- und Wahlrechtes immer häufiger Zuzahlungen in der Höhe der Differenz zwischen der preiswertesten Einrichtung und der ausgewählten Einrichtung abverlangen. Die Folge ist, dass die freie Wahl unter den zugelassenen Vertragskliniken immer mehr zu einer sozialen Frage wird.

Wir möchten mit unserer Kampagne zum einen den Gesetzgeber zu Änderungen motivieren und zum anderen Patienten, verordnende Ärzte und Krankenhaussozialdienste über ihre Rechte informieren. Viel zu häufig ziehen sich Krankenhausentlassungen wegen Auseinandersetzungen zur Frage, welches die für den Patienten richtige Reha ist, unnötig in die Länge. Das verschlechtert nicht nur die Genesungschancen der Patienten, sondern belastet auch unnötig das Personal in den Krankenhäusern und trägt damit nicht zur Bekämpfung des Pflegeotstands bei.

3. Die gerade beschriebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen im Bereich der Genehmigung von Reha-Leistungen und der Auswahl der Klinik führen zu einer marktbeherrschenden Stellung der Krankenkassen. Vorgesehen ist, dass, zusätzlich zu den Versorgungsverträgen, jede Krankenkasse das Recht hat, mit jeder Reha-Einrichtung eine individuelle Preisvereinbarung zu schließen. Geht die Einrichtung auf diese Preise nicht ein, hat sie massive Einschnitte bei der Belegung zu fürchten. In der Folge konnten die Preisvereinbarungen zwischen Krankenkasse und Reha-Einrichtung nicht mit den deutlich schneller gestiegenen Kosten mithalten. Dabei ist zu beachten, dass es heute im Wesentlichen vier große Krankenkassen gibt: die AOK, die Technikerkasse, die Barmer und die DAK.

### **Unterfinanzierung verschärft die Probleme**

Wie gravierend das Problem des Preisdiktats durch die Krankenkassen ist, wird auch deutlich, wenn man sich die jüngsten Aktivitäten des Gesetzgebers zur besseren Vergütung der Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeheimen sowie der Therapeuten in niedergelassenen Heilmittelerbringerpraxen anschaut. Deren Vergütung wurde jüngst um 30 % erhöht. Die Konsequenz ist, dass die Reha-Einrichtungen schon jetzt massiv Fachkräfte in den Bereichen Pflege und Therapie verlieren, weil sie keine marktgerechten Gehälter zahlen können. Im Wettkampf um die besten Fachkräfte hat also die Reha eindeutig das Nachsehen.

Eine von der AG MedReha in Auftrag gegebene Studie zur Kalkulation eines angemessenen Vergütungssatzes für Vorsorge- und Reha-Leistungen für

Mütter, Väter und Kindern zeigt eine Unterfinanzierung in Höhe von 30 % auf. In anderen Reha-Indikationen sieht es nicht viel besser aus. Die Vergütungssätze, die die Krankenkassen im Durchschnitt für eine orthopädische Reha-Maßnahme zahlen, liegen beispielsweise ca. 20 % unter dem eigentlich benötigten Tagessatz. Die Tagessätze, die Reha-Einrichtungen erhalten, liegen damit häufig unterhalb der Kosten einer Übernachtung mit Frühstück in einem Mittelklassehotel.

Darüber hinaus besteht in vielen Rehabilitationskliniken ein erheblicher Investitionsstau, weil aus den Pflegesätzen keine Investitionsrücklage gebildet werden kann.

### Hoffen auf das RISG

Nachdem uns der Referentenentwurf zum Gesetz zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenkasse (RISG) überrascht hat, lässt der Regierungsentwurf des RISG nun auf sich warten. Wir hoffen sehr, dass unsere Forderungen gehört und aufgegriffen werden und sich nicht im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens weiter vom ursprünglichen Ansatz entfernt wird. Mit der Kampagne „Reha. Macht's besser!“ möchten die Initiatoren auf die Chancen der Rehabilitation aufmerksam machen und gleichzeitig aufzeigen, mit welchen Problemen Reha zu kämpfen hat. Allen voran Vergütung, Zugang und freie Klinikwahl. Nach wie vor gibt es die Möglichkeit, die Kampagne zu unterstützen. Alle Informationen dazu sind auf der Kampagnenwebsite [www.rehamachtsbesser.de](http://www.rehamachtsbesser.de) zu finden. Außerdem finden Sie dort Reportagen aus

Reha-Einrichtungen, Interviews mit Beschäftigten sowie Geschichten von Patientinnen und Patienten. Über ein Unterstützerformular können Sie der Reha Ihre Stimme geben – bis jetzt haben sich hier bereits über 600 Personen eingetragen. Wenn Sie als Verband, Reha-Einrichtung oder Privatperson Teil der Kampagne werden, erhalten Sie weitere Materialien wie Flyer, Postkarten oder Plakate. Die Reha braucht Sie! Gemeinsam können wir es schaffen, dass die Reha weiterhin ein wichtiges Element im Gesundheitswesen bleibt. Inzwischen unterstützten auch mehrere Prominente die Kampagne. Dazu gehört u.a. der legendäre Trainer des F.C. Freiburg Volker Finke, aber auch der Historiker und ZDF-Urgestein Guido Knopp. Letzterer hat es in einem Interview auf den Punkt gebracht: „Würde es die Rehabilitation nicht geben, so müsste sie erfunden werden.“



Foto: BDPK  
Thomas Bublitz

© gpk

## Gesundheitspolitischer Info-Dienst Schütze-Brief

Im Bereich des Gesundheitswesens werden in Deutschland rund 360 Milliarden Euro ausgegeben – mit steigender Tendenz. Wer sich in diesem wichtigen Wirtschaftsbereich, der von unterschiedlichen Interessen geprägt ist, erfolgreich behaupten will, benötigt zuverlässige Informationen – Informationen, die er zur Grundlage seiner Entscheidungen machen kann. Der Gesundheitspolitische Info-Dienst – Schütze-Brief informiert sachlich und kompetent. Der Schütze Brief verfügt über gute Kontakte in allen Bereichen des Gesundheitswesens und zur Gesundheitspolitik. Seine Stärke ist es, Entwicklungen vorauszu sehen und die Fakten richtig einzuordnen. Durch sein zweimaliges Erscheinen pro Woche ist er stets aktuell.

Probeexemplare und weitere Informationen erhalten Sie von der Leo Schütze GmbH: Mobil: 01 70/2 37 93 36 Tel. 0 30/26 55 13 50 E-Mail: [schuetze-eifel@t-online.de](mailto:schuetze-eifel@t-online.de)

© Schütze-Brief • Gesundheitspolitischer Info-Dienst  
25. September 2017  
No. 79/2017 Seite 1 von 11

**1. Bundestagswahl 2017: Zurück ist einmal Mittelstand, auch in der Gesundheitspolitik**  
Die Regierungsbildung der 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags ist ein langwieriges Unterfangen. Nach der Absicht der Bundespräsidentin erhebt Martin Schulz, der von der SPD als Kandidat für den Kanzleramt gewählt worden war, einer Großen Koalition eine einseitige Absage. Vor den politischen Kampfkampfen vor sich eine Koalition von CDU/CSU und SPD und Bündnis 90/Die Grünen heraus. Das lässt viel Raum für Spekulationen, wer künftig die Bundesministerien für Gesundheit (BMG) führen wird. Laut dem vorläufigen amtlichen Endergebnis der Bundestagswahl am 24. September 2017 konnte die CDU/CSU 32,1 % gewinnen. In Höhe der SPD mit 20,1 % und ein erhebliches Kraft der AfD mit 12,6 %. Die FDP konnte, nachdem sie in der letzten Legislaturperiode des Eintrags in den Deutschen Bundestag verlor, 10,2 % erlangen. Die Linke kommt auf 9,2 % und Bündnis 90/Die Grünen auf 8,9 %.

**2. Gesundheitssystem: BMG fordert grundlegendes Strukturwandel**  
Die Gesundheitsministerkonferenz (GKM) hat im Konzept „GKV 2030“ einen Strukturwandel und im 19. September 2017 der Positionen „Ärztliche Versorgung, Pflegekraft für den notwendigen Strukturwandel – Integration von Pflege und Sozialer Dienstleistungen“ veröffentlicht. In der Konzeption werden Strukturwandel, unter anderem durch die Integration von Pflege und Sozialer Dienstleistungen, und ein Strukturwandel im Gesundheitswesen gefordert. Ein Strukturwandel im Gesundheitswesen ist notwendig, um die Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und die Kosten zu senken. Ein Strukturwandel im Gesundheitswesen ist notwendig, um die Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und die Kosten zu senken.