

Forum aktuell



3 | 2020

Im Zentrum der Krise

Die Kliniken haben die Belastungen durch Corona bisher gemeistert, aber auch Mängel wurden deutlich

Griff in die Kasse

Der Gesetzgeber plant massive Eingriffe in
Finanzautonomie und Wettbewerb

Apps auf Kassenkosten

Die Zulassungskriterien für digitale
Gesundheitsanwendungen sind formuliert

Inhalt

In Kürze.....2

Politik.....4

Griff in die Kasse.....4

Standards definiert.....5

Nachhaltig und sicher.....6

Das treibt die Kosten hoch.....7

Schwerpunkt Krankenhaus.....8

Im Zentrum der Krise.....8

Milliarden aus der Gießkanne.....9

Fallzahlen stark gesunken.....10

Wie soll es weitergehen?.....11

Unternehmen.....12

Neustart mit Abstand.....12

Gesundheit.....13

Apps auf Kassenkosten.....13

Hessen ist nicht gleich.....14

Unnötige OPs vermeiden.....15

Selbstverwaltung.....16

Qualität muss stimmen.....16

Zahlen und Wahlen.....17

Neue Hessin in der Hauptstadt.....17

Aktuell.....18

Zertifizierung bestätigt.....18

Lehren aus der Krise.....19

Nicht nur zur Arbeit radeln.....19

MORE gewinnt dfg-Award.....19

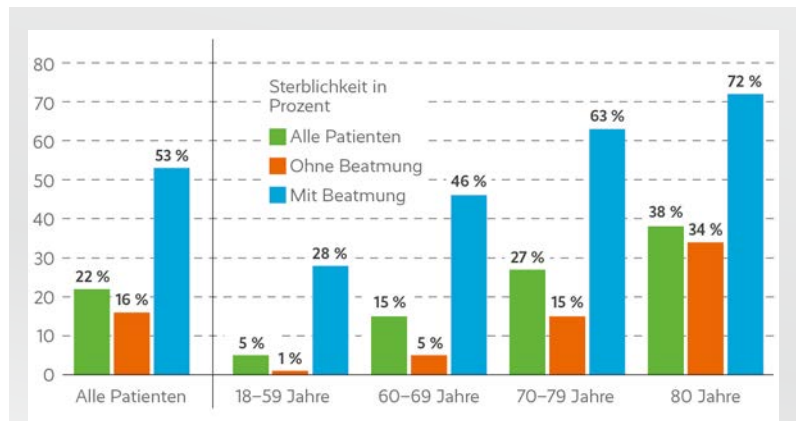
Impressum.....19



62,9 Prozent

Wussten Sie schon, dass 62,9 Prozent der 18- bis 24-Jährigen in Deutschland wenig bis gar nichts darüber wissen, wie man sich richtig ernährt? Das zeigt eine aktuelle Studie der AOK zur Ernährungskompetenz, in der Fachsprache „Food Literacy“ genannt. Insgesamt verfügen 53,7 Prozent der Bevölkerung über eine problematische oder inadäquate Ernährungskompetenz. Erst in der höchsten befragten Altersgruppe wendet sich das Blatt: 56,7 Prozent der 60- bis 69-Jährigen besitzen eine ausreichende oder gar exzellente Food Literacy.

Hohe Sterblichkeit bei Covid-19



Mehr als die Hälfte der Covid-19-Patientinnen und -Patienten, die beatmet werden mussten, haben die Krankheit nicht überlebt. Das zeigt eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin und der TU Berlin. Insgesamt starb jeder fünfte der Patienten, die von Ende Februar bis Mitte April in 920 Krankenhäusern in Deutschland aufgenommen worden waren. Ausgewertet wurden die Daten von etwa 10.000 Personen mit bestätigter Covid-19-Diagnose.

Quelle: DVI, Illustration: AOK-Mediendienst



Corona haben wir so nicht geplant, das stand nicht in unserem Programm

Heiko Maas, Bundesaußenminister, zu den politischen Auswirkungen der Pandemie

Mit Hygieneregeln wieder geöffnet



Foto: AOK Hessen

Am 14. März hatte die AOK Hessen alle Beratungszentren aufgrund der sich zuspitzenden Coronapandemie geschlossen. Die alternativen Kontaktmöglichkeiten wie Telefonie, E-Mail und das Online-Portal „Meine AOK“ wurden sehr gut angenommen. Dennoch war klar, dass so bald wie möglich wieder die ersten Schritte Richtung Normalität eingeleitet werden. Daher hat die AOK Hessen vor dem Hintergrund der geringeren Restriktionen auf Landes- und Bundesebene entschieden, ab dem 3. August 2020 von den hessenweit 54 Beratungszentren 31 wieder uneingeschränkt für den Publikumsverkehr zu öffnen – selbstverständlich unter strenger Beachtung aller Hygiene- und Abstandsregeln. Bei Bedarf

werden Sicherheitsdienste eingesetzt, die das Kundenaufkommen im Blick behalten und auf die Einhaltung der maximal festgelegten Personenzahl pro Beratungszentrum achten. Bei der Wiedereröffnung der Beratungszentren geht die AOK Hessen bewusst stufenweise vor, um alle erforderlichen Maßnahmen zum Infektionsschutz verlässlich umsetzen und die personelle Unterstützung für die anderen Kontaktkanäle weiterhin sicherstellen zu können.

Die Gesundheitskasse in der Tasche



Nicht erst die Coronakrise zeigt, wie komfortabel es ist, einen direkten Zugang zur Gesundheitskasse zu haben. Als Mitte März aus Infektionsschutzgründen die Beratungszentren geschlossen wurden, nutzten die Versicherten der AOK Hessen andere, alternative Servicekanäle. Neben Telefonie und E-Mail waren dies vor allem „Meine AOK“ und „myAGIDA“ – beziehungsweise die jeweiligen Apps. Seit Februar haben sich jeden Monat rund 4.000 Kundinnen und Kunden bei den Onlineportalen Meine AOK oder myAGIDA angemeldet oder sich die Apps auf ihr Smartphone geladen. Aktuell steht die Funktion „Krankmeldung einreichen“ ganz oben auf der Nutzungsskala.

Bequem und datenschutzgerecht

Mit Meine AOK und myAGIDA können Unterlagen hochgeladen werden, etwa Anträge oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Außerdem ist es möglich, persönliche Daten zu ändern, Bescheinigungen anzufordern oder die persönliche Leistungsübersicht einzusehen. Es besteht sogar die Möglichkeit, eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen oder einen Facharzttermin zu vereinbaren – alles bequem von zu Hause aus. Meine AOK und myAGIDA bündeln Services der Gesundheitskasse und bereiten sie übersichtlich auf. Ein entscheidender Vorteil: Mit Meine AOK kommuniziert man auch datenschutzgerecht über sichere Verbindungen.

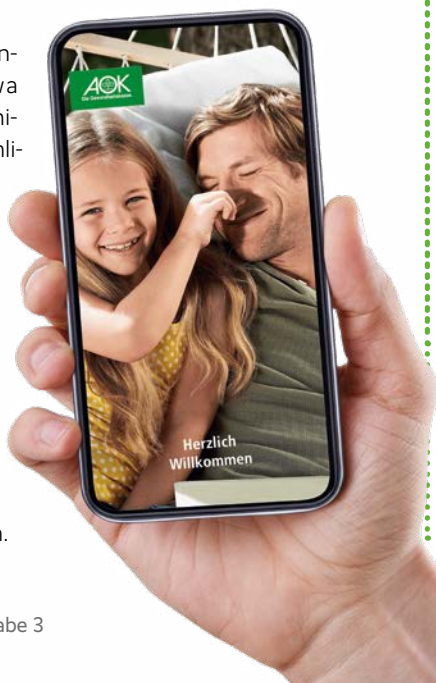


Foto: iStock, AOK



Foto: AOK Hessen

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

das Gesundheitswesen und die Krankenkassen zeigen in der Pandemie ihre Leistungsfähigkeit. Neben dem Infektionsgeschehen richtet sich unser Blick im Herbst auch auf die wirtschaftlichen und finanziellen Folgen. In den nächsten Wochen steht die heiße Phase der Haushaltsplanung für das Jahr 2021 an – auch bei der AOK Hessen. Zu den pandemiebedingten Ausgaben kommen weitere Mehrkosten durch die Gesundheitsgesetze der letzten Jahre. Steigende Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit und Beitragsstundungen bedeuten aktuell weniger Beitragseinnahmen für den Gesundheitsfonds.

Statt ihr Versprechen einer Sozialgarantie einzulösen – nämlich die Stabilisierung der Sozialversicherungsbeiträge im Jahr 2021 durch Steuermittel des Bundes –, will die Bundesregierung auf einmal nur noch einen geringen Bundeszuschuss leisten und im Übrigen lieber die Beitragszahler heranziehen. Und wenn die Rücklagen gut wirtschaftender Kassen zu großen Teilen sozialisiert und die Kassen zum Vermögensabbau gezwungen werden, ist dies ein massiver Eingriff in die Finanzautonomie der Selbstverwaltung und eine Bestrafung, ja, quasi Enteignung vieler Beitragszahler. Statt einer Gefährdung der Finanzstabilität erwarten die Beitragszahler verlässliche Rahmenbedingungen und die Einhaltung der Sozialgarantie.

Ein intensiver Blick lohnt sich auch auf den Krankenhaussektor – den Bereich, der von der Pandemie am stärksten betroffen war und ist. Dies machen wir in der aktuellen Ausgabe aus unterschiedlichen Perspektiven. Die Erkenntnisse aus dem Umgang mit der Pandemie im Krankenhausbereich – wie auch in den anderen Sektoren – sollten dazu genutzt werden, Wirtschaftlichkeits- und Effizienzpotenziale aufzuspüren und auszuschöpfen. Hierfür ist nach wie vor deutlich Luft nach oben im deutschen Gesundheitswesen.

Ihr

Dr. Stefan Hoehl

Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen



Foto: iStock

Eingriffe in die Finanzautonomie: Nicht nur Corona bedroht die GKV



Foto: AOK Hessen

Detlef Lamm

Vorstandsvorsitzender der
AOK Hessen

Gerechte Lastenverteilung gewährleisten

Die staatlichen Zwangsvermögensentnahmen und massiven Einschränkungen der Finanzautonomie der Krankenkassen haben das Potenzial, mit ihren Folgewirkungen die gesamte GKV in Schiefelage zu bringen. Was als stabilisierende Maßnahme für 2021 gedacht ist, führt stattdessen eine solide Finanzierung des Gesundheitssystems an seine Grenzen. Diese Politik ist unverantwortlich. Wir brauchen alternative Regelungen, die die Finanzierung der GKV über das Wahljahr 2021 hinaus denken und eine gerechte Lastenverteilung zwischen den Kassen gewährleisten.

Griff in die Kasse

Finanzstabilität der GKV | Für 2021 wird in der GKV eine Finanzierungslücke von 16,6 Milliarden Euro prognostiziert. Die Bundesregierung plant – im Widerspruch zu ihrer Sozialgarantie – einen Großteil dieses Defizits nicht durch Bundesmittel, sondern durch einen Rückgriff auf die Finanzreserven der Krankenkassen auszugleichen. Mit dem „Gesetz zur Verbesserung der Versorgung und Pflege“ (GPVG) sind hierzu massive Eingriffe in die Finanzautonomie und den Wettbewerb der GKV vorgesehen. Diese stellen eine nie dagewesene Zäsur dar und stoßen auf breite Ablehnung – auch bei der AOK Hessen.

Im Koalitionsvertrag verpflichtet sich die Bundesregierung, „die Sozialversicherungsbeiträge bei maximal 40 Prozent zu stabilisieren“ und Anfang Juni dieses Jahres in der Sozialgarantie vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Auswirkungen der Coronapandemie, „darüber hinausgehende Finanzbedarfe durch Bundesmittel bis zum Jahr 2021 zu decken“. Jetzt ist vorgesehen, dass die Hauptlast die Beitragszahlenden leisten sollen und zugleich ein Rückgriff auf die Finanzen der einzelnen Krankenkassen erfolgt, mit dem die Lasten extrem ungleich verteilt werden. Im GPVG ist unter anderem geplant: die Erhöhung des Bundeszuschusses um fünf Milliarden Euro, die des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes um 0,2 Prozentpunkte. Vorgesehen ist auch ein Rückgriff in Höhe von acht Milliarden Euro auf Finanzreserven jener Krankenkassen, die oberhalb von 0,4 Monatsausgaben liegen, sowie ein Verbot der Anhebung des Zusatzbeitragsatzes bei einem Finanzvermögen von mehr als 0,8 Monatsausgaben. Außerdem soll es die Verpflichtung zum Vermögensabbau ab einem Vermögen von mehr als 0,8 Monatsausgaben geben.

Erneut Eingriff in Finanzautonomie

Nicht akzeptabel ist, dass ein Großteil der Finanzierungslücke in Höhe von elf Milliarden Euro von den Mitgliedern und deren Arbeitgebern geschlossen werden soll. Die AOK Hessen fordert stattdessen – wie in der Sozialgarantie zugesagt – eine entsprechende Anhebung des Bundeszuschusses. Zudem erfolgt mit den geplanten Regelungen ein neuerlicher massiver Eingriff in die Haushalts- und Finanzautonomie der Krankenkassen und damit in die Kernkompetenzen der

Selbstverwaltung. Solide und nachhaltige Finanzentscheidungen im Sinne der Beitragszahlenden sind unter diesen Rahmenbedingungen kaum zu gewährleisten.

Starke Wettbewerbsverzerrung

Der geplante Rückgriff auf die Finanzreserven der einzelnen Krankenkassen ist nicht fair und wettbewerbsneutral gestaltet. Kassen mit einer soliden und vorausschauenden Finanzpolitik werden mit der Zwangsvermögensentnahme quasi noch bestraft. Zudem erleiden sie einschneidende Nachteile im GKV-Wettbewerb, denn Krankenkassen, die über keine hinreichenden Finanzreserven verfügen, werden nicht beziehungsweise nur geringfügig herangezogen und somit letztlich von ihren Wettbewerbern subventioniert. Das ist weder solidarisch noch gewährleistet dies einen fairen Wettbewerb in der GKV.

Massiver Finanzdruck

Zusätzlich wird 2021 erstmals der Risikostrukturausgleich neue finanzielle Verteilungswirkungen zwischen den Kassen entfalten, die bislang nicht verlässlich zu prognostizieren sind. Weiter verschärft wird die Situation für die einzelnen Krankenkassen durch das Verbot einer der wirtschaftlichen Situation angemessenen Preisgestaltung. In der Gesamtbetrachtung dieser Rahmenbedingungen und der zusätzlich abzusehenden Ausgabensteigerung in der GKV durch die Gesetzgebung der aktuellen Legislaturperiode sind extreme finanzielle Verwerfungen, Verzerrungen im Wettbewerb und insgesamt eine Destabilisierung der GKV zu befürchten.

Standards definiert

Intensivpflege und Rehabilitation | Eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung in der außerklinischen Intensivpflege soll das „Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-IPReG) leisten. Das Gesetz definiert Standards und sichert die Überprüfung der Pflegestandards.

Die pflegerischen Qualitätsstandards definiert künftig der Gemeinsame Bundesausschuss, deren Einhaltung überprüfen die Medizinischen Dienste jährlich in den Pflegeeinrichtungen. Und nur qualifizierte Ärztinnen und Ärzte dürfen Intensivpflege verordnen. Zudem besteht ein Rechtsanspruch für die Versicherten auf eine außerklinische Intensivpflege. Dieser Leistungsanspruch besteht auch in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder qualitätsgesicherten Intensivpflege-Wohneinheiten. Das Gesetz gibt einen Bestandsschutz für ambulante Behandlungsfälle und sichert den Patientinnen und Patienten ein Wahlrecht. Zwischen den Krankenkassen und den Versicherten werden Zielvereinbarungen geschlossen und gegebenenfalls Nachbesserungsmaßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung vereinbart. Intensiv-Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen werden von Eigenanteilen entlastet – damit werden Kostenunterschiede von ambulanter oder stationärer Pflege weitgehend angeglichen.

Wieder selbstständig atmen

Zudem soll die Beatmungsentwöhnung, das Weaning, durch Vereinbarungen von krankenhausspezifischen Zusatzentgelten und Abschlägen für nicht ausgeschöpfte Entwöhnungspotenziale ausgebaut werden. Durch Weaning wird den Patientinnen und Patienten langfristig zu einer erheblichen Steigerung der Lebensqualität verholfen. Sie können wieder selbstständig atmen, schlucken, essen und sprechen.

Außerdem wird das Risiko von Infektionen reduziert, die durch eine Trachealkanüle ausgelöst oder begünstigt werden können. Eine solche Entwöhnung erfolgt im Rahmen eines Projekts der AOK Hessen in Therapiezentren für außerklinische Beatmung (TAB). In dem TAB, das einen patienten-

orientierten Alltag bietet, werden zwischen drei und sechs Patientinnen und Patienten behandelt. Auch die Familien werden begleitet und eingebunden – wenn gewünscht. Die TAB sind einem zertifizierten Weaning-Zentrum in unmittelbarer Nähe angegliedert. Die AOK hat dazu Verträge mit fünf Kliniken geschlossen. In den TAB wird der Behandlungsschwerpunkt vom ärztlichen zum therapeutischen und pflegerischen verlegt. Montags bis samstags gibt es Atmungstherapie, Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie. Physiotherapie findet zweimal täglich statt.

Mehr medizinische Reha

Zudem wird durch das GKV-IPReG der Zugang zur medizinischen Reha erleichtert: Der Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen für geriatrische sowie indikationsspezifische Rehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt entfällt. Eine ärztliche Verordnung ist ausreichend. Die Regeldauer der geriatrischen Reha wird ambulant auf 20 Tage und stationär auf drei Wochen festgelegt. Das Wahlrecht der Versicherten bei Auswahl einer Rehaeinrichtung wird ausgebaut. Mehrkosten für eine von der Krankenkasse nicht bestimmte Einrichtung müssen Versicherte nicht mehr vollständig, sondern nur noch zur Hälfte selbst tragen.

Illustration: iStock



Ein Gesetz regelt den Leistungsbereich neu: Nur besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte dürfen Intensivpflege verordnen



Foto/Stock

Arzneimittel auf Lager: Hersteller werden verpflichtet, eine Reserve anzulegen

Nachhaltig und sicher

Rabattverträge | Ab sofort verpflichtet die AOK-Gemeinschaft ihre Partner bei Arzneimittelverträgen, dauerhaft Reserven für drei Monate anzulegen. Erst im letzten Vertragsquartal darf dieser Lagerbestand aufgebraucht werden. So sollen künftig Produktions- oder Lieferausfälle besser abgesichert werden. Außerdem sollen zukünftig Umweltsünden sanktioniert werden.

Die 24. Tranche der AOK-Arzneimittel-Rabattverträge im Überblick:

- 119 Wirkstoffe in 120 Fachlosen
- 22 Wirkstoffe werden im Drei-Partner-Modell vergeben
- Vertragslaufzeit: 1. Juni 2021 bis 31. Mai 2023
- AOK-Umsatzvolumen: rund zwei Milliarden Euro pro Jahr (Apothekenverkaufspreis)
- Ende der Angebotsfrist: 22. September 2020

Ende Juli hat die AOK-Gemeinschaft die Ausschreibung zur 24. Tranche der AOK-Arzneimittelverträge gestartet. Dabei wurde auch berücksichtigt, dass die Arzneimittelversorgung in Europa von weltweiten, krisenanfälligen Produktions- und Lieferketten der global aufgestellten Pharmaindustrie abhängt. Das ist eine deutliche Lehre aus der Coronakrise. Die AOK-Gemeinschaft begrüßt dementsprechend das Ziel der deutschen EU-Ratspräsidentschaft, die Liefersicherheit wichtiger Medikamente zu stärken. Um mehr Liefersicherheit zu erreichen, braucht es zielführende Anreize für die Arzneimittelhersteller. Außerdem möchte die AOK ihren Beitrag leisten, die auf Kosten der Menschen und der Umwelt entstehenden Angebotsvorteile in der Lieferkette durch klare Haftungsregelungen abzubauen. Will ein Unternehmen einen Vertrag mit der Gesundheitskasse schließen, muss es deshalb künftig sicherstellen, dass weder seine eigene Produktion noch die seiner Zulieferer die Gesundheit der Beschäftigten oder die Umwelt gefährden.

Versorgungssicherheit gewährleisten

Die AOK Hessen bekräftigt deshalb, dass die Arzneimittelverträge ein starkes und in dieser Form derzeit ein einzigartiges Steuerungsinstrument sind. Mit den veränderten Vorrats-, Produktions-

und Umweltauflagen im Rahmen der aktuellen AOK-Ausschreibung werden die Verträge folgerichtig in Richtung Versorgungssicherheit gezielt weiterentwickelt. Eine Ausschreibung zu fünf antibiotischen Wirkstoffen ist außerdem für diesen sehr spezifischen Markt bereits in Vorbereitung.

Garantiert: Die Produktion darf Beschäftigte und Umwelt nicht gefährden



Foto/Stock

Das treibt die Kosten hoch

Arzneimittelmarkt | Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) hat den Bericht zur Entwicklung des Arzneimittelmarktes 2019 veröffentlicht. Dabei wird deutlich, dass die Preise für Arzneimittel weiter steigen und die Margen der Pharmaunternehmen unverändert hoch sind. Die Kosten für patentgeschützte Arzneimittel haben im vergangenen Jahr mit 21 Milliarden Euro sogar einen neuen Höchststand erreicht.

Die Nettokosten des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung sind insgesamt weiter deutlich gestiegen und lagen im Jahr 2019 bei 43,9 Milliarden Euro. Zu beobachten ist vor allem, dass sich der Trend zu immer höherpreisigen patentgeschützten Arzneimitteln fortsetzt, mit denen jedoch immer weniger Patientinnen und Patienten versorgt werden. Die Arzneimittel sind mit einem Anteil von 16,1 Prozent der drittgrößte Ausgabenposten der gesetzlichen Krankenversicherung. Die GKV-Gesamtausgaben lagen im vergangenen Jahr bei 249,3 Milliarden Euro und stiegen damit um 5,8 Prozent gegenüber 2018. Die Ausgaben für Arzneimittel stiegen dabei in ähnlichem Maße. Deren Nettokosten erfuhren einen Zuwachs um sechs Prozent gegenüber dem Vorjahr. Wie bereits in den vergangenen Jahren ist hierfür vor allem der Anstieg des Anteils an hochpreisigen Arzneimitteln verantwortlich. Geringer fällt laut dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) hingegen der Einfluss der Anzahl an Verordnungen aus. Diese stiegen nur geringfügig an. Des Weiteren sind am Arzneimittelmarkt laut WiDO aktuell weitere Konzentrationstendenzen erkennbar.

Gewinnmargen bleiben hoch

Durchschnittlich kostete eine Verordnung 63,55 Euro und somit fast fünf Prozent mehr gegenüber dem Vorjahr. Während Verordnungen von Generika im Durchschnitt mit 33,92 Euro im Jahr 2019 zu Buche schlugen, wurden für patentgeschützte Arzneimittel durchschnittlich 471,50 Euro fällig. Zudem nehmen sie ungefähr die Hälfte der Gesamtkosten der GKV für Arzneimittel in Anspruch, decken gleichzeitig jedoch nur 6,5 Prozent der Versorgung mit Arzneimitteln ab. Im patentgeschützten Markt werden somit immer höhere Preise für Arzneimittel zur Versorgung von immer weniger Patientinnen und Patienten aufgerufen. Diese Marktentwicklung ist deshalb aus Sicht der Gesundheitskasse sehr besorgniserregend.

Trotz der geringen Versorgungsanteile von patentgeschützten Arzneimitteln bleiben die Gewinne der Pharmaunternehmen hoch. Laut WiDO lagen die Margen vor Steuern und Zinsen der weltweiten Top-21-Pharmaunternehmen bei durchschnittlich 21 Prozent – und waren damit hoch rentabel. Deren Gewinne waren auch auf die drei umsatzstärksten Arzneimittel Eliquis von Pfizer und Bristol-Myers Squibb, Xarelto von Bayer sowie Humira von Abbvie zurückzuführen. Die Bedeutung dieser Medikamente für die Hersteller zeigt sich beispielsweise auch daran, dass allein das Medikament Humira im Jahr 2019 ungefähr 58 Prozent der Einnahmen von Abbvie generierte.

Zu teure neue Medikamente

Der Arzneiverordnungs-Report 2020 bestätigt, dass teure neue Medikamente die GKV-Ausgaben in die Höhe treiben. Allein die Ausgaben für neue Krebsmedikamente sind gegenüber 2018 um 8,2 Milliarden Euro gestiegen. Überdurchschnittliche Zuwächse gab es auch bei Immunsuppressiva, Antithrombotika und Dermatika. Die Krankenkassen haben 2019 rund 43,4 Milliarden Euro für Medikamente ausgegeben – 5,4 Prozent mehr als im Vorjahr. Ohne Regulierungsmaßnahmen wäre der Zuwachs noch stärker ausgefallen. Durch Arzneimittelfestbeträge, Rabattverträge und das AMNOG-Verfahren zur frühen Nutzenbewertung hat die GKV 2019 rund 16,8 Milliarden Euro eingespart.



Patentgeschützte Arzneimittel: Sie decken 6,5 Prozent der Versorgung, generieren aber fast die Hälfte der Arzneimittelkosten

Im Zentrum der Krise

Krankenhaus | In den vergangenen Monaten lag der Fokus der Gesundheitspolitik in Deutschland auf den Krankenhäusern. Zu Beginn der Pandemie war fraglich, ob die Kapazitäten den Herausforderungen gewachsen sein werden – insbesondere im Bereich der Intensivpflege und bei den Beatmungsplätzen. Glücklicherweise sind Zustände wie in Italien ausgeblieben. Doch die Diskussionen über Vorhaltungen, Kapazitäten und Notfallreserven im Gesundheitswesen sind neu entfacht.

Der Krankenhausesektor nimmt als kostenintensivster und in der Versorgung relevantester Bereich eine herausgehobene Rolle ein. Neben den Kapazitäten fokussieren sich die Diskussionen auf die Vergütungen und Arbeitsbedingungen, den Mangel an Fachkräften und Nachwuchs. Nachdem die befürchtete Überlastung bislang ausgeblieben ist, ging es in den vergangenen Monaten eher um die Bewältigung gegenteiliger Effekte. Planbare OPs wurden abgesagt oder verschoben, Patientinnen und Patienten blieben – oft aus Sorge vor Infektionen – aus. Fehlende Erlöse und zusätzliche Intensivbetten mussten ausgeglichen oder finanziert werden. Nach einem halben Jahr Corona ist die größte Herausforderung die Rückkehr zum Normalbetrieb. Dieser darf jedoch nicht einfach ein „Zurück“ sein, sondern die neue Normalität darf die neuen Probleme keinesfalls außer Acht lassen. Qualitätsfragen, Digitalisierung und die Personalausstattung bleiben zentrale Themen – auch im Gesundheitswesen insgesamt. Zusätzliche Finanzierungen und Förderprogramme dürfen das Problem der unzureichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder nicht verdrängen. Mehr Zentralisierung und Spezialisierung müssen die Hauptstoßrichtungen bleiben. Dies hat auch die stationäre Behandlung von Coronapatientinnen und -patienten in den vergangenen Monaten gezeigt und bestätigt: 70 Prozent wurden in 25 Prozent der Kliniken behandelt.

Letztlich hat die Coronapandemie die Baustellen der Krankenhauspolitik noch deutlicher aufgezeigt und in das Bewusstsein der breiten Öffentlichkeit gebracht. Doch so schnell wie die öffentliche Aufmerksamkeit auf das Krankenhauswesen gerichtet war und die Beschäftigten dort mit Applaus bedacht und als „Heldinnen und Helden“ gefeiert wurden, so schnell verschob sich der Fokus zunehmend auf die wirtschaftlichen Folgen der Coronapandemie.

Prämien für Pflegekräfte in Kliniken

Erst nach längerem Ringen gelang Anfang September eine Verständigung, dass die Beschäftigten in der Krankenhauspflege ebenso wie jene in der Altenpflege eine Prämie als finanzielle Anerkennung ihrer Leistungen erhalten. 100.000 Pflegekräfte sollen bis zu 1.000 Euro Prämie erhalten. Die Länder sollen – wie auch in der Altenpflege – diese Prämie hälftig mitfinanzieren. Weitere 100 Millionen Euro werden hierfür aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen. Die Auswahl der anspruchsberechtigten Pflegekräfte und die Definition der individuellen Prämienhöhe für die Pflegekraft obliegt dem Krankenhausträger in Abstimmung mit der Mitarbeitervertretung. Doch nach diesem Teilergebnis bleiben die weiteren Handlungsfelder eine Daueraufgabe und Herausforderung für alle Verantwortlichen.

Krise vorerst gemeistert: Zu einer Überlastung kam es nicht, die Mängel sind deutlich geworden



Foto: iStock



Foto: iStock

Klinikfinanzierung in Coronazeiten: Wer kommt für Mehrkosten und Leerstand auf?

Milliarden aus der Gießkanne

Zukunftsprogramm Krankenhäuser I Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) soll das von der Regierungskoalition beschlossene „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ gesetzestech-nisch umgesetzt werden. Im Zentrum steht ein neuer Krankenhauszukunftsfonds, mit dem Investitions-hilfen in Milliardenhöhe bereitgestellt werden sollen. Darüber hinaus sollen Krankenhäuser nach Auslaufen des Klinikschutz-Rettungsschirms auf Basis des Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetzes durch die GKV von den besonderen Aufwendungen zur Pandemiebewältigung entlastet werden.

Das KHZG sieht in der Kabinettsfassung vom 2. September die Errichtung eines Krankenhaus-zukunftsfonds beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vor, für den drei Milliarden Euro aus Bundesmitteln zur Verfügung gestellt werden. Darüber sollen Investitionen in moderne Notfallstrukturen, die Digitalisierung und ihre IT-Sicherheit gefördert werden. Die Länder müssen eine Co-Finanzierung von bis zu 30 Prozent leisten, die aber auch vom Krankenhausträger geleistet werden kann. So stehen insgesamt maximal 4,3 Milliarden Euro zur Verfügung, die bis zum 31. Dezember 2021 beantragt werden können. Das Problem der unzureichenden Investitionsförderung durch die Länder bleibt ungelöst. Worauf bei der Ausführung dieses Gesetzes unbedingt geachtet werden muss: Eine Doppelförderung durch den bestehenden Krankenhausstrukturfonds, dessen Laufzeit bis 2024 verlängert wird, muss vermieden werden. Derzeit sind etwa telemedizinische Netzwerkstrukturen und Maßnahmen zur IT-Sicherheit in beiden Fonds förderfähig. Letztlich bleibt zweifelhaft, warum flächendeckend „mit der Gießkanne“ Fördermittel für die weitere Digitalisierung ausgegeben werden könnten, obwohl klar ist, dass nicht alle Kapazitäten auch notwendig sind. Zu begrüßen ist, dass die GKV im Rahmen einer Stellungnahme in die Entscheidungsfindung der Länder eingebunden wird. Abgesehen von der stationären Versorgung sollen zudem im Bereich der Pflege wesentliche Schutzschirmregelungen zum Ausgleich von

Mindereinnahmen und Mehraufwendungen im Zusammenhang mit den Coronamaßnahmen bis Jahresende verlängert werden. Aus dieser Verlängerung entstehen der Pflegeversicherung Mehraufgaben in Höhe von rund 400 Millionen Euro.

Leerstand wird weiter finanziert

Den Krankenhäusern wird ein anteiliger Ausgleich von Erlösrückgängen im Jahr 2020 gegenüber dem Vorjahr in Aussicht gestellt – mit der Begründung, dass das Niveau des Regelbetriebs vor der Coronapandemie vermutlich nicht erreicht wird. Zudem kann ein Ausgleich von nicht anderweitig berücksichtigungsfähigen Mehrkosten aufgrund der Coronamaßnahmen in Verbindung mit der voll- oder teilstationären Behandlung durch Krankenhäuser – bisher unabhängig vom Pandemiestatus – bis Ende 2021 geltend gemacht werden. Diese sollen etwa für die Finanzierung des Bedarfs an persönlicher Schutzausrüstung zeitlich befristet Zuschläge mit den Krankenkassen vereinbaren können. Diese Regelung ist jedoch so weit gefasst, dass das Risiko einer Doppelfinanzierung besteht. Zur „Leerstands-Finanzierung“ und „coronabedingten Mehrkosten“ sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene einheitliche Rahmenbedingungen festlegen. Zudem soll bei der Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags 2021 das Leistungsniveau des Jahres 2019 zugrunde gelegt werden, was faktisch einem Preisaufschlag in Milliardenhöhe für die Krankenhäuser entspricht.*



Foto: AOK Hessen

Dr. Isabella Erb-Herrmann
Bevollmächtigte des Vorstandes
der AOK Hessen

Aufgabe des Staates und nicht der GKV

„Die im KHZG geplante Finanzierung von Ausgleichszahlungen für einen pandemiebedingten Leerstand ist eine originäre Aufgabe des Staates, die aus Steuermitteln zu finanzieren, ist und keine Versicherungsleistung der GKV. Zudem sollten Risiken einer Doppelfinanzierung in der Förderung der Krankenhäuser durch eindeutige gesetzliche Vorgaben möglichst ausgeschlossen werden.“

*Vor Redaktionsschluss wurde bekannt, dass im KHZG über einen Änderungsantrag vom 15. September eine Coronaprämie für Pflegekräfte im Krankenhaus in Höhe von bis zu 1.000 Euro pro Person und mit einem Gesamtvolumen von 100 Millionen Euro verankert werden soll. Davon sollen 93 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden, mit sieben Millionen Euro wird die PKV beteiligt.

Fallzahlen stark gesunken

Coronalockdown | Eine Anfang Juni veröffentlichte Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) hat ergeben, dass durch den Coronalockdown ein starker Rückgang der Krankenhaus-Fallzahlen bei planbaren Eingriffen, aber auch bei Notfällen zu verzeichnen war. Seit April sind die Fallzahlen wieder kontinuierlich angestiegen.



Foto: iStock

Eine WiDO-Studie zeigt: In den Krankenhäusern gab es vom 16. März bis zum 5. April deutlich weniger Behandlungsfälle als im Vorjahr

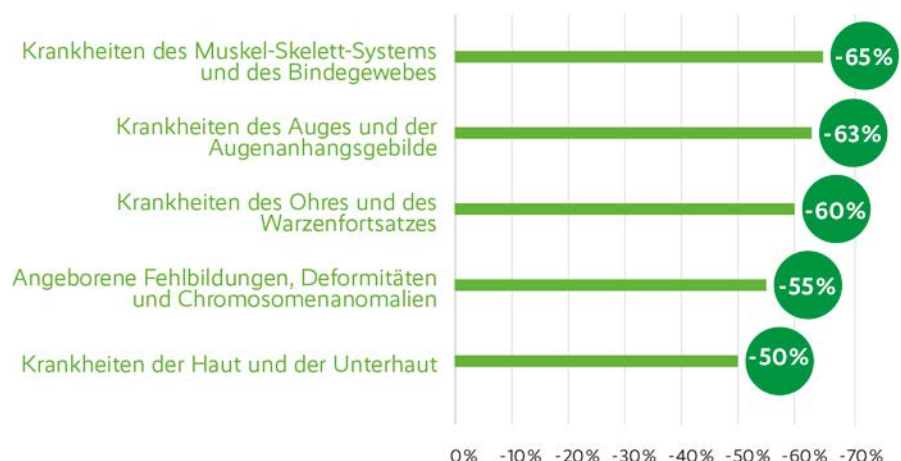
Das WiDO hat die Fallzahl-Rückgänge bei den Krankenhausbehandlungen aufgrund des Coronalockdowns erstmals auf einer zuverlässigen bundesweiten Datenbasis untersucht. Eine Auswertung der Krankenhaushfälle der 27 Millionen AOK-Versicherten zeigt, dass es während der Lockdown-Phase im März und April deutliche Fallzahl-Rückgänge von bis zu 39 Prozent gegenüber dem Vorjahreszeitraum gab. Besonders hohe Rückgänge waren bei planbaren, nicht dringlichen Eingriffen zu verzeichnen. Allerdings zeigten sich auch starke Rückgänge bei der Behandlung von lebensbedrohlichen Notfällen wie Herzinfarkten und Schlaganfällen. Ab dem 6. April deutete sich mit steigenden Fallzahlen eine Trendwende an. Während der Lockdown-Phase vom 16. März bis zum 5. April wurden insgesamt rund 241.000 Fälle von AOK-Versicherten in deutschen Krankenhäusern behandelt. Das waren etwa 157.000 Fälle weniger als im entsprechenden Vorjahreszeitraum. Absolut gesehen gab es den größten Rückgang der Fallzahlen bei Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, die um 27.000 Fälle zurückgingen. Das Ausmaß der Rückgänge ist regional unterschiedlich und reicht von 34 Prozent in Sachsen bis zu 43 Prozent in Rheinland-Pfalz. In Hessen lag er bei 41 Prozent.

In einer Analyse von 21 Behandlungsanlässen zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen dringlichen, medizinisch notwendigen Behandlungen und planbaren, weniger dringlichen Fällen – wie OPs zum arthrosebedingten Hüftersatz. Hier waren es 79 Prozent weniger. Bei den Blinddarm-Entfernungen ohne akute Entzündung gab es einen Rückgang von 28 Prozent, während die Zahl der Behandlungen von akuten Blinddarm-Entzündungen sogar um acht Prozent stieg. Ein ähnliches Muster zeigt sich bei Behandlungen von Krebserkrankungen. Insgesamt wurden nicht so dringliche OPs den Vorgaben der Politik entsprechend verschoben, um Kapazitäten für die Behandlung von Covid-19-Patientinnen und -Patienten freizuhalten. Zugleich wurden laut Daten dringliche OPs durchgeführt.

Anlass zur Sorge bei Notfällen

Anlass zur Sorge geben laut WiDO vor allem die hohen Rückgänge der Fallzahlen bei der Behandlung von Herzinfarkten und Schlaganfällen um 31 beziehungsweise 18 Prozent. Dies deutet klar darauf hin, dass betroffene Patientinnen und Patienten den Rettungsdienst seltener alarmiert haben – eventuell trotz akuten Behandlungsbedarfs und möglicher gravierender Folgen.

Veränderung stationärer Behandlungszahlen im Lockdown im Vergleich zum Vorjahr



Quelle: WiDO

Wie soll es weitergehen?

Krankenhaus nach Corona | Steffen Gramminger, geschäftsführender Direktor der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG), und Roland Strasheim, Hauptabteilungsleiter Krankenhaus, Rehabilitation und Fahrkosten bei der AOK Hessen, haben auf die Frage geantwortet: Struktur, Menge, Qualität – wie geht es nach Corona weiter?



Foto: HKG

Steffen Gramminger

„Die hessischen Krankenhäuser haben sofort zu Beginn der Coronapandemie im Sinne des Patientenwohls gehandelt und in den vergangenen Monaten zusammen mit den Praxen und der KV Hessen sowie den Gesundheitsämtern den Kern der systemsichernden Infrastruktur für Hessen gebildet. Die Krise ist aber noch nicht vorbei. Das Anlaufen des Regelbetriebs kann nur stufenweise und unter Berücksichtigung aller notwendigen Hygienemaßnahmen erfolgen. Diese Situation werden wir bis weit in das Jahr 2021 haben und muss auch bei der Finanzierung Berücksichtigung finden. Es gilt jetzt aber auch, die Erfahrungen aus den letzten Monaten für die Zukunft zu nutzen. Es wurde deutlich, wie wertvoll eine gute Patientensteuerung, eine enge Kommunikation und Zusammenarbeit der Kliniken verschiedener Versorgungsstufen, eine partnerschaftliche und gegenseitig unterstützende Zusammenarbeit der ambulanten und stationären Sektoren und zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen ist. Das hat in der Krisensituation hervorragend funktioniert, dies müssen wir auch nach der Krise gemeinsam fortführen. Ja, wir haben die Operation am offenen Herzen beim Patienten Gesundheitsversorgung hervorragend gemeistert. Sorgen wir gemeinsam für eine noch bessere Nachsorge.“



Foto: AOK Hessen

Roland Strasheim

„Unter dem Eindruck der Bilder aus italienischen Krankenhäusern gab es große Befürchtungen, die Kapazitäten könnten auch in Deutschland nicht ausreichen. Zum Glück hat sich das nicht bewahrheitet. Nun gilt es, mit dem Virus zu leben und eine neue Normalität mit den Aspekten von Qualität, Versorgung und Wirtschaftlichkeit in Einklang zu bringen. Dabei müssen wir einmal mehr weg vom Prinzip Gießkanne und alles für alle. Eine Aufteilung, die sich unter Coronabedingungen im Krankenhauswesen bewährt hat, macht Sinn: Nicht jeder macht alles, Aufgaben werden verteilt und Kompetenzen gebündelt. Und die finanziellen Mittel fließen differenziert. Damit schaffen wir die Voraussetzungen für Qualität: tragfähige, zentrale spezialisierte Strukturen, eine dezentrale Basisversorgung – die nicht zwingend stationär ist – und Mindestmengenregelungen für bestimmte Eingriffe. Damit erreichen wir eine medizinisch hervorragende Versorgung, die zudem wirtschaftlich ist. Corona hat uns gezeigt, dass wir schnell handeln können, wenn es drauf ankommt. Nun gilt es, medizinische Versorgung über Sektorengrenzen hinweg zu planen. Denn sonst werden wir in naher Zukunft vor der Frage stehen, wie wir unser Gesundheits- und Sozialsystem noch finanzieren können. Das wäre unverantwortlich.“

„Wir haben die Operation beim Patienten Gesundheitsversorgung hervorragend gemeistert. Sorgen wir für eine noch bessere Nachsorge“

Prof. Dr. Steffen Gramminger,
Hessische Krankenhausgesellschaft

„Wir müssen weg vom Prinzip Gießkanne und alles für alle. Kompetenzen müssen gebündelt werden, finanzielle Mittel differenziert fließen“

Dr. Roland Strasheim,
AOK Hessen

Neustart mit Abstand

Prävention I Für die AOK sind Prävention und Gesundheitsförderung von großer Bedeutung. Individualprävention, die betrieblichen Gesundheitsförderung und die Prävention in nichtbetrieblichen Lebenswelten – aufgrund des Coronalockdowns mussten alle Maßnahmen auf null gefahren werden. Jetzt sind die Programme unter neuen Rahmenbedingungen in die Herbstsaison gestartet.

Nachdem Mitte März alle Präventionsangebote abgesagt wurden, musste viel telefoniert, verschickt und rückabgewickelt werden, denn einzelne Angebote hatten bereits begonnen. Jetzt startet das neue Herbstprogramm. Allerdings sorgt der Zwang zum räumlichen Abstand für weniger Plätze oder einen größeren Platzbedarf. Zehn Quadratmeter pro Person sind vorgesehen. Michael Karner, der stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der AOK Hessen, macht deutlich: „Infektionsschutz steht derzeit bei uns an erster Stelle. Daher haben wir einen attraktiven Mix aus Onlineangeboten und Präsenzterminen entwickelt. Bei Veranstaltungen vor Ort achten wir darauf, dass alle erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen eingehalten werden.“

Gemeinsam gesund einkaufen

Ende August sind die ersten Gesundheitskurse gestartet. Aufgrund der Neuregelungen ist nicht jeder Kursraum geeignet und Kochveranstaltungen können weiter nicht durchgeführt werden. Insofern musste das Programm verschlankt werden. Jetzt ist ein Kurs schon voll belegt, wenn sich sechs Teilnehmende angemeldet haben – vor Corona konnten es bis zu 15 Personen sein. Dafür hat die AOK ein neues Angebot am Start. Bei „AOK Future Meal“ geht es um nachhaltiges und klimafreundliches Einkaufen an insgesamt fünf Terminen, davon zweimal direkt im Bio- oder Supermarkt. Der Kurs wird in elf Städten hessenweit angeboten.

Für die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) wurde auch ein Hygienekonzept erarbeitet. Der erhöhte Platzbedarf kann nicht von allen Firmenkunden sichergestellt werden, sodass Aktivitäten entfallen. Auch inhaltlich musste umgestaltet werden. Es besteht aber die Möglichkeit einer digitalen Umsetzung. Ebenso für die AOK-Gesundheitstage ergeben sich Einschränkungen, da diese großflächig und öffentlichkeitswirksam im Foyer oder in großen Räumen stattfanden. 2020 mussten schon 80 Veranstaltungen abgesagt werden. Digitale Alternativen wurden erarbeitet – manche Screenings können digital durchgeführt werden. Zudem bietet die AOK die Förderung für firmeneigene Ideen an.

Es rollt wieder an

Auch der Neustart der Angebote in den nichtberuflichen Lebenswelten – Schulen und Kitas – steht unter neuen Vorzeichen. Bei JolinchenKids, dem Programm für Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren, wurde die Teilnehmendenzahl halbiert. Die GemüseAckerdemie wird fortgesetzt, an zwei Schulen wurden Setzlinge geplatzt – 13 Schulen werden folgen. Auch Bewegungsangebote wie WheelUp laufen an, zumal diese draußen stattfinden. Die Aufführungen des Henrietta-Theaterstückes und die Papilio-Tourtage mit der Augsburger Puppenkiste müssen ausfallen. Dafür gibt es neue Angebote wie „Schulranzenfit“ und Digitales wie „Henriettas bewegte Schule“.

Training für Kids

In „Henriettas bewegte Schule“ warten 25 Übungen, die von der AOK und Sportprofis entwickelt wurden.

<https://youtube.com/c/henriettaco>

Neue Vorzeichen: Viele Gesundheitsangebote der AOK finden derzeit online statt

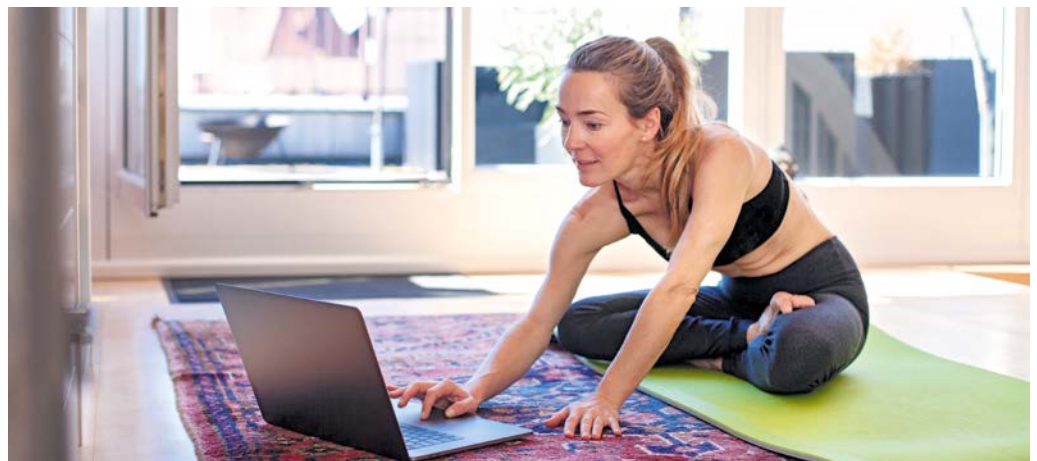


Foto: Getty Images



Foto: iStock

Gesund durchs Smartphone: Digitale Gesundheitsanwendungen kommen

Apps auf Kassenkosten

Digitale Gesundheitsanwendungen | Mit dem Inkrafttreten des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) Ende 2019 wurde der „App auf Rezept“ der Weg in das Gesundheitswesen geebnet. Damit erhielten 73 Millionen gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf Kostenübernahme von zugelassenen digitalen Gesundheitsanwendungen durch ihre Krankenkasse. Im April wurde dann mit der Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) dann auch die rechtliche Grundlage für ein Zulassungsverfahren für digitale Gesundheitsanwendungen gelegt.

Eine digitale Gesundheitsanwendung ist ein Medizinprodukt. Sie unterstützt Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten. Auch die Behandlung oder Linderung von Verletzungen oder Behinderungen kann ihr Ziel sein. Nach der Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) fließen in das Prüfverfahren beim Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und damit in die Zulassung neben Kriterien zur Sicherheit der Apps auch Regelungen zu Qualität, Datenschutz sowie Datensicherheit ein. Ebenso macht die Verordnung Vorgaben für den Nachweis von Versorgungseffekten. Nach der Zulassung müssen die entsprechenden Apps in das neu geschaffene Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen aufgenommen werden. Extra hierfür wurde ein beschleunigtes Zulassungsverfahren entwickelt. Laut BfArM sind bis August insgesamt 15 Anträge zur Aufnahme eingegangen und es wurden etwa 50 Beratungen für Hersteller durchgeführt.

Fast-Track-Verfahren beim BfArM

Der Gesetzgeber hat mit dem Fast-Track-Verfahren die Bewertungszeit der Anwendungen stark verkürzt. In nur drei Monaten nach Eingang des Antrags soll das BfArM digitale Anwendungen bewerten, ehe sie – im Falle eines positiven Votums – in das Verzeichnis und damit auch in die Leistungspalette der GKV aufgenommen werden können. Hersteller können ihre Anträge für die Auf-

nahme seit Anfang Juni stellen. Gegenstand des Verfahrens sind die Prüfung der Herstellerangaben zu den geforderten Produkteigenschaften wie Datenschutz oder Benutzerfreundlichkeit sowie die Überprüfung eines Nachweises über einen positiven Nutzeneffekt der digitalen Gesundheitsanwendung. Die Vergütung der digitalen Gesundheitsanwendungen wird im ersten Jahr nach der Zulassung noch allein von den Herstellern bestimmt. Der GKV-Spitzenverband kann zwar bereits in Preisverhandlungen treten, die dann ausgehandelten Vergütungen gelten jedoch erst ab dem zweiten Jahr nach Zulassung.

Verunsicherung durch die EU

Nachdem der Europäische Gerichtshof am 16. Juli jedoch die datenschutzbezogene Vereinbarung „EU-US Privacy Shield“ gekippt hat, ist noch fraglich, ob bestimmte digitale Gesundheitsanwendungen in das Verzeichnis des BfArM aufgenommen werden können. Hintergrund ist, dass Gesundheitsdaten, die unter der europäischen Datenschutzgrundverordnung als besondere personenbezogene Daten nach Artikel 9 eine hohe Schutzbedürftigkeit haben, nur in Staaten außerhalb der EU verarbeitet werden dürfen, mit denen nach Artikel 45 ein Angemessenheitsbeschluss besteht, oder andere Maßnahmen wie beispielsweise Standardvertragsklauseln eingesetzt werden. Mit dem aktuellen Urteil wurde jedoch eine dieser Rechtsgrundlagen gekippt.

Hessen ist nicht gleich

Fehlzeiten | Die AOK Hessen hat den Krankenstand des Jahres 2019 unter die Lupe genommen. Das Fazit: Es gibt nicht nur deutliche Unterschiede nach Branchen und Krankheiten, sondern auch nach Regionen. Umso wichtiger erscheinen vor diesem Hintergrund vielfältige Maßnahmen zur Prävention und zum betrieblichen Gesundheitsmanagement, die beide für die AOK Hessen allerdings längst von großer Bedeutung sind.

Den niedrigsten Krankenstand nach Regionen wies im Jahr 2019 der Main-Taunus-Kreis mit einem Wert von 4,7 Prozent aus, dann folgten Frankfurt mit 4,9 Prozent und Offenbach mit 5,1 Prozent. Den höchsten Krankenstand erreichte der Vogelsbergkreis mit 6,9 Prozent, dicht gefolgt vom Land-

kreis Marburg-Biedenkopf mit 6,8 Prozent. Der bundesweite Durchschnitt beim Krankenstand beträgt 5,4 Prozent. Die Branche Energie, Wasser, Entsorgung und Bergbau hatte mit 9,7 Prozent den höchsten Krankenstand bei den AOK-Mitgliedern. Der niedrigste Wert war im Wirtschaftszweig Banken und Versicherungen mit 3,6 Prozent zu verzeichnen. Die Diagnosen mit den höchsten Anteilen an allen Arbeitsunfähigkeitsfällen waren: Atemwegserkrankungen mit 25,4 Prozent, Muskel- und Skelett-Erkrankungen mit 17,4 Prozent, Erkrankungen des Verdauungstrakts mit 7,7 Prozent und Verletzungen mit 5,7 Prozent.

Krankenstand in den Landkreisen im Überblick:

Kreis/kreisfreie Städte	Krankenstand	Durchschnittliche jährliche Krankheitstage pro krankgeschriebenen Versicherten	Durchschnittliche Krankheitstage pro Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
Bergstraße	5,3 %	19,2 Tage	12,6 Tage
Darmstadt-Dieburg	5,2 %	19,1 Tage	13,0 Tage
Frankfurt	4,9 %	17,8 Tage	10,1 Tage
Gießen	6,4 %	23,3 Tage	11,2 Tage
Groß-Gerau	5,5 %	19,9 Tage	10,9 Tage
Hersfeld-Rotenburg	6,4 %	23,2 Tage	11,5 Tage
Hochtaunus	5,4 %	18,2 Tage	10,8 Tage
Kassel	6,1 %	22,2 Tage	12,4 Tage
Lahn-Dill	6,4 %	23,2 Tage	11,8 Tage
Limburg-Weilburg	5,9 %	21,7 Tage	11,4 Tage
Main-Kinzig	5,9 %	21,4 Tage	11,7 Tage
Main-Taunus	4,7 %	17,3 Tage	10,8 Tage
Marburg-Biedenkopf	6,8 %	24,7 Tage	12,1 Tage
Odenwald	5,9 %	21,6 Tage	13,3 Tage
Offenbach	5,1 %	18,7 Tage	10,4 Tage
Rheingau-Taunus	5,8 %	21,2 Tage	12,0 Tage
Schwalm-Eder	6,5 %	23,8 Tage	11,8 Tage
Vogelsberg	6,9 %	25,0 Tage	13,2 Tage
Waldeck-Frankenberg	6,3 %	23,2 Tage	12,6 Tage
Werra-Meißner	6,5 %	23,7 Tage	13,0 Tage
Wetterau	6,2 %	22,5 Tage	11,9 Tage
Wiesbaden	5,4 %	19,7 Tage	10,2 Tage

Mehr Prävention ist nötig

Fehlzeiten haben für betroffene Beschäftigte sowie die Unternehmen auch immer besondere organisatorische, soziale und persönliche Belastungen zur Folge. Die Unternehmen sind auf gesunde Beschäftigte aller Altersgruppen angewiesen – immer stärker auch auf ältere Beschäftigte, da das Potenzial von Erwerbspersonen in Deutschland weiter sinken wird. Die AOK Hessen ist deshalb seit vielen Jahren in der betrieblichen Gesundheitsförderung aktiv und erstellt interessierten Unternehmen maßgeschneiderte Angebote. Dazu gehören beispielsweise betriebsspezifische Analysen, Prozessbegleitung und Steuerung von Maßnahmen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung, passgenaue Gesundheitsprogramme und ein Erfolgscontrolling. Die AOK Hessen bietet auch ein breit gefächertes Angebot an Präventionsmaßnahmen wie individuelle Gesundheitskurse und Aktivitäten in Schulen und Kitas.

Spitzenreiter: der Main-Taunus-Kreis



Foto: Norbert Staudt



Qualitätsvertrag mit der AOK: Prof. Guido Heers, Ärztlicher Direktor der Vitos Klinik in Kassel

Unnötige OPs vermeiden

Gesundheitsversorgung | Die AOK Hessen hat mit der Vitos Orthopädischen Klinik Kassel als erstem Krankenhaus in Hessen einen Qualitätsvertrag abgeschlossen. Die Vereinbarung fördert eine besonders hochwertige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knie- und Hüftgelenkersatz und damit eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung. Die Steigerung der Lebensqualität und der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten ist dabei das oberste und vorrangige Ziel des Vertrages.

Für Patientinnen und Patienten mit Knie- und Hüftgelenkersatz bedeutet der Qualitätsvertrag, dass sie basierend auf einem Behandlungsplan, den die Gesundheitskasse und die Vitos Klinik gemeinsam erarbeitet haben, noch enger als sonst betreut, begleitet und regelmäßig befragt werden. Die Klinik dokumentiert diese Ergebnisse, wertet sie aus und will so Potenzial für Verbesserungen entdecken. „Generell wollen wir Komplikationen und jede unnötige Operation vermeiden“, erklärt Prof. Guido Heers, der Ärztliche Direktor der Klinik. „Rasche Terminvereinbarungen, eine realistische Zielsetzung, beste Vorbereitung auf den Eingriff und Top-Versorgung in der Klinik sowie ein nahtloser Übergang zur nachstationären Behandlung sind Faktoren, die wir dabei für sehr wichtig halten.“

Eines der führenden Häuser

Als Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung gehört die orthopädische Fachklinik in Kassel Wilhelmshöhe mit ihrem Know-how zu den deutschlandweit führenden Häusern in Sachen Einsatz von Kunstgelenken. Unter anderem hat sie als erste Klinik in Deutschland eine Datenbank für Endoprothesen aufgebaut. „Wir arbeiten hier auf wissenschaftlichem Niveau und mit einem ausgezeichneten Qualitätsmanagement. Damit sind wir ein passender Partner für den

AOK-Qualitätsvertrag“, so Klinikgeschäftsführer Bernd Tilenius. Ab sofort können Versicherte der AOK Hessen, bei denen ein neues Hüft- oder Kniegelenk eingesetzt werden muss, an der Spezialbehandlung teilnehmen. Aber auch alle anderen Patientinnen und Patienten der Klinik profitieren von den Erkenntnissen der Studien.

Alle profitieren davon

Mit dem Qualitätsvertrag nutzen die Vertragspartner eine Möglichkeit, die der Gesetzgeber im Jahr 2015 mit dem Krankenhausstrukturgesetz neu geschaffen hat. „Wir glauben, dass wir durch die Vereinbarung von Anreizen und höherwertigen Qualitätsanforderungen eine weitere Verbesserung der Versorgung erreichen können“, erklärt Dr. Roland Strasheim, der bei der AOK Hessen für die Krankenhausversorgung zuständig ist. „Als AOK Hessen möchten wir eine qualitätsgesicherte, wirksame und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung unserer Versicherten gewährleisten.“ Deutschlandweit werden mit Einverständnis der Patientinnen und Patienten die Studiendaten aus allen mit Krankenkassen vereinbarten Qualitätsverträgen zur Endoprothetik zentral im Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) erfasst, um so die endoprothetische Versorgung in allen Kliniken zu optimieren und die bereits hohe Qualität weiter zu verbessern.



Illustration: iStock



Foto: AOK Hessen

Yalcin Hazneci

aus Höchst im Odenwald ist seit 2014 aufseiten der Versicherten Mitglied im Verwaltungsrat der AOK Hessen. Der 55-Jährige ist Schwerbehinderten-Vertrauensmann (SBV) und Mitglied des Betriebsrates beim Reifenhersteller Pirelli Deutschland in Breuberg.

Qualität muss stimmen

Nachgefragt | Persönlichkeiten aus dem ganzen Land engagieren sich in der Selbstverwaltung der AOK Hessen. In jeder Ausgabe kommt ein Mitglied des Verwaltungsrates zu Wort. Diesmal richtet die Redaktion eine aktuelle Frage an: **Yalcin Hazneci.**

Die wirtschaftlichen Folgen der Coronapandemie überlagern aktuell viele Diskussionen auch im Gesundheitswesen. Geht dadurch nicht etwas verloren?

Nun, eine zentrale Frage ist natürlich, wie unser Gesundheitswesen finanzierbar bleiben kann. Daher müssen wir zunächst eine wirtschaftliche und effiziente Versorgung im Blick haben. Aber für uns als Gesundheitskasse muss auch immer die Qualität der Versorgung und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten stimmen. Ein aktuelles Beispiel hierfür ist der Qualitätsvertrag der AOK Hessen mit der Vitos Orthopädischen Klinik Kassel, mit dem wir eine besonders hochwertige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knie- und Hüftgelenkersatz fördern. Diesen Vertrag stellen wir in dieser Ausgabe von „Forum aktuell“ näher vor. Oder unsere bundesweit einmaligen Weaning-Verträge mit fünf Kliniken, um Patientinnen und Patienten schrittweise von einer künstlichen Beatmung zu entwöhnen.

Ein wichtiges Instrument für mehr Qualität ist aus unserer Sicht die Mindestmengenregelung. Sie hat zum Ziel, besonders anspruchsvolle und komplizierte Operationen und Behandlungen nur in solchen Kliniken durchführen zu lassen, die über ein Mindestmaß an Erfahrung und Routine durch entsprechende Fallzahlen verfügen. Nachweislich ist dann die Qualität höher – und damit auch die Patientensicherheit. Im stationären wie im ambulanten Bereich greifen wir zur Qualitätsmessung auch auf sogenannte Routedaten zurück, die regelhaft erhoben werden, um Qualität vergleichbar und für Patientinnen und Patienten sichtbar zu machen.

Zahlen und Wahlen

Jahresrechnung der AOK Hessen | Die AOK Hessen schließt das Geschäftsjahr 2019 in der Krankenversicherung bei einem Finanzvolumen von knapp über sechs Milliarden Euro mit einem Defizit von 71 Millionen Euro ab. In der Pflegeversicherung betrug das Finanzvolumen 1,3 Milliarden Euro. Dies sind die wesentlichen Kernzahlen der Jahresrechnung 2019, die der Verwaltungsrat in seiner Videokonferenz Ende Juni abgenommen hat.

Mit einer Versichertenanzahl von 1.689.884 Versicherten im Jahresdurchschnitt und einem regionalen Marktanteil von 31,1 Prozent ist die AOK unverändert die größte Krankenkasse in Hessen. Sie konnte damit ihre Versichertenanzahl und ihre Marktposition auch im Jahr 2019 weiter ausbauen. Die Einnahmen speisen sich vor allem aus den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den Mitteln aus dem Zusatzbeitragssatz der AOK Hessen. Dieser wurde für das Haushaltsjahr 2019 auf 0,9 Prozent gesenkt und entspricht damit dem rechnerischen bundesdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz der GKV. Die Leistungsausgaben der AOK Hessen steigen im Jahr 2019 deutlich an und liegen mit 3.326,38 Euro je Versicherten um 4,9 Prozent über dem Vorjahreswert. Die drei größten Einzelpositionen bilden dabei seit Jahren unverändert die Krankenhausausgaben, die Ausgaben für Arzneimittel sowie die für ärztliche Behandlung.

Beratungen per Videokonferenz

Die Coronapandemie stellte auch die Selbstverwaltung der AOK Hessen vor besondere Herausforderungen, denn auch in diesen Zeiten musste die turnusgemäße Sitzung des Verwaltungsrates unter anderem zur Abnahme der Jahresrechnung

2019 stattfinden. So tagte das Gremium am 30. Juni im Rahmen einer Videokonferenz. Insgesamt nahmen mehr als 30 Personen daran teil. Die Beschlüsse mussten aus rechtlichen Gründen schriftlich bestätigt werden – und dabei ging es nicht nur um die Finanzergebnisse der Kranken- und Pflegeversicherung. Auch Personalien und Satzungsänderungen standen auf der Tagesordnung der Verwaltungsratsitzung. Eine Satzungsänderung betraf die Einführung eines Wahltarifs für besondere Versorgungsformen und eine weitere die Option zur Online-Stimmabgabe bei den Sozialwahlen 2023. Zu den wichtigsten Personalien gehört, dass im September Katharina Grabietz als Vertreterin der hessischen Gesundheitskasse auf Angelika Beier im Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes folgen wird (siehe Beitrag unten).

Dieses Mal kompakter

Die Finanzergebnisse sind wie jedes Jahr auch im Geschäftsbericht der AOK Hessen nachzulesen. Der diesjährige Bericht fällt coronabedingt kompakter und reduzierter aus. Der Geschäftsbericht 2019/2020 konzentriert sich neben den Finanzergebnissen auf die aktuelle Lage in der gesetzlichen Krankenversicherung und der AOK Hessen.

Neue Hessin in der Hauptstadt

Seitens der AOK Hessen gab es zum 1. September 2020 einen personellen Wechsel im Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes: Katharina Grabietz löste aufseiten der Versicherten Angelika Beier ab, die in den Vorruhestand getreten ist und Platz für eine junge Nachfolgerin machen wollte. Grabietz ist 32 Jahre alt und seit Dezember 2018 Mitglied im Verwaltungsrat der AOK Hessen. Bereits seit September 2017 war sie stellvertretendes Mitglied. Sie stammt aus Frankfurt und ist als Gewerkschaftssekretärin beim IG-Metall-Vorstand im Funktionsbereich Sozialpolitik tätig. „Ich möchte in der AOK-Gemeinschaft Themen voranbringen, die die Versorgung der Versicherten verbessern,

wie etwa gute Pflege“, erklärt sie. „Natürlich ist es mir dabei auch ein Anliegen, die Perspektive der hessischen Versicherten bei bundesweiten Fragestellungen zu vertreten.“ Der Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes wird aus jeweils einem Verwaltungsratsmitglied der Versicherten- und der Arbeitgeberseite aus jeder AOK gebildet. Er trifft insbesondere Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung in sozial- und gesundheitspolitischen Fragen. Ihm obliegt die Finanzhoheit des AOK-Bundesverbandes und er bestellt den Geschäftsführenden Vorstand. Seitens der Arbeitgeber wird die AOK Hessen im Aufsichtsrat durch Klaus Freitag vertreten.



Geschäftsbericht 2019/2020

Die Finanzergebnisse sind wie jedes Jahr im Geschäftsbericht der AOK Hessen nachzulesen: aok.de/hessen > „Die AOK“ > „Geschäftsbericht und Satzung“



Foto: AOK Hessen

Katharina Grabietz, Vertreterin der AOK Hessen im AOK-Bundesverband



Beliebte Arbeitgeberin bei der Jugend

Das Berliner Institut trendence hat auch in diesem Jahr Schülerinnen und Schüler aufgefordert, für ihre Wunsch-Arbeitgeber zu voten. Insgesamt wurden rund 20.000 Schülerinnen und Schüler bundesweit im Zeitraum von Oktober 2019 bis Februar 2020 zu ihren Berufsplänen befragt.



Die Jugendlichen wählten die AOK im Ranking von 120 Unternehmen auf Rang 13 – im Vorjahr war es Rang 14 – und zum dritten Mal in Folge auf Platz eins in der Branche Versicherungen.

Bei der prozentualen Verteilung konnte die AOK deutlich zulegen und macht unter den Top-20-Unternehmen mit einem Plus von 0,5 Prozentpunkten den größten Sprung nach vorn. Mit dieser Platzierung lässt die AOK andere Versicherungsunternehmen und vor allem Krankenkassen wie bereits in den vergangenen Jahren hinter sich.

Zertifizierung bestätigt

Familienbewusste Personalpolitik | Die AOK Hessen hat in diesem Jahr zum sechsten Mal das Zertifikat „audit berufundfamilie“ erhalten. Damit wurde die dauerhafte Zertifizierung aus dem Jahr 2017 bestätigt. Für die hessische Gesundheitskasse ist die Vereinbarkeit von Beruf, Familie, Pflege und Privatleben ein zentraler Bestandteil ihrer Personalarbeit.

Am 31. Mai wurde 104 Arbeitgebern vom Kuratorium des Personaldienstleisters „berufundfamilie Service“ das Zertifikat zum „audit berufundfamilie“ oder „audit familiengerechte hochschule“ erteilt beziehungsweise bestätigt. Die 47 Unternehmen, 48 Institutionen und neun Hochschulen sind damit berechtigt, das Qualitätssiegel für eine familien- und lebensphasenbewusste Personalpolitik zu tragen. Das Zertifikat belegt, dass die Arbeitgeber das von berufundfamilie angebotene Auditierungs- beziehungsweise Dialogverfahren erfolgreich durchlaufen haben und somit einen strategischen Prozess nutzen, um die Vereinbarkeit von Beruf beziehungsweise Studium, Familie und Privatleben nachhaltig zu gestalten.

Vereinbarkeit steht im Fokus

Insgesamt sind mittlerweile über 330 Organisationen in diesem Rahmen für ihre strategisch angelegte familien- und lebensphasenbewusste Personalpolitik gewürdigt worden. Die AOK Hessen ist eine von sieben Organisationen – darunter drei Unternehmen und zwei Institutionen –, die nach dem erfolgreichen Abschluss des sogenannten Dialogverfahrens zum sechsten Mal begutachtet

wurden. Das Dialogverfahren ist ein schlankes Verfahren, das Arbeitgebern offensteht, die sich seit mindestens neun Jahren mit dem Audit für eine systematische betriebliche Vereinbarkeitspolitik engagieren.

Potenziale wirksam nutzen

Für die AOK Hessen ist klar, dass eine zukunftsorientierte Personalarbeit in mehrfacher Hinsicht wirkt: Sie macht die Gesundheitskasse zu einer attraktiven Arbeitgeberin nach innen und außen. Zufriedene und engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind eine wichtige Voraussetzung für exzellenten Service und für zufriedene Kundinnen und Kunden. Karlheinz Löw, der Personalchef der AOK Hessen, bestärkt: „Die individuellen Anforderungen und Erwartungen unserer Beschäftigten sind die Grundlagen unseres Diversity-Managements. Potenziale und Kompetenzen unserer Mitarbeitenden können durch die guten Rahmenbedingungen zu Vereinbarkeit von Beruf, Familie, Pflege und Privatleben wirksamer genutzt werden. Das ist ein wesentlicher Bestandteil der Herausforderungen einer neuen Arbeitswelt und weiterhin erfolgreichen Unternehmensausrichtung.“

Privat- und Berufsleben im Gleichgewicht: Zufriedene Beschäftigte sind die Basis



Foto: iStock

Lehren aus der Krise

Am 15. und 16. September 2020 veranstaltete das F.A.Z.-Institut ein Digilevent mit dem Titel „Responsible Leadership nach der Krise: Wie Unternehmen wirtschaftlichen Erfolg, Nachhaltigkeit und Verantwortung zusammenbringen können“. Detlef Lamm, der Vorstandsvorsitzende der AOK Hessen, sprach dabei über die Herausforderungen unternehmerischen Handelns in Zeiten der Covid-19-Pandemie. Er stellte vor allem heraus, wie wichtig Zusammenarbeit und Systemverantwortung in Krisenzeiten sind. Verantwortliche Führung heißt deshalb für ihn, einerseits die Geschäftsfähigkeit des eigenen Unternehmens zu sichern und hierfür Unterstützung und Zusammenarbeit zu organisieren. Andererseits müssen Unternehmen aber auch Verantwortung für die Gesellschaft als Ganzes übernehmen. Seine Botschaft an die Zuschauerinnen und Zuschauer: Allein kommt niemand durch die Krise.



Foto: Dirk Beichert BusinessPhoto

Im Live-Stream: Detlef Lamm

Nicht nur zur Arbeit radeln

Die gemeinsame Kampagne „Mit dem Rad zur Arbeit“ von AOK Hessen und ADFC Hessen fand auch während der Coronapandemie statt – allerdings mit leichten Veränderungen. Offiziell startete die Aktion erst am 1. Juni 2020. In diesem Jahr konnten aber auch Fahrten im Mai berücksichtigt werden. Wie auch in den Vorjahren mussten wenigstens 20 Radtage im Online-Aktionskalender vermerkt werden. Absolviert werden mussten diese bis zum 30. September. Neu war, dass auch Personen, die ganz oder teilweise im Homeoffice arbeiten, mitmachen konnten. Wer also in der Mittagspause einen Bewegungsdrang verspürte oder nach Feierabend zum Ausgleich seine Runden auf dem Sattel drehte, konnte auch an der Wertung teilnehmen. Was sich auch nicht geändert hat: Auch 2020 gab es hochwertige Team- und Einzelpreise zu gewinnen.



 **Mehr Informationen unter:** www.mit-dem-rad-zur-arbeit.de

MORE gewinnt dfg-Award

Die AOK Hessen ist erneut unter den Gewinnerinnen des dfg-Awards. Dabei handelt es sich um eine Auszeichnung, die jährlich vom Branchenmagazin „Dienst für Gesellschaftspolitik“ (dfg) vergeben wird. Die hessische Gesundheitskasse hat mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH), dem Hessischen Apothekerverband (HAV) und dem IT-Dienstleister Optica im Rahmen eines Pilotprojektes einen besonderen Service geschaffen: „MORE – Mein Online-Rezept“. Für Patientinnen und Patienten bedeuten die Video-Sprechstunde und das elektronische Rezept ein Mehr an Komfort. Der Wegfall von Fahrtwegen und Wartezeiten sowie die Verringerung von persönlichen Patienten-Arzt-Kontakten sind – gerade in Zeiten des Coronavirus – besonders positiv zu bewerten.

Impressum

Forum aktuell
Gesundheits- und sozialpolitischer
Informationsdienst der
AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

Herausgeber

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Ralf Metzger (V. i. S. d. P.), Hauptabteilungsleiter
Unternehmenspolitik/-kommunikation
Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg v. d. H
Telefon: 06172 272-162
Fax: 069 66816550-162
E-Mail: forum.aktuell@he.aok.de
Internet: aok.de/hessen

Redaktionsbeirat

André Schönewolf, Dr. Stefan Hoehl,
Detlef Lamm, Dr. Michael Karner,
Dr. Isabella Erb-Herrmann

Redaktionsleiter

Norbert Staudt

Redaktion

Franziskus Dodel, Jürgen Merz, Jochen Schubert,
Michael Troll, Tobias Wötzel

Redaktionsschluss

2. Oktober 2020

Realisation

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin
Redaktion: Fabian Obergföll, Wigbert Tocha
Creative Director: Sybilla Weidinger
Grafik: Geertje Steglich


Titelbild

iStock

ISSN 1611-7395



20-0373



Krank sein ist anstrengend.
Kann das Drumherum
nicht **einfach** sein?

Krankmeldung bequem per App an die Krankenkasse
senden: aok.de/gesundheitsfragen

Für ein gesünderes Deutschland.

„MEINE AOK“
APP