

NordWest FAKTOR

Informationen und Positionen zum Gesundheitswesen 03/22

Ein Spiel auf Zeit

Die bisherige Gesundheitspolitik der Ampelkoalition ist ernüchternd: Probleme werden allenfalls kurzfristig gelöst, strukturelle Änderungen werden auf die lange Bank geschoben. Während Kommissionen tagen, vergeht wertvolle Zeit.



Tom Ackermann
Vorstandsvorsitzender der
AOK NordWest

Vor einem Jahr trat Karl Lauterbach sein Amt als Bundesgesundheitsminister an – und die Zwischenbilanz fällt ernüchternd aus. Zu beobachten ist, dass die Ampel vor allem auf Zeit spielt. Zeit, die es aber nicht gibt, denn die Wirkung des Finanzstabilisierungsgesetzes wird schnell verdampfen. Zwar ist der Minister nun sogar gesetzlich aufgefordert, seine Empfehlungen für stabile Kassenfinanzen spätestens bis zum 31. Mai 2023 vorzulegen. Doch ob der Bund dann endlich seiner eigenen Finanzierungsverantwortung für GKV-fremde Leistungen nachkommen will, erscheint weiter fraglich. Schließlich soll der Minister laut Auftrag nun ausdrücklich insbesondere die Ausgabenseite der GKV betrachten. Das ist zwar zweifellos auch notwendig, klingt aber eher nach einem Sparprogramm als nach einem klaren Bekenntnis, endlich für kostendeckende Beiträge des Bundes für ALG-II-Bezieher zu sorgen. Gleiches Zeitspiel gilt für die Pflegeversicherung. Obwohl sich

bereits im ersten Halbjahr 2023 ein Defizit von drei Milliarden Euro abzeichnet, steht bisher nur die kurzfristige Liquiditätssicherung auf der Agenda. Von einer wirklichen Reform der Finanzierung ist bislang noch nichts zu sehen.

Wenig überzeugend sind auch die ersten Vorläufer der avisierten Krankenhausreform. Was auf die Schnelle mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz verabschiedet wurde, führt weder zur besseren Versorgung der Patienten noch zu attraktiveren Arbeitsbedingungen des medizinischen Personals. So lässt der große Wurf noch auf sich warten. Wie dieser gelingen könnte, zeigen die mutigen Impulse der Regierungskommission zur Neuausrichtung der Klinikfinanzierung. Diese mit einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung zu verknüpfen und nach Versorgungsstufen zu differenzieren ist ein guter Ansatz. Darin müssen sich aber auch die Länder wiederfinden. Und die haben sich bisher gegen weitere Vorgaben aus Berlin ausgesprochen. Zweifel sind angebracht, ob es zu dem so dringend notwendigen Konsens kommt – oder ob das Zeitspiel weitergeht. · ta

Inhalt

3 Warum sich Burkhard Blienert für eine Legalisierung von Cannabis stark macht.

6 Wie sich per Mausclick ein Pflegeplatz schneller und einfacher finden lässt.

9 Medikationsberatungen in Apotheken bleiben hinter den Erwartungen zurück.

Standpunkte



Lutz Schäffer
alternierender Verwaltungsratsvorsitzender der AOK NordWest

„Pflegeboomer“ kommen

Rund 800.000 Pflegebedürftige in NRW und rund 100.000 Pflegebedürftige in Schleswig-Holstein werden aktuell zu Hause gepflegt: zwei Drittel von ihnen ausschließlich durch private Pflegepersonen wie Angehörige oder Freunde. Mit dem zunehmenden Pflegebedarf wird sich auch die Zahl der pflegenden Angehörigen in den nächsten zehn Jahren nahezu verdoppeln. Denn aus der Generation der „Babyboomer“ wird bald die der „Pflegeboomer“. Dieser Aufgabe müssen wir uns als Gesellschaft stellen. Nicht nur die Vereinbarkeit von Pflege und Familie, sondern auch die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf spielen zunehmend eine Rolle. Genau da muss die Politik ansetzen und spezielle Hilfen für pflegende Angehörige ermöglichen.



Johannes Heß
alternierender Verwaltungsratsvorsitzender der AOK NordWest

Unwucht beseitigen

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) enthält gravierende Mängel. Wie ein neues Gutachten belegt, liegen die Ausgaben für vulnerable Gruppen, zum Beispiel Pflegebedürftige oder Langzeitarbeitslose, mit bis zu 2.500 Euro deutlich über den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Weder die ab 2021 eingeführte Berücksichtigung aller Krankheiten im Morbi-RSA noch die neue Regionalkomponente können diese bestehenden Unterdeckungen kompensieren. Ausgaben für junge und gesunde Versicherte werden dagegen überkompensiert. Diese Unwucht muss beseitigt werden. Es kann schließlich nicht Aufgabe der Kassen sein, sich stärker um jüngere, kostengünstigere Versicherte zu kümmern als um besonders gefährdete Menschen.

Morbi-RSA

Sozial Schwache im Nachteil?

Ein vom AOK-Bundesverband beauftragtes Gutachten belegt Mängel bei der Berücksichtigung vulnerabler Gruppen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Es gelte, Schwachstellen zu beseitigen.



Foto: Stockphoto/Rich Legg

Die Bevölkerungsgruppen werden im Morbi-RSA unterschiedlich behandelt.

Das Gutachten des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen kommt zu dem Ergebnis, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Ausgaben für Pflegebedürftige, Arbeitslose, Erwerbsminderungsrentner und zuzahlungsbefreite Versicherte bei Weitem nicht decken. Es stellt bei diesen vier vulnerablen Versichertengruppen eine „systematische Unterdeckung“ fest. Die größte Unterdeckung weisen Pflegebedürftige mit einer Deckungsquote von nur 86,2 Prozent auf, gefolgt von den zuzahlungsbefreiten Versicherten (89,0 Prozent), den Erwerbsminderungsrentnern (90,5 Prozent) sowie den ALG-II-Beziehenden (95,3 Prozent). In Euro ausgedrückt bedeutet das bei Pflegebedürftigen eine Unterdeckung von 1.685 Euro im Jahr. Bei zuzahlungsbefreiten Versicherten sind es 1.038 Euro, bei Erwerbsminderungsrentnern 829 Euro und bei ALG-II-Beziehenden 123 Euro.

Die Ergebnisse zeigen: Vulnerable Versichertengruppen werden bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds systematisch schlechter gestellt. Umgekehrt sind junge, gesunde Versichertengruppen nach wie vor finanziell überkompensiert. Mit an-

deren Worten: Die erhöhten Versorgungsbedarfe vulnerabler Gruppen bleiben im derzeitigen Ausgleichsverfahren unberücksichtigt.

Die daraus resultierenden finanziellen Verwerfungen bergen unerwünschte Risiken und Nebenwirkungen. So spricht das Gutachten ausdrücklich von „Anreizen möglicher Risikoselektionsstrategien“. Prof. Jürgen Wasem, Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen und Mitautor der Studie, zeigt Wege zur Lösung auf: „Alle vier untersuchten Versichertengruppen können über die bei den Kassen vorliegenden Daten im Morbi-RSA berücksichtigt werden. Damit ließe sich deren systematische Unterdeckung vollständig ausgleichen und die Performance des RSA verbessern.“ Die AOK setzt sich dafür ein, den RSA auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse weiterzuentwickeln. Wenn es Indizien dafür gebe, dass Fehlanreize zulasten schutzbedürftiger Versichertengruppen bestehen, dann müssten diese wirksam behoben werden. Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA müsse die benannten Schwachstellen im Rahmen seiner für 2024 geplanten Evaluation untersuchen und Vorschläge für die Weiterentwicklung machen.

CANNABIS-LEGALISIERUNG

Für offeneren Umgang

Burkhard Blienert, Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, über einen geplanten Gesetzentwurf, der eine kontrollierte Abgabe von Cannabis ermöglichen soll.



Interview

Die Koalition will Cannabis legalisieren. Was sind wesentliche Eckpunkte?

Wichtig ist in erster Linie, Konsumentinnen und Konsumenten vor den gesundheitlichen Gefahren zu schützen. Cannabis vom Schwarzmarkt birgt ein hohes Potenzial an giftigen, teilweise sehr gesundheitsgefährdenden Zusätzen, die bei einer kontrollierten Abgabe ausgeschlossen werden. Darüber hinaus entlasten wir die Justiz und stärken durch umfassendere Präventionsangebote, bessere Aufklärung und Hilfsangebote den Jugendschutz.

Soll es eine Erlaubnis zum Eigenanbau von Hanfpflanzen geben?

Ich denke, das macht Sinn und wird auch im Gesetzentwurf vorkommen. Wie viel genau erlaubt sein wird, kann ich aktuell noch nicht sagen.

Wie lange dürfte es dauern, bis es Cannabis an der Ladentheke gibt?

Nur weil jetzt die konkrete Arbeit am Gesetz beginnt, kann nicht morgen gleich ein Shop oder eine Apotheke Cannabis für Erwachsene anbieten. Dafür sind noch viele Schritte nötig und diese dauern. Somit halte ich nicht viel davon, jetzt ein Datum zu nennen.

Warum setzen Sie sich für eine kontrollierte Abgabe von Cannabis ein?

Ich habe mich seit vielen Jahren mit dem „Für und Wider“ rund um diese Debatte auseinandergesetzt. Dafür habe ich nicht nur mit Politikerinnen und Politikern aus den eigenen Reihen, sondern auch mit vielen aus der Opposition gesprochen. Außerdem bin ich

schon lange im Austausch mit Fachverbänden, Wissenschaft und Medizinerinnen und Mediziner. Wir sehen, dass die aktuelle Politik, der aktuelle eher restriktive Umgang mit dem Thema Cannabis, keinen Erfolg hat. Gerade Minderjährige kiffen immer mehr und das ist eine absolut falsche Entwicklung, denn Cannabis birgt für Minderjährige ein großes Gesundheitsrisiko. Daher wird es Cannabis in den



Alkohol ist noch lange kein Lebensmittel.

Burkhard Blienert, Sucht- und Drogenbeauftragter der Bundesregierung

Fachgeschäften auch nur für Erwachsene geben, aber wir müssen dringend besser und ehrlicher mit ihnen sprechen und die Prävention direkter ankommen lassen.

Sie haben die Anhebung der Altersgrenzen für Bier und Wein auf 18 Jahre gefordert. Welche Chancen sehen Sie für eine Umsetzung?

Mit dieser Forderung habe ich klar für einen neuen Umgang mit dem Thema Alkohol geworben. Sie wurde öffentlich und sehr kontrovers diskutiert. Das wollte ich auch erreichen. Ich halte es für überfällig, dass wir die etwas eingefahrenen Perspektiven neu justieren.

Nur weil Alkohol immer und überall erhältlich ist, bei jeder Familienfeier und bei Partys konsumiert wird, ist es noch lange kein Lebensmittel. Allein die Tatsache, dass 14-Jährige im Beisein von Erwachsenen Bier und Wein trinken dürfen, ist unter gesundheitlichen Gesichtspunkten ein absolutes „No Go“.

Geht Deutschland zu lax mit den Regularien um?

Ja, das denke ich schon. Daher haben wir mit dem Koalitionsvertrag eine gute Arbeitsbasis, um Dinge zu verändern, zum Beispiel beim Marketing und Sponsoring. Ich will niemandem sein Bier oder Glas Wein verbieten, aber wir müssen uns ehrlich fragen, ob wir mit knapp 70.000 Toten durch riskanten Alkoholkonsum, Verkehrsunfälle, Gewaltdelikte und betroffene Angehörige, die immer mitleiden, einfach so weiterleben möchten. Ich will das nicht. Ich will einen Neuanfang in der Sucht- und Drogenpolitik und dazu gehört auch das Thema Alkohol. Erste konkrete Maßnahme meiner Amtszeit ist ein länder- und trägerübergreifendes Hilfsportal, das kostenfreie und professionelle Suchtberatung rund um die Uhr ermöglicht.

Ist als Nächstes der Gesetzentwurf zur Cannabis-Legalisierung geplant?

Ja, das Ziel ist, dass in den kommenden Monaten etwas auf dem Tisch liegt. Bis dahin ist auch die Vereinbarkeit mit dem Europarecht noch zu klären. -jj



AOK-GESUNDHEITSATLAS KHK

Herz in Not

Engegefühl in der Brust, Schmerzen, Luftnot. Das sind die typischen Beschwerden der Koronaren Herzkrankheit (KHK). Unbehandelt kann die chronisch verlaufende KHK schlimme Folgen haben: Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt und plötzlicher Herztod.

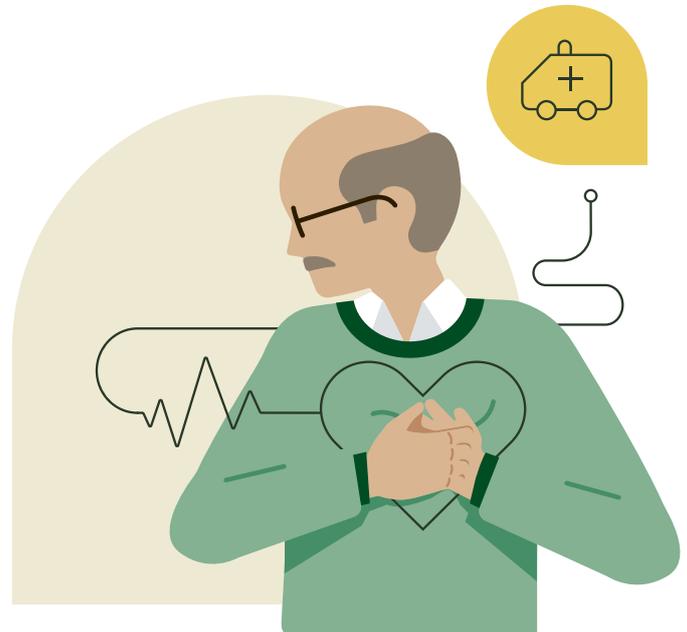
Der neue AOK-Gesundheitsatlas KHK des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) zeigt Fakten und Zusammenhänge: Bundesweit leiden 4,9 Millionen Menschen ab 30 Jahren an dieser Volkskrankheit, in Westfalen-Lippe sind es 518.000 Betroffene, in Schleswig-Holstein 170.000. Im Vergleich mit den anderen Bundesländern liegt Schleswig-Holstein mit einem KHK-Anteil von 8,3 Prozent genau im bundesweiten Durchschnitt, während Westfalen-Lippe mit einem KHK-Anteil von 9,1 Prozent den Bundesschnitt übersteigt. Die Krankheitshäufigkeit steigt generell mit zunehmendem Alter deutlich an. Männer sind in allen Altersgruppen stärker betroffen als Frauen.

Risikofaktoren für KHK

Neben einer genetischen Veranlagung, einem höheren Alter und dem männlichen Geschlecht gibt es mehrere Risikofaktoren, die die Entwicklung der KHK begünstigen. Dazu gehören die verschiedenen Einzelfaktoren des metabolischen Syndroms: Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, starkes Übergewicht und Blutzuckererkrankungen. Aber vor allem das Rauchen stellt einen wichtigen Risikofaktor für die Entwicklung einer KHK dar. „Ein wichtiges Ziel bei der Versorgung von KHK-Erkrankten ist neben Maßnahmen zur Lebensstiländerung auch ein optimales Krankheitsmanagement und eine gute strukturierte medizinische Versorgung“, sagt Bernd Marchlowitz, Bereichsleiter Ambulante Versorgung der AOK NordWest.

KHK-Patienten haben erhöhtes Risiko für schwere COVID-19-Verläufe

Der AOK-Gesundheitsatlas geht auch der Frage nach, welche Auswirkungen das Coronavirus auf KHK-Patienten hat. „Nach aktuellem Wissensstand wird davon ausgegangen, dass KHK-Betroffene im Falle einer SARS-CoV-2-Infektion ein um etwa zweifach erhöhtes Risiko für schwere Verläufe einer COVID-19-Erkrankung haben. Deshalb wird KHK-Patientinnen und -Patienten neben den allgemeinen Verhaltensmaßnahmen zur Verringerung eines SARS-CoV-2-Infektionsrisikos und den COVID-19-Impfungen auch die jährliche Gripeschutzimpfung sowie die Pneumokokkenimpfung empfohlen“, so Marchlowitz.



KHK-Patienten sollten gegen COVID-19, Grippe und Pneumokokken geimpft sein.

Bernd Marchlowitz

Bereichsleiter Ambulante Versorgung der AOK NordWest

Strukturierte Behandlung für ein besseres Krankheitsmanagement

Die Therapie der Koronaren Herzkrankheit besteht aus drei wichtigen Säulen: Maßnahmen zur Lebensstiländerung, medizinische Eingriffe zur Wiederherstellung der Durchblutung der Herzkranzgefäße und medikamentöse Therapien. Wichtig bei der KHK ist auch, dass die Patientinnen und Patienten im Sinne eines wirksamen Krankheitsmanagements aktiv eingebunden werden, um Lebensstilveränderungen Schritt für Schritt umzusetzen, Medikamente zuverlässig anzuwenden und im Notfall bei möglichen Herzinfarktsymptomen schnell die richtigen Entscheidungen zu treffen. Dies alles kann idealerweise im Rahmen des Disease-Management-Programms (DMP) realisiert werden. Die AOK NordWest engagiert sich seit Jahren für eine bessere und strukturierte medizinische Versorgung ihrer Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit. So ist das DMP „AOK-Curaplan“ für KHK-Patienten seit fast 20 Jahren ein fester Bestandteil der Versorgung. Aktuell sind über 59.000 Versicherte der AOK NordWest in Westfalen-Lippe und mehr als 20.000 Versicherte in Schleswig-Holstein in dieses Programm eingeschrieben.

· ae



Auf einen Blick

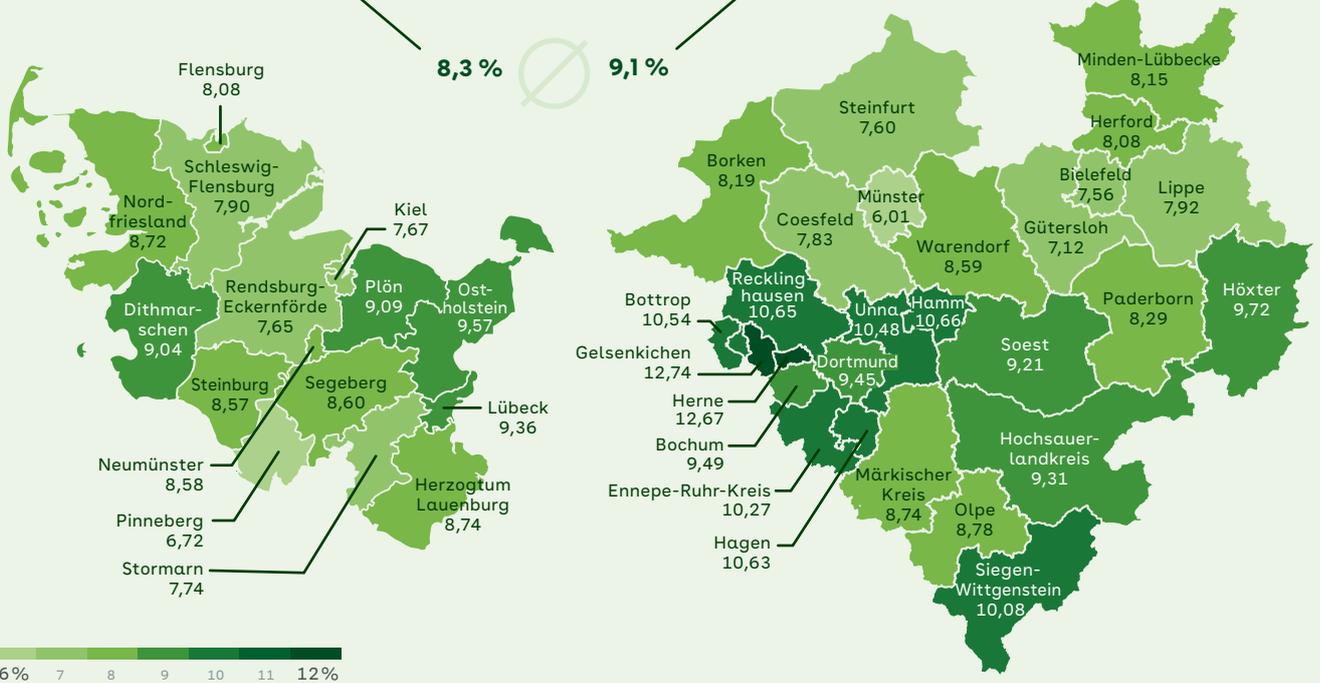
Deutliche regionale Unterschiede

Der Gesundheitsatlas zeigt, dass es zwischen den Regionen in Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein deutliche Unterschiede beim Anteil der KHK-Patienten gibt.

Prozentualer Anteil der über 30-Jährigen mit Koronarer Herzkrankheit in den Kreisen und kreisfreien Städten in ...

... Schleswig-Holstein

... Westfalen-Lippe



Quelle: WiDo 2022

Gesetzgebung

Zweitmeinung vor Gallen-OP

In Deutschland wird jährlich bei rund 200.000 Patienten die Gallenblase entfernt – das ist deutlich mehr als im europäischen Vergleich. Zukünftig sollen GKV-Versicherte laut G-BA-Beschluss vor einer geplanten Gallen-OP Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung haben. Ziel ist es, die medizinische Notwendigkeit zu prüfen und Behandlungsalternativen aufzuzeigen. Voraussichtlicher Beginn ist der 1. Januar 2023.



Foto: iStockphoto/jacoblund

Stiftung geplant

Die „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ (UPD) soll nach den Plänen des BMG künftig im Rahmen einer Stiftung neu strukturiert werden. Finanziert werden soll die UPD aus Krankenversicherungsbeiträgen. Insgesamt sind 15 Millionen Euro pro Jahr vorgesehen. Der GKV-Spitzenverband kritisiert die Pläne. Die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der Stiftung seien vom Bund aus Steuermitteln zu finanzieren.



Foto: iStockphoto/phattaraphum

Triage-Gesetz beschlossen

Der Bundestag hat das Triage-Gesetz verabschiedet. Es regelt, welchen Patienten im Fall von Versorgungsengpässen bei Pandemien überlebenswichtige Behandlungskapazitäten vorrangig zugeteilt werden. Danach darf die Zuteilungsentscheidung „nur nach der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit“ getroffen werden. Andere Kriterien wie das Alter oder eine Behinderung dürfen dabei keine Rolle spielen.



Foto: iStockphoto/Eoneren

DIGITALE TOOL

Per Mausklick: Pflegeplatz gesucht und gefunden

Ab sofort nutzt die Pflegeberatung der AOK NordWest den Pflegeplatzmanager, um Versicherten schneller und unkomplizierter einen geeigneten Pflegeplatz anzubieten.



Der Fachkräftemangel in der Pflege führt zu einer Verknappung von Pflegeleistungen und -plätzen. Die AOK NordWest bietet mit spezialisierten Pflegeexperten auch die Vermittlung einer Betreuung durch einen Pflegedienst oder die Suche nach einem Kurzzeitpflege- oder Pflegeplatz an. Mit einer digitalen Anwendung – dem Pflegeplatzmanager – soll die bestmögliche Lösung schnell gefunden werden. Der Pflegeplatzmanager ist eine deutschlandweit genutzte webbasierte Kommunikationsplattform. Er optimiert Entlass- und Aufnahmeprozesse zwischen medizinischen Leistungserbringern und Nachversorgern.

Mit dem Erstellen eines Hilfesuchens auf der Plattform werden alle potenziellen Nach- und Weiterversorger in der gewünschten Region zeitgleich angefragt. Anhand der Rückmeldungen können dann passgenaue und vorhandene Pflegekapazitäten von den AOK-Pflegeberaterinnen und -beratern gefunden werden.

- dk



[pflegeplatzmanager.de](https://www.pflegeplatzmanager.de)

KRANKENHAUSAUFENTHALT

Übergangspflege schließt Versorgungslücken

Die Krankenhausbehandlung ist zu Ende, aber die Anschlussversorgung ist nicht gesichert. Was nun? Für bis zu zehn Tage kann die Klinik eine Übergangspflege anbieten.



Foto: iStockphoto/PeopleImages

Pflege in der Klinik: Für bis zu zehn Tage ist dies möglich.

Damit kann vermieden werden, dass Patienten mit Unterstützungsbedarf in ungewisse Versorgungssituationen entlassen werden. Die notwendige Pflege und Versorgung mit Arzneimitteln etc. erfolgt dann vorübergehend weiter in

der Klinik. Die Übergangspflege muss nicht beantragt werden, ist jedoch an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. So bleibt die Klinik vorrangig in der Pflicht, sich im Rahmen des Entlassungsmanagements frühzeitig um eine nahtlose Anschlussversorgung zu kümmern. Lässt sich diese – etwa häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege oder Reha-Leistungen – nicht sicherstellen, ist das zu dokumentieren.

Die Einzelheiten dazu haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaften für Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen vereinbart. „Die Leistung verbessert die Versorgungskontinuität“, meint Thomas Fritz, zuständiger Unternehmensbereichsleiter bei der AOK NordWest. „Nun setzen wir darauf, dass die Kliniken uns bei der Organisation der Anschlussversorgung frühzeitig einbinden.“

- me

Kurz gemeldet aus Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein

Transparenzbericht der AOK NordWest erschienen

Qualität macht den Unterschied – auch bei Krankenkassen. Aber wie macht man Qualität sichtbar? Mit einem Bericht, in dem die Leistungs-, Versorgungs- und Servicequalität offen dargestellt wird – so wie im dritten Transparenzbericht der AOK NordWest, der seit 2020 jährlich erscheint. Denn nur, was transparent und messbar ist, ist vergleichbar. Das Ziel dabei ist, das Angebot sowie die Leistungen und Ser-



vices noch besser zu gestalten und weiterzuentwickeln. Die Auswahl der Qualitätskriterien bietet ein ausgewogenes Verhältnis von Informationsumfang und -tiefe und orientiert sich grundsätzlich an den Anliegen der Versicherten. Vergleichbar wird die Qualität aber erst, wenn alle Krankenkassen anhand von festgelegten Kriterien ihre Zahlen offenlegen. Die AOK hat 2020 mit den Transparenzberichten eine Vorreiterrolle im GKV-System übernommen. Das BMG soll jetzt einheitliche Kriterien für alle Kassen festlegen.



aok.de/pk/struktur-verwaltung/transparenzbericht/

Hebammen rechnen digital mit den Kassen ab

Die Erfassung und Abrechnung von Hebammenleistungen wird digitalisiert. Bei dem Verfahren stößt die Hebamme in ihrer Abrechnungssoftware eine elektronische Versichertenbetätigung (eVB) an. Die Kundin erhält daraufhin eine Information auf ihr Smartphone und bestätigt die Leistung mit einem Klick. Diesen Datensatz kann die Hebamme per Knopfdruck bei der Krankenkasse einreichen. „Wir ergänzen mit der eVB die digitalen Prozesse der AOK NordWest. Das ist sowohl für Kundinnen, Hebammen und Krankenkassen-

TELEMENTOR COPD

Weniger Klinikaufenthalte, mehr Lebensqualität

Bei der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) ist die Lunge dauerhaft geschädigt. Patienten erhalten jetzt Unterstützung durch eine neue App.



Nicht selten kommt es bei der COPD zu einer Verschlechterung des Krankheitszustands (Exazerbation) und zu Krankenhausaufenthalten. Hier setzt das Innovationsfondsprojekt Telementor COPD an. Ziel ist es, Exazerbationen durch frühzeitige Erkennung und Intervention vorzubeugen, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und eine höhere Lebensqualität zu erreichen. Patienten erhalten über eine COPD-App präventive Inhalte zur Motivation für ein Körper- und Lungentraining. Über Telemessgeräte zur häuslichen Messung von relevanten Vitalparametern und zur Abfrage des COPD-Assessment-Tests werden automatisch Werte erfasst. Anhand eines Ampelschemas zeigen sie das Exazerbationsrisiko an. Die Daten werden zudem täglich über eine digitale Datenplattform gesichtet. Je nach Dringlichkeit werden Patientinnen und Patienten dann entweder über Videochat kontaktiert oder unmittelbar an behandelnde Pneumologen überwiesen. Die AOK NordWest beteiligt sich als Konsortialpartner an diesem Projekt.

· bg



telementor-copd.de

ELEKTRONISCHE AU

Nächster Schritt zur digitalen Krankmeldung

Im Jahr 2021 startete die Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU). Jetzt können auch Arbeitgeber das Verfahren nutzen.



Lästiger Papierkram ist bei der Krankmeldung passé.

„Von den über 124.000 wöchentlichen AU-Bescheinigungen kommen bereits fast 100.000 elektronisch zu uns“, freut sich Marc König, Bereichsleiter Serviceleistungen. Die wöchentliche eAU-Quote der AOK NordWest liegt damit bei rund 80 Prozent. Bis

Jahresende sollen 100 Prozent erreicht werden. Durch den digitalen Austausch der AU-Daten verringert sich die Menge an Formularen deutlich, Kosten werden eingespart, die Zustellung erfolgt schneller und sicherer. 2023 folgt der nächste Schritt – das digitale Verfahren der eAU wird auf Arbeitgeber und Steuerberater ausgeweitet. Hierbei soll die AU von Mitarbeitenden zwar weiter beim Arbeitgeber angezeigt werden. Die Pflicht, eine Papier-Bescheinigung vorzulegen, entfällt aber. Die Zeiten der AU werden dann vom Arbeitgeber bei den Kassen elektronisch abgerufen. Seit Januar 2022 wird das getestet. Über 100.000 Arbeitgeberanfragen zum Vorliegen der AU wurden bis Oktober von der AOK NordWest beantwortet. „Die Abfragen steigen monatlich an. Im Oktober waren es über 24.000“, so König.

· sm



aok.de > Sozialversicherung > Entgeltfortzahlung und Ausgleichsverfahren > eAU

sen deutlich komfortabler, schneller, effizienter und umweltschonender“, so Bernd Marchowitz, Leiter des Bereichs Ambulante Versorgung. „Dass weitere Kassen die eVB einsetzen, ist ein wichtiges Signal an Hebammen, dieses Angebot nun umfassend zu nutzen“, ergänzt Ursula Jahn-Zöhrens, Beirätin im Deutschen Hebammenverband. Ohne Papierformulare könnte hochgerechnet auf alle Krankenkassen der Druck und Versand von zehn Millionen Formularen pro Jahr entfallen. Und Abrechnungen können schneller bearbeitet und bezahlt werden.



www.eversichertenbestaetigung.de

Zahl der Eingriffe in Kliniken auf einen Blick

Bei komplexen Eingriffen gelten Mindestmengen. Sie sind ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und sollen das Risiko von Komplikationen minimieren. Laut Studien ist in Krankenhäusern, die die Mindestmengen erfüllen, unter anderem das Sterberisiko signifikant niedriger. Die Krankenkassen prüfen jährlich die von den Krankenhäusern übermittelten Prognosedaten für die Eingriffe. Liegen keine begründeten Zweifel an der Prognose vor, erhalten die Krankenhäuser für das Folgejahr eine Leistungsberechtig-

ung und werden in einer Mindestmengen-Transparenzliste veröffentlicht. Dabei basieren alle Leistungszahlen auf eigenen Angaben der Kliniken im Rahmen ihrer Prognosemeldung. Die Mindestmengen-Transparenzliste 2023 der AOK NordWest stellt alle leistungsberechtigten Krankenhäuser in Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein sowie die Zahl durchgeführter Eingriffe dar.



aok-bv.de > Engagement > Mindestmengen

Praxis

Was ist eigentlich ...



... das WIdO?

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) ist eine selbstständige Einheit innerhalb des AOK-Bundesverbandes. Es bietet Expertisen über alle Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung und nimmt vor allem die Patientenversorgung in den Blick. Damit das gelingt, werten die WIdO-Expertinnen und -Experten jedes Jahr viele Millionen Daten zur Gesundheitsversorgung in Deutschland unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekten aus. Seit seiner Gründung im Jahr 1976 arbeitet das Institut an zentralen Fragestellungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung und ihrer Finanzierung. Das WIdO versteht sich als Bindeglied zwischen Wissenschaft und Praxis. Zu den regelmäßigen Publikationen gehören der Arzneimittel-Kompass, der Fehlzeiten-Report, der Krankenhaus-Report, der Gesundheitsatlas sowie die Quartalsschrift G+G Wissenschaft. Entsprechend seinem Statut hat das Wissenschaftliche Institut der AOK zwei zentrale Aufgabenschwerpunkte: Zum einen unterstützen die Forschungs- und Entwicklungsarbeiten insbesondere die AOK-Gemeinschaft dabei, eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Zum anderen geht es um Forschung und Lehre, die Grundlagen, Probleme und die Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Blick nimmt. Das WIdO engagiert sich auch in internationalen Forschungsoperationen, etwa mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

LONG COVID

Wo Betroffene Hilfe erhalten

Mit dem neuen Long-COVID-Coach unterstützt die AOK Erkrankte dabei, ihre Beschwerden besser in den Griff zu bekommen. Patienten sind im Schnitt sieben Wochen lang krankgeschrieben.



Foto: iStockphoto/Hartmut Kosig

Viele Menschen sind im Zuge einer COVID-Erkrankung lange erschöpft.

Wer an Long-COVID erkrankt ist, braucht Unterstützung weit über die akute Infektion hinaus. Die AOK hat dafür ein neues Online-Angebot entwickelt: Der Long-COVID-Coach gibt einen Überblick über die Erkrankung, Therapiemöglichkeiten und Übungen zur Linderung von Beschwerden. Er informiert Betroffene, Interessierte und Angehörige über die Erkrankung Long-/Post-COVID und unterstützt bei der Bewältigung der Krankheit. Der Coach ist ein Gemeinschaftsprojekt des Universitätsklinikums Heidelberg (Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung sowie Abteilung Innere Medizin IV/Long-COVID-Ambulanz) und des AOK-Bundesverbandes mit Unterstützung der Rehaklinik Heidelberg-Königstuhl. Als Long-COVID werden anhaltende oder neue Symptome ab vier

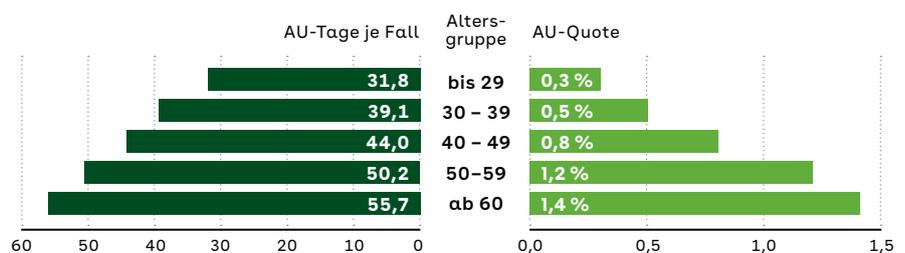
Wochen nach der Infektion bezeichnet, ab einem Zeitraum von zwölf Wochen nach der Infektion sprechen Experten von Post-COVID.

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) hat in einer Analyse festgestellt, dass Long-COVID-Patienten im Durchschnitt sieben Wochen krankgeschrieben sind. Die Auswertung zeigt zudem deutliche Unterschiede zwischen der Omikron- und der Deltawelle. Laut WIdO fiel seit Pandemiebeginn mehr als jeder fünfte durchgängig erwerbstätige AOK-Versicherte im Zusammenhang mit einer akuten COVID-19-Erkrankung aus – ältere Menschen deutlich länger als jüngere. · sm



aok.de/pk/long-covid/

Ausfallzeiten aufgrund von Long- bzw. Post-COVID



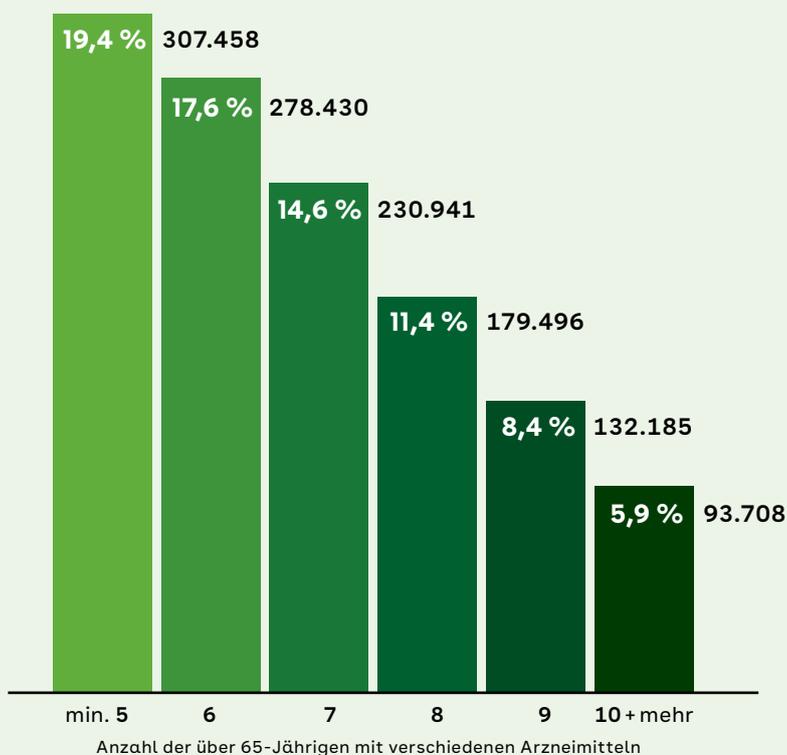
Je älter die Menschen mit einer COVID-Erkrankung sind, desto mehr Tage waren sie jeweils krank. Die Quote der Arbeitsunfähigkeit war hier daher auch höher.

Medikamentencocktail – Vorsicht vor Wechselwirkungen



Viele verschiedene Arzneimittel zur gleichen Zeit

1.580.881 Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung in Westfalen-Lippe sind älter als 65 Jahre. Polymedikation ist in dieser Altersgruppe ein besonders großes Thema.



Polymedikation, die dauerhafte Einnahme von mehr als fünf Medikamenten gleichzeitig, ist im Versorgungsalltag sehr häufig anzutreffen. Die potenziellen Interaktionen, Nebenwirkungen und Komplikationen lassen sich dabei nur noch schwer überblicken. Seit Juni 2022 können Apotheken dazu eine Medikationsberatung anbieten.

Durch eine strukturierte Analyse der Gesamtmedikation können potenzielle Risiken und Probleme erkannt und vermieden werden. Insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten besteht Bedarf. Fast jeder fünfte der über 65-Jährigen nimmt regelmäßig fünf oder mehr Medikamente ein. „Dennoch wird die Medikationsberatung bisher kaum genutzt“, bedauert Birgit Ewen, Leiterin des Fachbereichs Arzneimittel der AOK Nord-West. Von Juni bis Oktober hätten bislang nur 36 der rund 1.800 Apotheken in Westfalen-Lippe diese mit 90 Euro netto vergütete Leistung erst 57-mal für AOK-Versicherte abgerechnet. Im Vergleich dazu wurde die Blutdruckmessung bereits 117-mal und die Einweisung in die Inhalationstechnik sogar 255-mal als pharmazeutische Dienstleistung erbracht.

Birgit Ewen setzt auf eine Ausweitung der Medikationsberatungen, denn in einem Modellprojekt mit der Apothekerkammer Westfalen-Lippe wurden gute Ergebnisse erzielt. Im Rahmen des Projekts wurden 656 Medikationsanalysen in 116 Apotheken durchgeführt und wissenschaftlich ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass die Versicherten von gezielten Medikationsanalysen profitierten und viele arzneimittelbezogene Probleme gelöst werden konnten. „Jetzt muss evaluiert werden, ob die breite Ausweitung dieser prinzipiell sinnvollen Dienstleistung die Therapie der Betroffenen tatsächlich verbessert und die vorhandenen Ressourcen sinnvoll eingesetzt werden“, ergänzt Ewen. Die Krankenkassen stellen jährlich rund 150 Millionen Euro für fünf verschiedene pharmazeutische Dienstleistungen zur Verfügung. Diese werden durch einen Preisaufschlag von 20 Cent auf jede verordnete Arzneimittelpackung finanziert.

KRANKENHAUSPFLEGEENTLASTUNGSGESETZ

Mehr Schatten als Licht

Die Bundesregierung will mit dem „Krankenhauspflegeentlastungsgesetz“ (KHPfLEG) die Personalsituation in den Kliniken verbessern. Gleichzeitig stellt das Gesetz erste Weichen für die „große Krankenhausreform“. Nach AOK-Auffassung geht dabei nicht alles in die richtige Richtung.

Das KHPfLEG soll in erster Linie für eine angemessene Personalausstattung in der Pflege sorgen. Dazu gibt das Gesetz den weiteren Fahrplan zu einer einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs vor. Doch im Schlusspurt der Gesetzesberatungen kam ein bunter Strauß weiterer Einzelmaßnahmen im Krankenhausbereich hinzu. Damit setzt die Koalition die ersten Reformvorschläge der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ um. Von vielen Akteuren im Gesundheitswesen hagelt es Kritik. „Wir vermissen ein konsistentes Gesamtkonzept“, meint Thomas Fritz, der bei der AOK NordWest den Unternehmensbereich Krankenhäuser und Rehabilitation verantwortet. „Die Einzelmaßnahmen liefern keinen Beitrag zu der angestrebten qualitätsorientierten Neuordnung der Krankenhausstrukturen. Stattdessen konservieren sie die vorhandenen Mängel.“ So etwa in der Geburtshilfe. Unverständlich sei, dass Qualitätsaspekte, Erreichbarkeit oder Versorgungsdefizite bei der Verteilung der zusätzlichen 120 Millionen Euro nicht zwingend berücksichtigt werden müssen. Stattdessen bleibe es den Ländern überlassen, wie sie das Geld verteilen. „Dieses Gießkannenprinzip ist nicht zukunftsgerichtet“, kritisiert Fritz. Zudem würde der Fachkräfteman-



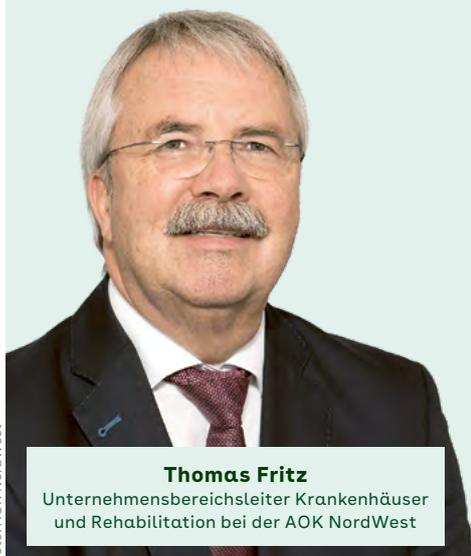
Foto: iStockphoto/LightFieldStudios

Für die Behandlung von Kindern erhalten Kliniken künftig mehr Geld.

gel ohne Not verschärft, weil die erforderliche Strukturberreinigung unterbleibe.

Auch die zusätzlichen Zahlungen für die Pädiatrie sind aus seiner Sicht problematisch, weil fast ein Drittel der jährlich 270 Millionen Euro nicht ausschließlich an pädiatrische Fachabteilungen fließen wird. Denn dieses Geld geht auch an Kliniken, die Kinder und Jugendliche auf Erwachse-

Drei Fragen an ...



Thomas Fritz

Unternehmensbereichsleiter Krankenhäuser und Rehabilitation bei der AOK NordWest

Foto: AOK NordWest

Echte Klinikreform jetzt voranbringen

Eine Strukturreform der stationären Versorgung muss aus einem Guss sein. Planung und Finanzierung müssen auf neue Füße gestellt werden.

1. Die Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen soll vorangetrieben werden. Ist spezielle sektorengleiche Vergütung die Lösung?

Es werden immer noch zu viele Eingriffe stationär erbracht, für die gar kein Klinikaufenthalt notwendig wäre. Das ist teuer und bindet unnötig Ressourcen. Deshalb ist es prinzipiell richtig, die Ambulantisierung zu forcieren. Die jetzt angestrebte Incentivierung birgt aber das Risiko, dass ökonomische Interessen Art und Menge der ambu-

lantiserten Leistungen bestimmen. Deshalb haben wir ein Ambulantisierungsbudget mit einer Quote für die nach EBM beziehungsweise DRG vergüteten Leistungen vorgeschlagen. Das ließe sich unbürokratisch umsetzen und vermeidet unnötige Mehrausgaben.

2. Die Geburtshilfen und die Pädiatrie erhalten leistungsunabhängige Zuschläge. Was halten Sie davon?

Das Ziel, die Versorgung in der Pädiat-

nenstationen mitbehandeln. „Unter diesem Aspekt werden die Mehrausgaben weder zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung führen noch die Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden in diesen Bereichen verbessern,“ so Fritz.

Die Idee der neu eingeführten speziellen sektorengleichen Vergütung kann Fritz hingegen nachvollziehen. Auch er hält einen Impuls für die Ambulantisierung für notwendig. Aber der Vorschlag berge auch Risiken: Er könne zu einer deutlichen Anhebung der bisherigen EBM-Vergütung und zu Verwerfungen in der EBM-Systematik führen.

Die AOK hat ein eigenes Konzept für die sektorengleiche Vergütung vorgelegt, das ohne die Übervergütung ambulanter Leistungen auskommt: Durch die vorgeschlagene Festlegung einer Quote von Leistungen, die ambulant vergütet werden, besteht für Krankenhäuser ein Anreiz, die Ambulantisierung voranzubringen. Diese Quote berücksichtigt für die Kliniken, dass sie auch weiterhin Patientinnen und Patienten stationär behandeln müssen. „Dieses Modell kommt ohne eine Prüfung im Einzelfall aus, kann zeitnah und bürokratiearm umgesetzt werden und vermeidet Ausgabensteigerungen zulasten der Beitragszahlenden“, so Fritz.

Kritisch sieht er die Einführung der Tagesbehandlung im Krankenhaus und deren Abrechnung im DRG-System „Der Organisationsaufwand für die Kliniken ist enorm, die Abrechnungen werden noch komplexer und die beabsichtigte Entlastung des Pflegepersonals ist mehr als fraglich“, meint Fritz. - kö

rie und Geburtshilfe zu verbessern, begrüße ich. Aber genau das wird mit dem zusätzlichen Geld nicht erreicht. Die Verteilung der Zuschläge orientiert sich an den vorhandenen Strukturen und zahlt nicht auf eine qualitätsorientierte Neuausrichtung ein. Das muss im Rahmen einer umfassenden Klinikreform dringend neu justiert werden.

3. Wie könnte die Lösung aussehen?

Vor allem brauchen wir ein klares Bild, wie die Krankenhauslandschaft in Zukunft aussehen soll. Und dann eine Reform, die sowohl die Krankenhausplanung als auch die Finanzierung konsistent darauf ausrichtet. Beim derzeitigen Herauslösen von Einzelthemen mit kurzfristigen Bypasslösungen geht der Blick für das große Ganze verloren.

AOK & Medien

Mit T(t)witter(n)

Direkt vernetzt mit den Teams Presse & Politik der AOK NordWest – ganz einfach über:



@AOKNORDWEST

twitter.com/AOKNORDWEST



Neues aus dem AOK-Kosmos

AOK etabliert „Tag der Krebsvorsorge“

Am 28. November 2022 fand erstmals der „Tag der Krebsvorsorge“ statt. Die AOK kooperiert dazu mit der Deutschen Krebsgesellschaft. Der Tag soll die Bedeutung von Vorsorgeuntersuchungen unterstreichen. Die Botschaft lautet: Früherkennung kann Leben retten.



Mehr lesen: aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2022/index_26068.html



Fehlzeiten-Report erschienen

Soziale Unternehmensführung ist gesund. So lautet das Fazit des Schwerpunktthemas des Fehlzeiten-Reports 2022. Untersucht wurde die ökonomische, ökologische und soziale Rolle von Unternehmen für die Gesellschaft in dieser von Krisen und Transformationsprozessen geprägten Zeit.



Mehr lesen: wido.de > Publikationen & Produkte > Buchreihen > Fehlzeiten-Report > 2022

Der Weg zu modernen Strukturen

Im aktuellen Blickpunkt Klinik stellt die AOK ein Modell vor, das die Krankenhausplanung mit der Finanzierung von Vorhaltekosten verknüpft. Im Vordergrund stehen dabei bevölkerungsbezogene Bedarfe und strukturelle Voraussetzungen – also Parameter, die Qualität gewährleisten.



Mehr lesen: blickpunkt-klinik.de

Illustration: Stockphoto/Zegbart



Glosse

Gut und gut gemeint

von Kerim Köhne

Sparen an sich ist ja eine schöne Sache – und liegt seit ein paar Monaten voll im Trend. Strom, Erdgas, warmes Wasser: Von allem sollen wir weniger verbrauchen. Und da wir alle nicht so recht wissen, wie wir das richtig angehen sollen, gibt es allerlei schlaue Tipps von Experten und welchen, die sich dafür halten. Haben Sie schon Ihren Duschkopf ausgetauscht? Ihren Vorrat an Waschlappen und warmen Pullovern aufgestockt? Nun, letztlich müssen wir alle selbst entscheiden, wie weit wir gehen. Manchmal beschleicht mich aber das Gefühl, dass wir ein bisschen über das Ziel hinausschießen. Denn was gut gemeint ist, muss nicht auch gut sein. Klar, die Heizung um ein oder zwei Grad herunterzudrehen, hilft Portemonnaie und Klima. Aber es geht nicht um das Austesten der persönlichen Fröstelgrenze. Spätestens wenn Schimmelpilze die kaltfeuchten Wände erobern und Legionellen sich im lau temperierten Wassertank munter vermehren, entfalten falsch verstandene Expertentipps ernsthafte Risiken und Nebenwirkungen. Daher: Ein bisschen was geht immer, zu viel des Guten ist ungesund. Auch Sparen hat seine Grenzen, sonst zahlen wir am Ende drauf.

PRAXISWISSEN QUICKCHECK

E-Learning für Arztpraxen: Hilfe und Informationen für den Berufsalltag

Mit den Online-Lernprogrammen „Praxiswissen Quickcheck“ können sich Praxisteams über die richtige Verordnung von Heilmitteln, Krankenfahrten und häuslicher Krankenpflege und über die Pflegebegutachtung informieren. Jedes E-Learning schließt mit einem Zertifikat ab.

Inzwischen ist das siebte Online-Lernprogramm der AOK abrufbar. Das neue Angebot „Quickcheck DMP“ unterstützt Praxen bei der reibungslosen Umsetzung von Disease-Management-Programmen (DMP). Es eignet sich auch, um neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu schulen und für Praxen, die neu an DMP teilnehmen. Der „Quickcheck DMP“ erläutert die Regeln zur Einschreibung von Patientinnen und Patienten, beantwortet Fragen, die sich beim Arztwechsel ergeben, und beschreibt die



Versandwege und -fristen beim Übermitteln der mit einem DMP verbundenen Dokumentationen. Das Programm bietet praktische Tipps, wie sich etwa ungewollte Ausschreibungen vermeiden lassen, die nicht vergütet werden. · sm



aok.de/gp/praxiswissen-quickcheck

Ist das Reformtempo in der Gesundheitspolitik zu langsam?



Foto: DKG/Lopatta

Pro

Prof. Dr. Henriette Neumeyer
stv. Vorstandsvorsitzende
der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Nach einem Jahr Ampelkoalition muss man feststellen: Das Reformtempo ist zu langsam. Jetzt endlich tut sich etwas bei PPR 2.0 und den GKV-Finzen, leider mit neuen Fehlsteuerungen. Doch die großen Reformthemen wie Krankenhausfinanzierung, Strukturreform, und Pflegepersonalmangel befinden sich noch in wissenschaftlichen Runden ohne Expertise der Verbände. Und Corona hat uns weiterhin im Griff. Die Zeit drängt.



Foto: privat

Kontra

Heike Engelhardt
Mitglied des Gesundheitsausschusses im
Bundestag, SPD

Mir kann es nie schnell genug gehen. Ich hätte am liebsten in der ersten Woche den Koalitionsvertrag umgesetzt und neue Reformen angestoßen. Aber so einfach ist es im Gesundheitssystem mit seinen vielen Akteurinnen und Akteuren nicht. Jede Reform hat enorme Folgen besonders für die Personalausstattung und die finanzielle Lage der Kassen. Dazu befinden wir uns mit Pandemie und Krieg im dauerhaften Krisenmodus.