

37 – 18

Inhaltsverzeichnis

13. September 2018

Kurz vor Redaktionsschluß:

„Vivy“ wird bereits gelauncht und „rockt“ damit die eHealth-Branche

Seite 2

Gesundheits- und Sozialpolitik:

Spahn tritt gekonnt Debatten „Pro Organspende“ los

Seite 3

Gesetzliche Sozialversicherung:

Rechengrößen 2019: Das BMAuS rundete wieder einmal kräftig auf

Seite 6

Gesetzliche Krankenversicherung / eHealth:

ePA: Auch Softwareschmieden wollen beim „Goldenen Kalb“ mitmischen

Seite 7

Betriebskrankenkassen:

GKV-Fusionsautobahn: Weitere Traditionskasse sucht Unterschlupf

Seite 9

Personalialia / Berliner Szene:

Seite 9

Terminankündigung:

Einladung zum 12. A+S-Netzwerktreffen „Haifischbecken Gesundheitswesen“

Seite 12

Verlagsmitteilung:

Dieser dfg-Ausgabe liegt als Supplement die Ausgabe Nr. 6 - 18 der „BzG – Beiträge zur Gesellschaftspolitik“ mit einer Veranstaltungsdokumentation „Digitalisierung und neue Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen“ vom 3. Bochumer Branchentreff Gesundheit am 9. August 2018 bei. Verlag und dfg-Redaktion bitten um Beachtung.

Kurz vor Redaktionsschluß:

„Vivy“ wird bereits gelauncht und „rockt“ damit die eHealth-Branche

(dfg 37 – 18) Während die einen über Standards palavern, Ausschreibungen initiieren sowie Resolutionen an die Politik absetzen und die anderen immer noch im stillen Kämmerlein an ihren Lösungen für ePatientenakten (ePA) oder eGesundheitsakten (eGA) doktern, schafft das „Vivy“-Konsortium Fakten. Ab dem 17. September 2018 sollen Versicherte von zunächst fünfzehn Kassen aus drei Kassenarten und PKV-Unternehmen auf die „Vivy“-Lösung einer eGA aktiv zugreifen können. Das erfuhr die dfg-Redaktion aus beteiligten Kreisen. Eine aktive Demonstration soll sogar an diesem Tag über die Sozialen Medien erlebbar sein. Schneller als erwartet zeigen damit die Körperschaften der Essener BITMARCK Holding GmbH sowie Teile der PKV, wozu unternehmerisches Handeln heute in Deutschland noch in der Lage ist. Das ewige Warten auf „Ergebnisse“ der Berliner gematik GmbH der Gemeinsamen Selbstverwaltung kann man sich wohl so ersparen. Nicht nur im Bundesgesundheitsministerium (BMG) dürfte man daher die weitere Entwicklung mit Spannung beobachten.

Schon am 14. Mai 2018 scheuchte das Vivy-Konsortium die eHealth-Branche auf. Es wurde bekannt, daß die Berliner Software-Schmiede Vivy GmbH des österreichischen IT-Gurus Christian Rebernik (40) und des Anteilseigners Allianz Private Krankenversicherung AG (APKV) die entsprechende europaweite BITMARCK-Ausschreibung gewonnen hatte (vgl. dfg 20 – 18, S 6ff.). Mit dem Coup erstrahlte zugleich wieder das Licht der Öffentlichkeit für den ehemaligen FDP-Gesundheitsminister Daniel Bahr (41), der als zuständiges APKV-Vorstandsmitglied im Hintergrund gewirkt hatte. Reperniks Vision fand sich bereits 2017 im Unternehmensgegenstand seiner Vivy wieder: „Konzeptionierung, Entwicklung und Implementierung einer digitalen Patientenplattform für den Austausch und Auswertung von Gesundheits- und Fitness-Daten sowie deren Betrieb, Vermarktung und Lizenzierung ...“. Jetzt wird die Vivy-Lösung als Gesundheitsplattform gelauncht.

Nur wenige glaubten an die Versprechungen aus Essen, Berlin und München, daß die Vivy-Lösung recht schnell eine gewisse Marktreife erhalten würde. Knapp vier Monate später ist es soweit. Ab dem 17. September 2018, ausgerechnet am vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) ausgerufenen Internationalen Tag der Patientensicherheit (ITPS), sollen die Versicherten der von der BITMARCK betreuten Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen auf die Lösung zugreifen können. Vivy sieht sich markttechnisch gesehen als „erste digitale Gesundheitsakte in Deutschland“. Doch sie versteht sich zudem als eine Gesundheitsplattform. Neben Notfalldaten, Diagnosen, Laborergebnissen und Arzneiverordnungen bzw. Medikationsplan soll sie auch weitere Services wie Gesundheits-Apps enthalten, war zu hören. Also genau die Lösungen, die man auch im BMG für die Patienten möglichst bald flächendeckend bereithalten möchte. Statt 2021 ist es schon 2018 soweit. Für digital-affine Krankenkassen und PKV-Unternehmen also wie geschaffen. Kein Wunder, wenn also die Saarbrücker IKK Südwest genauso am Start sein soll wie ihre große IKK-Schwester, die IKK classic aus Dresden. Vom Ersatzkassenlager wird der Name der Nr. 3 der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) genannt, der Hamburger DAK Gesundheit. Aus der großen BKK-Familie ragt die Nachricht hervor, daß alle BKKen des Bezirkes Ostwestfalen-Lippe mit dabei sein sollen, statt eifersüchtig darauf zu schielen, wer als erster aktiv voranschreitet. Wenn die Liste, die

der dfg-Redaktion vorliegt, korrekt ist, dann bieten ab diesem Datum auch die APKV sowie die Wuppertaler BARMENIA die Vivy-Lösung sofort an. Es wären Körperschaften und PKV-Unternehmen mit zusammengerechnet rund 12,5 Mill. Versicherten am Start. Insgesamt biete Vivy aktuell das Potential, um 25 Mill. Versicherte in GKV und PKV zu erreichen.

Auch für Leistungserbringer wie Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken und Labore wäre Vivy einfach zu handhaben, um Daten mit den Patienten zu teilen, ist zu hören. In wenigen Monaten, zum Ende des Jahres 2018, werde Vivy zudem über KV Connect der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit dem Praxissystem kommunizieren können. Wenn dann noch Softwareschmieden für Mediziner und Pharmazeuten mit ihren Praxissoftware-Angeboten wie die Koblenzer CompuGroup Medical Deutschland AG (CGM) andockten, wären auch diese mit an Bord der Plattform-Lösung. Weder die anbietenden Kassen und Versicherungen, noch Vivy bzw. BITMARCK hätten Zugriff auf die Daten, wird versichert. Bei Bedarf könne der „Nutzer“ Informationen aus der App teilen – beispielsweise mit seinem behandelnden Arzt. Bei jeder Datenübertragung setze Vivy auf mehrstufige Sicherheitsprozesse und eine asymmetrische Ende-zu-Ende-Verschlüsselung, für die nur der Versicherte selbst den Schlüssel habe. Vivy sei von unabhängigen Prüfunternehmen wie ePrivacy und dem TÜV Rheinland getestet und als sichere Plattform zertifiziert worden. Zudem wurde Vivy vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) als Medizinprodukt zugelassen.

Gesundheitspolitisch stellt die Nachricht, daß die Vivy-Lösung nicht nur durch BITMARCK-Kunden an den Markt geht, einen veritablen fait d'accompli dar. Und dürfte auch den Beratungen im BMG über den gewünschten IT-Standard für eine ePA eine andere Richtung geben (vgl. dfg 36 – 18, S. 5ff.). Denn sollten die Berlin-Essener IT-Experten recht schnell ihr Ziel von 25 Mill. Versicherten erreichen, dann erzeugt das nicht nur auf die Berliner Politiker und Beamten, sondern auch auf den Rest des GKV-Marktes erheblichen Druck. Sogar der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) müßte endlich seine bisher verharrend-abwartende Position verlassen und sich „bewegen“ – und nicht nur der gematik erheblichen Dampf machen. Bindet man die Leistungserbringer wie auch den Rest der IT-Branche gekonnt ein, dann könnte Vivy faktisch zum Standard erhoben sein. Noch ehe die ansonsten in der Gemeinsamen Selbstverwaltung und in der Gesundheitspolitik üblichen „Palaver“ beendet sind. Das wäre doch einmal etwas.

Gesundheits- und Sozialpolitik:

Spahn tritt gekonnt Debatten „Pro Organspende“ los

(dfg 37 – 18) Deutschland diskutiert dank CDU-Bundesgesundheitsminister Jens Spahn MdB (38) wieder über Organspenden. Seit dem 31. August 2018 häufen sich die Meldungen. An diesem Tag versandte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) den Referentenentwurf eines „Gesetzes für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende“ (GZSO). Auf 48 Seiten will man dezidiert den Prozeß rund um die Entnahme und Einpflanzung von Organen neu regeln. Doch erst am 3. September 2018 ließ der Ressortchef via „BILD“-Interview außerordentlich geschickt die eigentliche Katze aus dem PR-Sack. Er sprach sich quasi als Privatmann für die so genannte „Widerspruchslösung“ aus, mit der die Bundesbürger konkret in der Zukunft einer Entnah-

me ihrer Organe Einhaltung gebieten sollen. "Nur so kann die Organspende zum Normalfall werden", sagte der CDU-Politiker dem Blatt und verwies auf die Erfahrungen in anderen Ländern. Er dürfte sich in dieser Hinsicht inhaltlich mit CDU-Bundeskanzlerin Dr. rer. nat. Angela Merkel MdB (64) abgestimmt haben. Doch nicht nur Spahn dürfte eine entsprechende Abstimmung im Bundestag allein schon aus ethischen Gründen ohne Fraktionszwang „freigeben“ wollen. Zu groß sind in einigen Fraktionen die Meinungsunterschiede. Und im GZSO-Entwurf findet man zur Widerspruchslösung nichts. Aber: Seither diskutieren nicht nur Fachkreise wieder über die Regularien der Organspende. Was auch bitter nötig sein dürfte. Denn einen Tag später, am 4. September 2018, erhellte eine Pressemitteilung der Staatsanwaltschaft Essen, warum nicht nur die Organspende-Strukturen in Deutschland geändert werden müssen, sondern auch die „Denke“ bei den Akteuren wie in der Gesellschaft.

Der neueste Fall aus dem Ruhrgebiet beleuchtet erneut die (möglichen) Zustände in den Kliniken, die dazu führen können, das Organspendewesen in Deutschland bzw. die Transplantationsmedizin in Verruf zu bringen. Dem festgenommenen Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Essen werfen die Strafverfolgungsbehörden vor, „dafür verantwortlich zu sein, dass in den Jahren 2012 bis 2015 an sechs Patienten medizinisch nicht indiziert Lebertransplantationen durchgeführt wurden“. An einigen der Operationen soll er selbst teilgenommen haben, andere „zugelassen“ haben. Und gewußt haben, daß die notwendigen Indikationen nicht vorlagen. Eine im Jahr 2014 erfolgte OP soll zum Tod des Patienten geführt haben. Ob es nun übersteigerter wissenschaftlicher Ehrgeiz, ein überhöhtes Helfersyndrom, ökonomische Zwänge, oder ähnliche Gründe waren, die die Essener Mediziner zu ihrem Handeln veranlaßten, das dürfte aktuell unerheblich sein. Aber wieder gerät, wie schon vor Jahren, ein Maximalversorger und mit ihm die Strukturen ins Gerede. Das bleibt in der Regel nicht ohne Nachwirkungen. In den Jahren 2011 und 2012 führten die aufgedeckten Vorfälle im niedersächsischen Göttingen und Regensburg nicht nur zu einer regen öffentlichen Diskussion rund um die Transplantationsmedizin. Auch die aufgeschreckte Bevölkerung reagierte mit den Abstimmungs-Füßen. Während die Anzahl von Patientinnen und Patienten auf der Warteliste für ein Organ seit Jahren unverändert bei ca. 10.000 liegt, sind die Organspendezahlen seit 2012 kontinuierlich zurückgegangen und haben im Jahr 2017 mit 767 Organspendern in Deutschland einen Tiefstand erreicht.

Als wesentliche Gründe für die anhaltend niedrigen Organspendezahlen führt der BMG-Entwurf vor allem „strukturelle Defizite“ an. „Zunehmende Arbeitsverdichtung im klinischen Alltag auf den Intensivstationen und die fehlende Routine führen dazu, daß die Gemeinschaftsaufgabe Organspende nicht wahrgenommen wird oder wahrgenommen werden kann und die wichtige Aufgabe der Entnahmekrankenhäuser, mögliche Organspender an die Koordinierungsstelle Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) zu melden, in den Hintergrund gedrängt wird“, liest man. Defizite beständen zudem bei der Freistellung der Transplantationsbeauftragten, denen der Gesetzgeber im Jahr 2012 wesentliche Aufgaben im Organspendeprozess überantwortet habe. Ferner beständen Verbesserungsmöglichkeiten bei der Vergütung der Entnahmekrankenhäuser für die Organentnahme. Daß auch weite Teile der Bevölkerung den Medizinern nicht mehr trauen (könnten) und sich verbreiteter als früher einer Entnahme von möglichen Organen verweigern, davon steht im Entwurf nichts. Aber die vox populi – sollte sie einmal intensiv befragt werden – müßte man wohl

schon intensiv bearbeiten, um auch deren Einstellung nachhaltig zu ändern. Dazu dürfte der erfahrene PR-Fuchs Spahn die Debatte um die Widerspruchslösung auch losgetreten haben.

Immerhin, er schafft mit seinem Entwurf auch strukturelle Anreize für die Klinikverwaltungen, den Transplantationen wieder einen Stellenwert zu verschaffen. Zur Unterstützung der so genannten „Entnahmekrankenhäuser“ bei der Erfüllung ihrer Verpflichtung zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach Absatz 2 Nummer 1 des Transplantationsgesetzes (TPG) will Spahn einen neuen „neurologischen konsiliarärztlichen Bereitschaftsdienst eingerichtet“ wissen. Der soll organisatorisch gewährleisten, daß regional und flächendeckend jederzeit qualifizierte Ärzte hierfür zur Verfügung stehen. Zur Organisation dieser Aufgabe beauftragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), die Bundesärztekammer (BÄK) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) gemeinsam im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) „durch Vertrag“ eine geeignete Einrichtung. Warum dieser dreiseitige Vorgang wiederum der Gemeinsamen Selbstverwaltung aufgebürdet wird, das begründet das BMG nicht. Nach den Erfahrungen der jüngsten Vergangenheit dürfte es eigentlich besser sein, gleich per BMG-Ersatzvornahme alles final zu regeln.

Weiterhin gewährt man in der Berliner Friedrichstraße finanzielle „Zückerle“, die zu Lasten der Gesetzlichen wie der Privaten Krankenversicherung (GKV/PKV) gehen werden. Mit den neu gestalteten Vergütungsregelungen erhalten die Entnahmekrankenhäuser einen Anspruch auf pauschale Abgeltung der von ihnen im Rahmen der Organentnahme und deren Vorbereitung erbrachten Leistungen. Die Pauschalen werden laut BMG-Entwurf „stärker als bisher ausdifferenziert und bilden den jeweiligen sächlichen und personellen Gesamtaufwand in den einzelnen Prozessschritten einer Organspende ab“. Neben den Pauschalen für die Abgeltung der Leistungen der intensivmedizinischen Versorgung und den Leistungen bei der Organentnahme erhalten die Entnahmekrankenhäuser zukünftig eine Grundpauschale, die die Leistungen abdeckt, die im Entnahmekrankenhaus vor der Spendermeldung an die Koordinierungsstelle im Zusammenhang mit der Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms entstehen. Dabei bleibt es nicht: Zusätzlich zu den Pauschalen erhalten die Entnahmekrankenhäuser einen Zuschlag als Ausgleich für die im Zusammenhang mit dem Prozeß einer Organspende in besonderem Maße verbundene Inanspruchnahme der notwendigen Infrastruktur. Die Höhe des Ausgleichszuschlags, der bei jeder Pauschale anfällt, beträgt das Zweifache der Summe der im jeweiligen Fall berechnungsfähigen Pauschalen. Da „lohnt“ es sich wieder für die Klinikgeschäftsführungen, über eine Steigerung der Entnahmezahlen nachzudenken und die Ärzte zu animieren, erneut und verstärkt sich den notwendigen Verfahren zu widmen.

Mit der Einführung eines klinikinternen Qualitätssicherungssystems will das BMG die Grundlage für ein flächendeckendes Berichtssystem schaffen, daß den Entnahmekrankenhäusern und den Landesbehörden eine Beurteilung ermöglicht, ob und inwieweit die einzelnen Entnahmekrankenhäuser die vorhandenen Organspendemöglichkeiten realisieren. Schließlich wird die Befugnis der Koordinierungsstelle geregelt, eine Angehörigenbetreuung durchzuführen, die insbesondere den Austausch von anonymisierten Dankeschreiben zwischen Organempfängern und den nächsten Angehörigen von Organspendern beinhaltet.

Gesetzliche Sozialversicherung:

Rechengrößen 2019: Das BMAuS rundete wieder einmal kräftig auf

(dfg 37 – 18) Das Bundesarbeitsministerium (BMAuS) legte der Öffentlichkeit bereits am 6. September 2017 den Entwurf für die „Verordnung über die „maßgebenden Rechengrößen in der Sozialversicherung für das Jahr 2019“ vor. Vorbehaltlich der Zustimmung der Bundesregierung wie des Bundesrates treten diese zum 1. Januar 2019 in Kraft. Der der dfg-Redaktion vorliegende Referentenentwurf aus dem Ressort von SPD-Bundesarbeitsminister Hubertus Heil MdB (45) paßt die im nächsten Jahr gültigen Werte an die Einkommensentwicklung 2017 an. Für die PKV-Unternehmen dürften die erfolgten Erhöhungen der Rechengrößen ein weiteres Rekrutierungsschwernis darstellen. Denn die BMAuS-Beamten rundeten die Rechenwerte ordentlich auf und hoben damit die Werte dank der boomenden Wirtschaftsentwicklung und der sich daraus ergebenden Lohnzuwachsrate wieder einmal ordentlich an.

Die den Rechengrößen in der Sozialversicherung zugrunde liegende Einkommensentwicklung stieg nach Angaben des BMAuS im Jahr 2017 bundesweit um 2,52 Prozent (2016: + 2,42 Prozent)

Voraussichtliche Rechengrößen der Sozialversicherung 2019 im Vergleich zu 2018

	2018				2019			
	West		Ost		West		Ost	
	Monat	Jahr	Monat	Jahr	Monat	Jahr	Monat	Jahr
Beitragsbemessungsgrenze (ArV / AV)	6.500 €	78.000 €	5.800 €	69.600 €	6.700 €	80.400 €	6.150 €	73.800 €
Beitragsbemessungsgrenze (Knappschaft)	8.000 €	96.000 €	7.150 €	85.800 €	8.200 €	98.400 €	7.600 €	91.200 €
Beitragsbemessungsgrenze (Arbeitslosenversicherung)	6.500 €	78.000 €	5.800 €	69.600 €	6.700 €	80.400 €	6.150 €	73.800 €
Beitragsbemessungsgrenze (Kranken- u. Pflegeversicherung)	4.425 €	53.100 €	4.425,50 €	54.100 €	4.537,50 €	54.450 €	4.537,50 €	54.450 €
Versicherungspflichtgrenze (Kranken- u. Pflegeversicherung)	4.950 €	59.400 €	4.950 €	59.400 €	5.062,50 €	60.750 €	5.062,50 €	60.750 €
Bezugsgröße in der Sozialversicherung	3.045 €*	36.540 €*	2.695 €	32.340 €	3.115 €	37.380 €	2.870 €	34.440 €
Geringfügigkeitsgrenze	450 €		450 €		450 €		450 €	
Vorl. Durchschnittsentgelt / Jahr	37.873 €				38.901 €			

Quelle: BMAuS 2018 Anm: * In der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gilt dieser Wert bundeseinheitlich.
Alle Daten stehen unter dem Vorbehalt der Zustimmung der Bundesregierung und des Bundesrates

in manchen Vorjahren war man noch auf stattliche 2,65 Prozent gekommen. Errechnet wurden die Lohnzuwachsrate im Osten wie im Westen der Republik auf der Basis der Ermittlungen des Statistischen Bundesamtes (destatis) in Wiesbaden. Getrennt ausgewiesen stiegen die Löhne und Gehälter in den alten Bundesländern im Jahr 2017 um 2,46 Prozent (2016 + 2,33 Prozent), rechts der Elbe um 2,83 Prozent, nach erfreulichen 3,11 Prozent in 2016. Im Jahr 2015 war man im Westen auf 2,46 Prozent, in den neuen Ländern sogar auf erfreuliche 3,91 Prozent rechnerisch gekommen. Im Jahr 2014 betrug die Werte 2,54 Prozent in den alten Bundesländern, aber beachtliche 3,99 Prozent in den neuen. 2013 standen magere 1,99 Prozent in den alten Bundesländern und 2,19 Prozent rechts der Elbe zu Buche. Der Osten holt also weiter auf.

Bei der Festlegung der neuen Grenzen rundete man allerdings wieder einmal mehr als großzügig auf. Das zeigt sich vor allem bei der bundeseinheitlich geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Hier legte das Ministerium zwar eine Einkommensentwicklung von einheitlich 2,52 Prozent zu Grunde, im Vorjahr waren es noch 2,42 Prozent gewesen. Aber statt den korrekt errechneten Wert von 60.448,58 € für die Jahresarbeitsentgeltgrenze zu nehmen, setzte man ihn auf 60.750 € fest. Dieses schon von allen Vorgängerregierungen praktizierte Verfahren erschwert z.B. Mitgliedern der GKV den Übergang zur privaten Krankenversicherung (PKV). Ähnlich „großzügige“ Aufrundungen findet man auch bei den anderen Rechengrößen. Auf diese Weise kann man weiterhin den möglichen Wechslerstrom zur PKV begrenzen und diese zunehmend aushungern.

Gesetzliche Krankenversicherung / eHealth:

ePA: Auch Softwareschmieden wollen beim „Goldenen Kalb“ mitmischen

(dfg 37 – 18) Der Tanz um das „Goldene Kalb“ der elektronischen Gesundheits- oder Patientenakten (eGA/ePA) hat längst begonnen. Nicht nur die Vertragsärzteschaft möchte die Hoheit über die Daten behalten und hält von Patientenrechten weniger viel. Der Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) favorisierte am 31. August 2018 hingegen Normen, die „ausschließlich“ den Kassen das Recht einräumen, den Versicherten ePAen anzubieten (vgl. dfg 36 – 18, S. 6ff.). Dagegen machte am 7. September 2018 der Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg) Front. Er möchte nicht nur aus wettbewerblichen Gründen „pro Industrie“ alle auf dem Markt befindlichen Akten-Lösungen in Patientenhande legen. Allerdings sollen die im Markt zugänglichen Akten internationale Standards berücksichtigen.

Der Verband, der die führenden IT-Anbieter im Gesundheitswesen in Deutschland vertritt, sah in der Forderung des Verwaltungsrates des GKV-SV „einen starken Eingriff in die freie Marktwirtschaft, der einen fairen Wettbewerb unter den Aktenanbietern“ am Markt verhindere. Denn neben den Projekten einzelner Krankenkassen bietet der Markt bereits etliche andere Akten an. Diese würden von Softwareherstellern angeboten, die teilweise in Zusammenarbeit mit Körperschaften oder ohne eine solche Kooperation funktionierten. Nicht zu vergessen sei das Engagement von Kliniken bei Aktenprojekten wie elektronischen Fallakten (eFA). „Anstatt diese bestehenden Projekte und damit zahlreiche Innovationen im Keim zu ersticken, sollte der Gesetzgeber entspre-

chende Voraussetzungen für innovative und faire Marktbedingungen schaffen und garantieren“, erklärte bvitg-Geschäftsführer Sebastian Zilch (31) und forderte zugleich: „Bei der Diskussion um die Ausgestaltung von Akten muß die Industrie einbezogen werden. Denn am Ende ist eine Einbindung, z.B. in die Primärsysteme, für den Erfolg aller Aktenlösungen unabdingbar.“

Insgesamt scheinen beide Seiten aber in ihren Sichtweisen nicht groß zu differieren. Eigentlich begrüßt der bvitg die geplante Verpflichtung der Kassen, ihren Versicherten ab 2021 eine ePA anbieten zu müssen. Durch die Autonomiesteigerung der Versicherten sei zu erwarten, daß die Telematikinfrastruktur sowie die gesamten Bemühungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen eine deutliche Akzeptanz- sowie Nutzungssteigerung erfahren würden. Allerdings sollten die Versicherten unter den Angeboten frei wählen können. Wie sich der Verband die Details vorstellt, ließ er in einer am 17. August 2018 ans Bundesgesundheitsministerium (BMG) versandten Stellungnahme wissen:

„Alle ePAs können nach den Spezifikationen der gematik GmbH weiterentwickelt und zugelassen werden; die hierfür anfallenden Kosten sind von den Kassen an den Patienten zu erstatten. Dabei können Kassen durchaus eigene Akten anbieten, solange alternative Akten (z.B. indikationsspezifische ePA) oder indikationsspezifische Erweiterungen für ePAs vom Patienten gewählt und über die Kassen vergütet werden können.

Neben den medizinischen Informationen ist bei der Einrichtung der ePA auch die Bereitstellung der pflegerelevanten Zustands- und Versorgungsinformationen entsprechender Patienten notwendig. Damit lassen sich die heutigen Informationsbrüche durch die Sektorengrenzen überwinden und die Kontinuität der professionell geplanten, pflegerischen und sozialen Versorgung im Sinne eines integrierten Case Managements nachhaltig sicherstellen. Auch hier ist die Berücksichtigung internationaler Standards unabdingbar, um Interoperabilität herzustellen. ...

Die Zulassungspflicht (Zugang zur Patientenakte) der gematik GmbH setzt Interoperabilität voraus, jedoch scheint nicht sichergestellt, dass Akten, z.B. bei einem Wechsel der Krankenkasse, umgezogen werden können.“

Kritischer ging der Verband mit den BMG-Vorstellungen zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) um. Die Regelung, daß die eAU ab dem 1. Januar 2021 nur noch elektronisch an die Krankenkassen übermittelt werde und diese Meldung von den Ärzten und Einrichtungen vorzunehmen sei, stelle einen Paradigmenwechsel dar, der nach derzeitigem Stand noch nicht ausreichend geregelt sei und grundlegende rechtliche Fragestellungen aufwerfe. Durch den aus einem umfassenden Digitalisierungskonzept gerissenen Prozeß werde die Umstellung auf die eAU mit deutlich höheren Kosten verbunden sein. Anstelle einer isolierten Einführung der eAU sei daher die vollständige Digitalisierung von Dokumenten und Formularen zu empfehlen. Zudem müßten datenschutzrechtliche Anpassungen geprüft und vorgenommen werden. Denn die bisherige Lösung, daß der Versicherte die AU selbst an seine Krankenversicherung übermittele, wahre die Datenherrschaft beim Versicherten. Erfolge die Übermittlung wie vorgesehen durch die eAU, bedürfe die Speicherung und die Übermittlung durch den Arzt an die Krankenkassen nach der DSGVO der Einwilligung des Versicherten, warnte der bvitg. Diese Einwilligung werde nicht allein damit

erteilt, daß der Versicherte im Rahmen der Behandlung in die Erhebung und Übermittlung der Abrechnungsdaten an die Krankenkassen einwillige. Die zusätzliche Einwilligung zur eAU müsse den Vorgaben nach Art. 9 Abs. 2 a DSGVO in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten, Art. 7 Abs. 1 DSGVO für den Nachweis der Einwilligung und Art. 7 Abs. 3 DSGVO für den Widerruf der Einwilligung entsprechen. All das müßte – wie auch in anderen Regelungen im SGB V üblich – sowohl den Ärzten als auch den Krankenkassen ausdrücklich auferlegt werden. Gleichzeitig empfahl der Verband, auch hier auf internationale Standards für die Darstellung der Inhalte zurückzugreifen.

Betriebskrankenkassen:

GKV-Fusionsautobahn: Weitere Traditionskasse sucht Unterschlupf

(dfg 37 – 18) Auch wenn Vorstände und Selbstverwalter ständig „im Gespräch“ sind, so richtig viel los ist auf der Fusionsautobahn der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht. Not leiden nur wenige und daher sind nur freiwillige oder vom Bundesversicherungsamt (BVA) „angeregte“ Zusammenschlüsse an der Tagesordnung. Zu den letzteren dürfte wohl die am 24. Juli 2018 bekannt gewordene Fusion der Metzinger BKK mit ihrer Verwaltungsmutter-BKK der Ludwigsburger mhplus BKK, gehören (vgl. dfg 31 – 18, S. 8f.). Jetzt allerdings zeichnet sich ein weiteres Zusammengehen von zwei Betriebskrankenkassen (BKKen) ab, wie die dfg-Redaktion erfuhr.

Nach den der dfg-Redaktion vorliegenden Informationen will – vorbehaltlich der Genehmigungen von BVA und Bundeskartellamt (BKartA) – mit Wirkung zum 1. Januar 2019 eine traditionsreiche BKK unter das Dach einer Schwester-Kasse schlüpfen. Die im siegerländischen Kreuztal beheimatete BKK Achenbach Buschhütten wurde am 1. August 1856 als Unterstützungsverein für den damaligen Kranken- und Hilfsverein Buschhütten gegründet. 1998 trennte sie sich von ihrem gleichnamigen Trägerbetrieb und ist seitdem für NRW geöffnet. Der fünfköpfige Verwaltungsrat beschloß am 3. September 2018 den freiwilligen Zusammenschluß mit der Wiesbadener BKK Linde. Deren Selbstverwaltungsgremium segnete am 4. September 2018 die Fusion ab. Die „neue“ BKK Linde soll nach dem Willen der Verwaltungsräte als Allein-Vorstand Peter Raab (52) führen, der bisher schon die Wiesbadener Körperschaft lenkte. Über den künftigen Sitz der Kasse soll noch nicht entschieden sein. Die aktuell auf Rang 77 des dfg-GKV-Mitglieder-Rankings platzierte BKK Achenbach Buschhütten brächte fast 19.000 Mitglieder in die Ehe als Mitgift ein. Damit würde die „neue“ BKK Linde (aktuell Nr. 49 des Rankings) zum Stichtag die so wichtige Schwelle von über 100.000 Mitgliedern überschreiten und zur ebenfalls in Wiesbaden beheimateten, auf Platz 43 des Rankings gelisteten, R+V BKK aufschließen.

Personalia / Berliner Szene:

Landesapothekerkammern: Berufspolitische Wachwechsel stehen an

(dfg 37 – 18) Gleich zwei berufspolitische Urgesteine der bundesdeutschen Apothekerschaft kündigten in diesen Wochen an, bei den nächsten Wahlen zu den Kammerversammlungen ihres je-

weiligen Sprengels nicht mehr kandidieren zu wollen. Am 22. August 2018 war es der seit fast 14 Jahren amtierende Präsident der Apothekerkammer Nordrhein, Lutz Engelen (60), der öffentlich erklärte, endlich wieder mehr Zeit für sein Privatleben haben zu wollen. Der Offizinapotheker aus Herzogenrath amtierte unter anderem von 2009 bis 2013 als Vizepräsident der Bundesapothekerkammer (BAK). Am 29. August 2018 kündigte dann auch Magdalene Linz (64) in Hannover ihren Rückzug aus der Berufspolitik an. Die seit 2000 amtierende niedersächsische Kammerpräsidentin fungierte in schwieriger Zeit von 2005 bis 2008 auch als Präsidentin der Bundesapothekerkammer. Nun erklärte sie: „19 Jahre reichen schlicht und einfach“.

„f&w“ erhält neuen Chefredakteur

(dfg 37 – 18) Seit dem 4. September 2018 ist es offiziell: Dr. phil. Stephan Balling (39) ist neuer Chefredakteur der Fachzeitschrift „f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus“, von „BibliomedManager“ und wird darüber hinaus auch für das 18. Nationale DRG-Forum der Melsunger Bibliomed-Medizinische Verlagsgesellschaft mbH verantwortlich zeichnen. Der promovierte politische Soziologe und diplomierte Volkswirt stieß im März 2013, von der Frankfurter „Börsenzeitung“ kommend, als Hauptstadtkorrespondent zum publizistischen Bibliomed-Zugpferd. Sein journalistisches Rüstzeug hatte er von 2007 bis 2009 beim „Rheinischen Merkur“ erworben. Balling folgt auf Stefan Deges, der sich nach sieben Jahren Führungstätigkeit aus Nordhessen am 31. August 2018 verabschiedete, um sich neuen beruflichen Herausforderungen zu stellen.

Bei MATERNUS übernimmt die Eigner-Familie das Regiment

(dfg 37 – 18) Der Aufsichtsrat der MATERNUS-Kliniken Aktiengesellschaft gab am 23. August 2018 bekannt, daß er Mario Ruano-Wohlens (47) mit Wirkung vom 1. September 2018 zum neuen Allein-Vorstand der Gesellschaft bestellt habe. Der Aufsichtsrat teilte weiterhin mit, daß er beabsichtigte, „absehbar den Vorstand um ein weiteres Mitglied zu erweitern“. Ruano-Wohlens war als Geschäftsführer der CURA Kurkliniken Seniorenwohn- und Pflegeheime GmbH und seit mehr als zehn Jahren für die CURA-Unternehmensgruppe tätig, der Mehrheitsaktionärin der Berliner Krankenhaus-Gruppe. Der Sohn der CURA-Mehrheitseigentümerin und bis zum 21. Juni 2018 Leiterin der Botschaft von Guatemala in Italien, Maria Wohlens de Meie (67), der zeitweise selbst auch Mitglied des MATERNUS-Aufsichtsrates war, folgt auf Ilona Michels (49), die sich nur knapp über ein Jahr auf dem Vorstandsstuhl in der Hauptstadt halten konnte und lange vor Ablauf ihres Fünf-Jahres-Vertrages zum 31. August 2018 aus der Führung der Klinik-Gruppe ausschied (vgl. dfg 33+34 – 18, S. 10).

DAVASO baut Geschäftsführung aus

(dfg 37 – 18) Der neue Haupteigentümer der Leipziger DAVASO Holding GmbH, die Frankfurter Montagu Private Equity LLP, baute die Geschäftsführung des Kassendienstleisters aus. Man berief mit Wirkung zum 1. September 2018 mit Gratsiela Denkova (37) einen neuen Chief Operating Officer (COO). Die Bulgarin studierte in ihrem Heimatland Strategisches Management und heuerte 2008 bei der bulgarischen Tochterfirma des U.S.-Konzernes Hewlett-Packard Enterprises an. 2012 wechselte sie zum weltweit größten Händler von Produkten der Informations- und Kommunika-

tionstechnologie, der kalifornischen Ingram Micro Inc., der mittlerweile zum Beteiligungsportfolio der chinesischen HNA Group gehört. In Sofia stieg Denkova zur Direktorin Operations Shared Services auf. Sprachprobleme dürften in Sachsen nicht bestehen, da die Managerin dank entsprechender Schul- und Weiterbildungsaktivitäten „verhandlungssicher“ auf Deutsch kommunizieren kann. Der langjährige Geschäftsführer und seit März 2017 amtierende Chief Executive Officer (CEO) von DAVASO, Jan Schaller (42), wechselt im Oktober 2018 in den Beirat der Gruppe. Dort übernimmt er aktiv die Steuerung von Unternehmenszukäufen und die External Relations.

Prof. Dr. rer. pol. Michael Philippi (1957 – 2018)

(dfg 37 – 18) Aus dem selbst gewählten „Unruhestand“ wurde nichts. Am frühen Morgen des 9. September 2018 starb „plötzlich und unerwartet“ Prof. Dr. rer. pol. Michael Philippi im Alter von 61 Jahren. Der diplomierte Kaufmann und promovierte Wirtschaftswissenschaftler konnte die von ihm geplante Sanierung des Osnabrücker Krankenhaus-Konzernes Paracelsus Kliniken Deutschland GmbH & Co. KGaA nicht vollenden. Erst am 1. August 2018 hatte er an der Hase offiziell den Vorsitz der Geschäftsführung übernommen, denn an diesem Tag übernahm die Luzerner Porterhouse Group AG die operative Führung der angeschlagenen Firmengruppe aus 40 Einrichtungen an 21 Standorten (vgl. dfg 17 - 18, S. 11f.). Paracelsus, eines der ältesten privaten deutschen Krankenhaus-Konglomerate, sollte wieder „eine der innovativsten integrierten deutschen Krankenhausgruppen für Akutmedizin und Rehabilitation werden“. Dafür hatte Porterhouse-Eigner Felix Happel (37) den mittlerweile in Köln als Unternehmensberater und in Bremen als Hochschulprofessor agierenden Klinik-Experten engagiert.

Der Name Michael Philippi war wie nur wenige andere eng mit dem Auf- und Ausbau des privaten Krankensektors verknüpft. Der damalige Geschäftsführer der Kölner Unternehmensberatung GEBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH stieg 1995 bei der in München ansässigen Klinikgruppe Sana Kliniken AG ein. Von Ismaning aus baute er für die SANA-Eigener, mehrere führende PKV-Unternehmen, den Konzern von 2008 bis 2016 als Vorstandsvorsitzender zu einem der wichtigsten privaten Träger auf. Nach 22 SANA-Jahren nahm er Ende 2016 freiwillig Abschied. Weil es der richtige Zeitpunkt sei, „um die Führungsstrukturen des privaten Klinik-Konzernes für die Zukunft neu zu ordnen“, wie er am 21. April 2016 frühzeitig verkündet hatte (vgl. dfg 17 – 16, S. 12). Sukzessive gab er in 2017 seine Ehrenämter auf. Als Vizepräsident der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft (DKG) hatte er von 2011 an amtiert. Beim Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) sogar in gleicher Position seit 2006. Den „Vordenker für die Interessen privater Kliniken“ machte der Verband sogar zum Ehrenmitglied. Beraten und Lehren sollten nun der Schwerpunkt seines Lebens sein. Bis der herausfordernde Ruf aus Luzern ihn erreichte, die Osnabrücker Strukturen neu zu ordnen. Diese letzte berufliche Aufgabe zu vollenden blieb ihm nun versagt.

Einladung zum 12. A+S-Netzwerktreffen im „Haifischbecken Gesundheitswesen“

(dfg 37 – 18) Nur wenige andere Bereiche in der deutschen Wirtschaft erfordern ein solch großes Spezialwissen wie das deutsche Gesundheitswesen. Täglich werden Entscheidungen durch gesetzlich definierte Sperren blockiert, ist kaum noch ein Blick über den eigenen Tellerrand möglich. Die Auswirkungen sind bekannt: Man schmort im eigenen Saft. Wer sich in einem fachlichen Netzwerk befindet, versteht mehr, kann optimal entscheiden. Nach den positiven Resonanzen auf die ersten elf Meetings wollen wir zusammen das bestehende Netzwerk aus interessanten Persönlichkeiten weiter vergrößern und etablieren. Dazu haben wir uns der Hilfe des gesundheitspolitischen Hintergrunddienstes "A+S aktuell - Ambulant und Stationär aktuell" versichert.

Für den 12. Workshop am **19. Oktober 2018** zieht es uns nach Berlin in das InnoLab der AOK Nordost. Das Thema: „**Vernetzung im Gesundheitswesen**“. Wir werden gemeinsam konkrete Probleme thematisieren und innovative wie interdisziplinäre Konzepte für das deutsche Gesundheitswesen erarbeiten. Insbesondere werden wir die Sektorenübergreifende Versorgung im Gesundheitswesen im Spannungsfeld zwischen Politik, Verbänden, rechtlichen Rahmenbedingungen und Patienten beleuchten. Am Freitagabend wird bei einem gemeinsamen Abendessen der Nachwuchskräfte die Möglichkeit bestehen, Kontakte zu knüpfen.

Wann: Freitag, 19. Oktober 2018, von 10:00 Uhr bis ca. 16:00 Uhr, ab 19:00 Uhr gemeinsames Essen.

Nästkästchen-Gäste:

Erwin Rüdell, MdB, Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags, Berlin.

Nico Schwartze, Leiter Stabsstelle Digitales Innovationsmanagement, AOK Nordost, Potsdam

Begrüßung:

Anja Behr, Leiterin Unternehmenseinheit Sonstige Leistungserbringer, AOK Nordost, Potsdam

Katrin Volz, Leiterin Unternehmenseinheit Strategische Marktgestaltung, AOK Nordost, Potsdam

Wo: InnoLab der AOK Nordost, Wilhelmstraße 1 in 10963 Berlin.

Der Empfang am Abend findet in der MC.B-Lounge (ggü. dem Deutschen Theater), Schumannstraße 7 in 10117 Berlin-Mitte statt.

Teilnahmebeitrag: 70€

Für Teilnehmer, die vor 1977 geboren wurden, berechnen wir einen zusätzlichen Förderbeitrag von 150 €.

Die Teilnahmegebühr versteht sich inkl. Mittagessen, Abendessen und Getränken.

Ihre Anmeldung senden Sie bitte per E-Mail bis zum 12. Oktober 2018 unter Angabe Ihres **Namens, Geburtsjahres, Unternehmens** und **aktuellen Position** an:

Michael Draheim und Lukas Illini

DIES - Institut für empirische Sozialforschung, Hannoversche Str. 22, 10115 Berlin (Mitte)

Email: illini@DIES-Institut.de

Tel.: 0172 / 30 70 168, Fax 030 – 275 965 92

Ein begrenztes Zimmerkontingent wurde für die Teilnehmer der Veranstaltung im B&B Hotel Berlin-Tiergarten reserviert und kann auf Anfrage für die Nacht von Freitag auf Samstag vermittelt werden. Die Kosten pro Zimmer und Nacht liegen bei 63 € pro EZ exkl. Frühstück (inkl. MwSt).

Eine Kostenerstattung des Teilnahmebeitrags kann bei Absage nur bis zum 12. Oktober 2018 erfolgen.