

# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE PRÄVENTION Landesrahmenvereinbarung unterzeichnet | FARKOR Projekt zur Darmkrebsprävention  
RESIST Projekt zur Vermeidung von Antibiotikaresistenzen | IGel Eine Zwischenbilanz nach fünf Jahren

## BAYERN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . JULI 2017

### SOZIALWAHL 2017

Erfreuliche  
Entwicklung bei  
den Ersatzkassen

**Sozialwahl**  
**2017** Für Gesundheit & Rente



Weil es unsere Wahl ist

Die Mitglieder der Techniker Krankenkasse, der DAK-Gesundheit, der KKH Kaufmännischen Krankenkasse und der hkk – Handelskrankenkasse haben ihre Verwaltungsräte im Rahmen der Sozialwahl 2017 neu gewählt. Die Zahl der abgegebenen Stimmen erhöhte sich dabei gegenüber der vorherigen Sozialwahl im Jahre 2011 um rund 740.000. Die durchschnittliche Wahlbeteiligung erreichte 30,6 Prozent.

Der Anstieg der abgegebenen Stimmen ist eine erfreuliche Entwicklung. Die Sensibilisierung der Versicherten für die besondere Bedeutung der Selbstverwaltung in letzten Wochen und Monaten hat sich gelohnt. Die BARMER-Mitglieder wählen ihren Verwaltungsrat wegen der zum 1. Januar 2017 vollzogenen Fusion mit der Deutschen BKK diesmal später. Die Wahlzettel werden Anfang September 2017 verschickt und können bis zum 4. Oktober 2017 abgeben werden.

### VOR DER BUNDESTAGSWAHL 2017

## Gesundheitspolitische Positionen der Ersatzkassen verabschiedet

Die Mitgliederversammlung des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) hat am 18. Juli die Gesundheitspolitischen Positionen 2017 verabschiedet. Darin hat das vdek-Parlament zahlreiche Reformvorschläge und Forderungen an die zukünftige Bundesregierung formuliert.

Die Selbstverwalter des Verbandes der Ersatzkassen stellen in dem verabschiedeten Dokument einleitend fest, dass die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ein Erfolgsmodell und ein Garant der sozialen Stabilität in Deutschland ist. Für die steigende Attraktivität der GKV sprechen die Zahlen: von 2010 bis 2016 wuchs die Anzahl der beitragszahlenden Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen von 51,4 auf 55,2 Millionen und die Anzahl der Versicherten von 69,8 auf 71,4 Millionen.

### GKV – stabil, verlässlich, attraktiv

Gerade in jüngster Zeit hat die Gesetzliche Krankenversicherung erneut unter Beweis gestellt, dass sie in der Lage ist, schnell und unbürokratisch Ausnahmesituationen wie die Zuwanderung aus dem Ausland und die Flüchtlingsmigration zu meistern. In Zeiten weltweiter finanzieller Instabilität und historisch niedriger Zinsen hat die umlagefinanzierte GKV – im Unterschied zur kapitalgedeckten Absicherung – erfolgreich

dafür gesorgt, dass die Gesundheitsversorgung finanzierbar blieb. Stabilität, Verlässlichkeit und Attraktivität der GKV sind gerade in Zeiten großer Veränderungen und Unsicherheiten unersetzlich. Daher sollte die Politik die tragenden Prinzipien der GKV weiter stärken.

### Selbstverwaltung steht für Solidarität und Mitbestimmung

Eines von diesen zentralen Prinzipien ist die Selbstverwaltung. Sie garantiert eine versicherten nahe, leistungsfähige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung und steht dabei für Solidarität und Mitbestimmung der Beteiligten und Betroffenen. Die Steuerung des Gesundheitswesens durch die Selbstverwaltung ist den staatlich oder privatwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystemen eindeutig vorzuziehen. Die ehrenamtlich engagierten Selbstverwalter tragen maßgeblich dazu bei, dass die GKV bürgernah, solidarisch und wirtschaftlich bleibt sowie eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sicherstellt.



## Fairer Wettbewerb als Voraussetzung für gute Versorgung



von  
DR. RALF LANGEJÜRGEN  
Leiter der  
vdek-Landesvertretung  
Bayern

FOTO: vdek

Wenn 91 von 113 gesetzlichen Krankenkassen im Namen ihrer rund 42,3 Millionen Versicherten – das sind 60 Prozent aller gesetzlich Versicherten – gemeinsam einen Hilferuf an die Politik richten, dann ist es ein überdeutliches Signal, dass etwas im Argen liegt. In einer Gemeinsamen Erklärung stellen die Ersatzkassen, die Betriebs- und Innungskrankenkassen fest: der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, der wesentlich die Finanzierungsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt, ist aufgrund struktureller Mängel nicht mehr in Lage, einen fairen Wettbewerb zwischen den Kassen zu gewährleisten.

Mit großer Erwartung sehen deshalb die Ersatzkassen einem Sondergutachten entgegen, das Anfang des Jahres beim Wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes in Auftrag gegeben wurde. Sobald im kommenden Herbst die Ergebnisse vorliegen und nach den Bundestagswahlen die neue Bundesregierung steht, sollte der Gesetzgeber schnellstmöglich geeignete Reformschritte zur Behebung der Mängel aufsetzen. Nur über eine gerechte Verteilung der Finanzmittel unter den Krankenkassen lässt sich auch in Zukunft eine flächendeckende, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Versicherten organisieren.



Kritisch setzt sich die vdek-Mitgliederversammlung in dem verabschiedeten Dokument mit den Maßnahmen des Gesetzgebers zur weiteren Schwächung der Selbstverwaltung auseinander. Die in den Maßnahmen zum Ausdruck kommenden Verstaatlichungstendenzen gefährden das solidarische Band zwischen der Sozialversicherung und ihren Trägern, den Versicherten und den Arbeitgebern. Dadurch verstärkt sich ein Prozess in Richtung auf zunehmende Bürgerferne. Hier muss es, so die Selbstverwalter der Ersatzkassen, dringend zu einer politischen Kehrtwende kommen, die das Prinzip der Selbstverwaltung nicht schwächt, sondern stärkt.

Die Politik ist aufgefordert, im Dialog mit der Selbstverwaltung klare Rahmenbedingungen und nachvollziehbare Kompetenzverteilung für die Organisationen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu schaffen. Die staatliche Aufsicht soll auf das notwendige Maß begrenzt und auf Rechtsfragen beschränkt werden. Dabei ist die Überleitung von einer Rechts hin zur Fachaufsicht abzulehnen. Die Finanzautonomie der Krankenkassen soll vollständig wiederhergestellt werden.

Eine konkrete Forderung der Ersatzkassen betrifft die Sozialwahl. Diese muss zeitnah nach der Bundestagswahl modernisiert werden. Dringend notwendig ist die Ergänzung der Briefwahl durch die Stimmgabe per Mausclick. Durch die Online-Wahl können vor allem die jüngeren Wähler besser erreicht und motiviert werden.

### Der Gesundheitsfonds ist keine Sparkasse

Mit Blick auf die Finanzlage der Gesetzlichen Krankenversicherung warnen die vdek-Selbstverwalter vor einer zunehmend auseinandergehenden Schere zwischen den Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen. In den kommenden Jahren werden die GKV-Gesamtausgaben die Gesamteinnahmen des Gesundheitsfonds voraussichtlich wieder übertreffen. Folglich wird der Finanzdruck auf die einzelnen Krankenkassen zunehmen, die wiederum gezwungen werden, die

Zusatzbeitragsätze zu erhöhen und diesen Druck auf die Versicherten weiterzuleiten.

Um dies zu verhindern, schlugen die vdek-Selbstverwalter vor, die Rücklagen im Gesundheitsfonds abzuschmelzen. Die über die gesetzliche Mindestreserve hinausgehenden Mittel sollen an die Krankenkassen zurückfließen. Der Gesundheitsfonds ist keine Sparkasse und die Abschmelzung der Rücklagen ist auch vor dem Hintergrund von Strafzinsen auf kurzfristige Einlagen notwendig. Durch die Strafzinsen hat der Gesundheitsfonds im Jahre 2015 1,8 Millionen Euro und in den ersten drei Quartalen 2016 bereits vier Millionen Euro verloren. Diese Beitragsgelder stehen nicht mehr für die medizinische Versorgung der Versicherten zur Verfügung.

Das Positionspapier des vdek enthält die Forderung, die paritätische Finanzierung der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung durch Versicherte und Arbeitgeber weitgehend wiederherzustellen, um dadurch den gesellschaftlichen Zusammenhalt zu stärken.

### Faire Wettbewerbsbedingungen durch gerechte Finanzierung

Die gesetzlichen Krankenkassen stehen in Wettbewerb miteinander. Dabei ist der Zusatzbeitragsatz zu einem entscheidenden Preissignal für gesetzlich Versicherte geworden. Wären die unterschiedlichen kassenindividuellen Zusatzbeitragsätze auf gutes oder schlechtes Management zurückzuführen, könnte man von einem wirksamen und fairen Wettbewerb sprechen. Doch die Fakten belegen, dass die Unterschiede bei den Zusatzbeitragsätzen nicht durch wirtschaftliches oder unwirtschaftliches Handeln zu erklären sind, sondern ganz wesentlich mit strukturellen Mängeln des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) zu tun haben.

Unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds ist der Morbi-RSA zu einem entscheidenden Faktor für die finanzielle Lage einer Krankenkasse geworden. Wenn sie nicht genug Geld aus dem

Gesundheitsfonds erhält (ein Fall der Unterdeckung), um die medizinische Versorgung ihrer Versicherten zu organisieren und zu bezahlen, muss sie den Zusatzbeitragsatz erhöhen. Im gegensätzlichen Fall der Überdeckung kann eine Krankenkasse ihren Zusatzbeitragsatz unterdurchschnittlich halten und erhält einen unverdienten Wettbewerbsvorteil.

Die Verteilungsfunktion des Morbi-RSA ist von existenzieller Bedeutung für die Krankenkassen. Die Ersatzkassen und ihr Verband stellen fest, dass der heutige Morbi-RSA sein Ziel nicht erreicht, faire Wettbewerbsbedingungen in der GKV zu schaffen. Als überzeugte Befürworter des Wettbewerbs haben die Ersatzkassen bereits im vergangenen Jahr gemeinsame Reformvorschläge zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA entwickelt (wir berichten ausführlich in unserem Report, Ausgabe August 2016). Die Gesundheitspolitischen Positionen 2017 wiederholen und präzisieren diese Reformvorschläge noch einmal nachhaltig: (1) die Neuregelung der Zuweisungen für die vorwiegend im Ausland lebenden Versicherten, (2) die Einführung einer Versorgungsstrukturkomponente, um regionale Kostenunterschiede auszugleichen, (3) die Einrichtung eines Hochrisikopools, (4) die Änderung der

Berechnungsmethode bei der Krankheitsauswahl, (5) die Streichung der Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner und (6) die Abschaffung der Zuschläge für die Programmkostenpauschale bei Disease-Management-Programmen.

### Für eine zukunftssichere medizinische Versorgung

Ein zentrales Kapitel des Positionspapiers ist den Problemen der medizinischen Versorgung und den Reformvorschlägen dazu gewidmet. Als Beispiel soll an dieser Stelle die Krankenhausfinanzierung angeführt werden. Das Hauptproblem hier ist die seit Jahren rückläufige Investitionsförderung der Bundesländer. Derzeit liegt die durchschnittliche Länderinvestitionsquote bundesweit bei ca. 3,5 Prozent, während die tatsächlichen Investitionsausgaben der Krankenhäuser bei sechs bis acht Prozent liegen. Das heißt, rund die Hälfte der Investitionsausgaben wird über die Betriebskostenfinanzierung der GKV quersubventioniert. Deshalb ergeht der dringende Appell an die Bundesländer, ihren Investitionsverpflichtungen im Krankenhausbereich besser nachzukommen.

Die Ersatzkassen stellen sich den großen Herausforderungen der Zukunft und

plädieren, (1) für eine Verbesserung der Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung, (2) für eine bessere Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor, (3) für eine finanzierbare Arzneimittelversorgung und (4) für die weitere Digitalisierung im Gesundheitswesen, die den Patienten und Versicherten nützt.

### Digitalisierung – keine Zukunftsmusik

Aus Sicht der Ersatzkassen muss das Gesundheitswesen schneller als bisher den Übergang ins digitale Zeitalter meistern. Sie fordern vom Gesetzgeber eine Digitalisierungsstrategie, die die Prozesse modernisiert, den Beteiligten im Gesundheitswesen neue Wege der Versorgung ebnet und Kommunikation und Service unterstützt. Dabei lehnen die Ersatzkassen die kommerzielle Nutzung der Patientendaten durch die IT-Industrie entschieden ab. Eigentümer der personenbezogenen Daten müssen die Versicherten bleiben und die gesetzlichen Anforderungen des Datenschutzes müssen gewahrt sein.

### Finanzierung der Pflegeversicherung zukunftsfest regeln

Um die Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung trotz der problematischen demographischen Entwicklung stabil zu halten, plädieren die Ersatzkassen für die Einbeziehung der privaten Pflegeversicherung in den Solidarausgleich. Dies würde eine Entlastung der Solidargemeinschaft der sozialen Pflegeversicherung von bis zu zwei Milliarden Euro bewirken. Die Ersatzkassen befürchten, dass der Pflegevorsorgefonds als Sondervermögen zur Abfederung des Demographie bedingten Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen nicht über die ausreichenden Mittel verfügen wird, um die Beitragssteigerungen aufzufangen.

Die Gesundheitspolitischen Positionen der Ersatzkassen 2017 im Detail finden Sie auf der Homepage des vdek als Download. ■



FOTO: Sibylle Mainke - vdek

# Landesrahmenvereinbarung – ein Dokument für gemeinsames Handeln

Bayern hat eine Landesrahmenvereinbarung (LRV) Prävention. Es ist ein grundsätzliches Dokument, das die Zusammenarbeit der vier Beteiligten auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention regelt.



FOTO: SMIGP

AM VERHANDLUNGSZIEL: Die Landesrahmenvereinbarung ist unterzeichnet.

**A**m 26. Juni 2017 wurde die Landesrahmenvereinbarung von Gesundheitsministerin Melanie Huml für den Freistaat Bayern sowie den Spitzenvertretern der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Unfallversicherung feierlich unterzeichnet.

Die Beteiligten der LRV und ihre Partner haben in den letzten Jahren viele erfolgreiche Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung initiiert, begleitet und unterstützt. In Bayern haben sich bewährte Strukturen der Zusammenarbeit sowie verbindliche Kooperationen im Präventionsbereich etabliert. Die neu geschlossene Vereinbarung bietet einen Rahmen, bewährte Ansätze und Kooperationen der Prävention und Gesundheitsförderung fortzuführen bzw. auszubauen und neue Initiativen gemeinsam voranzubringen. Dies kann sowohl landesweit als auch

regional begrenzt entsprechend der jeweiligen Bedarfe geschehen.

Besondere Beachtung bei der Planung von gemeinsamen Projekten soll die Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen finden. Bei der Umsetzung von Maßnahmen haben Bedarfe, Nachhaltigkeit, Evaluation und Qualitätssicherung einen zentralen Stellenwert.

Prävention und Gesundheitsförderung sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Die LRV-Beteiligten sind sich einig, dass die Intensivierung des Engagements der Sozialversicherungsträger nicht zum Abbau der Aktivitäten der übrigen Akteure im Gesundheitswesen führen darf, die sich in den Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung engagieren. Im Gegenteil: Die Beteiligten der LRV Bayern wollen sich vielmehr gemeinsam dafür einsetzen, weitere Partner für Prävention und Gesundheitsförderung im Freistaat zu gewinnen. ■

## Ersatzkassen fördern Projekte



Die Ersatzkassen in Bayern starten eine gemeinsame Präventionsoffensive. Sie wollen schwer erreichbaren Zielgruppen mit schlechteren Gesundheitschancen, wie beispielsweise Alleinerziehenden, Menschen mit Behinderungen, Migranten, älteren Menschen oder Arbeitslosen in Kommunen oder benachteiligten Quartieren besondere Präventionsmaßnahmen anbieten. Diese gezielten Angebote sollen dort greifen, wo Menschen leben, lernen und arbeiten. Ziel ist es, gesunde Lebensbedingungen für alle Menschen unabhängig von ihrer jeweiligen sozialen Lage zu erreichen.

Aktuell suchen die Ersatzkassen in Bayern nach Partnern mit innovativen Projektideen. Die finanzielle Förderung und fachliche Begleitung der genannten Präventionsprojekte kann bei der Landesvertretung Bayern des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) beantragt werden. Interessenten können die Antragsformulare auf der Homepage des vdek herunterladen: <https://www.vdek.com/LVen/BAY/Vertragspartner/paevention.html>.

Für weitergehende Fragen steht Frau Anna Meier allen Interessenten als Ansprechpartnerin in der vdek-Landesvertretung zur Verfügung (E-Mail: [anna.meier@vdek.com](mailto:anna.meier@vdek.com), Telefon: 089 7 552 551 – 44).

## INNOVATIONSFONDS I

## FARKOR – bayerisches Projekt zur Darmkrebsprävention

**D**ie Früherkennung von Darmkrebs – der zweithäufigsten Krebserkrankung in Deutschland – gehört zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Allerdings sind diese Vorsorgemaßnahmen altersgebunden: Ab dem 50. Lebensjahr steht der Test auf okkultes Blut in Stuhl und ab dem 55. Lebensjahr die Koloskopie den Versicherten zur Verfügung. Doch immer mehr jüngere Menschen erkranken an Darmkrebs. Rund 10 Prozent der jährlichen Neuerkrankungen werden bei den Menschen unter 50 Jahren diagnostiziert.

Die Mediziner stellen fest, dass bei der Mehrheit solcher Fälle ein familiäres oder erbliches Risiko zugrunde liegt. Das Risiko der Betroffenen an Darmkrebs zu erkranken ist zwei- bis viermal höher als der Gesamtbevölkerung. Genau diese gefährdeten Menschen sind die Zielgruppe des Projektes FARKOR – Vorsorge bei familiärem Risiko für das kolorektale Karzinom. Dieses wird in Bayern als Pilotprojekt durchgeführt und aus dem Innovationsfonds finanziert. Es startet am 1. Oktober 2017 und dauert drei Jahre.

Die BARMER, die Techniker Krankenkasse, die DAK-Gesundheit sowie der Verband der Ersatzkassen sind an diesem Projekt beteiligt und wollen dabei helfen, Menschen, die direkte Verwandte mit Darmkrebs haben, zu identifizieren und diese über die risikoabhängige Darmkrebsprävention rechtzeitig zu informieren. Als erster Schritt werden die betroffenen Versicherten von den Krankenkassen angeschrieben. Die fachärztliche Beratung erhalten sie dann von den speziell dafür fortgebildeten Ärzten. Die letztendliche Entscheidung über die Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen trifft der Patient. Die Pilotprojektergebnisse werden evaluiert. Beim erfolgreichen Abschluss im Jahr 2020 sollten die Vorsorgemaßnahmen für die Menschen mit einem familiären Darmkrebsrisiko in die medizinische Regelversorgung aufgenommen werden.



FOTO DDC RABE Media - stock.adobe.com

## INNOVATIONSFONDS II

## RESIST – ein Projekt zur Vermeidung von Antibiotikaresistenzen

# RESIST

Antibiotika bewusst anwenden –  
Resistenzen vermeiden

GRAFIK vötek

**D**er Verband der Ersatzkassen und seine Mitglieder haben gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein Modellprojekt initiiert, an dem die Kassenärztlichen Vereinigungen in sieben Bundesländer – darunter auch Bayern – teilnehmen. Das Projekt steht unter der Überschrift „RESISTenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen (RESIST)“ und wird aus dem Innovationsfonds der Krankenkassen mit rund 14 Millionen Euro gefördert.

Im Rahmen des Modellprojekts sollen Patienten und Ärzte für das Thema Resistenzbildungen sensibilisiert werden. Dass der Einsatz von Antibiotika bei akuten Erkrankungen der Atemwege nicht immer sinnvoll und angebracht ist, wissen die Patienten oft nicht. Für die Ärzte, die mit dem Patientenwunsch nach einem Antibiotikum konfrontiert werden, ist es oft nicht einfach, dem Patienten deutlich zu machen, dass auch eine antibiotikafreie Therapie helfen kann.

Um die Kommunikation zwischen dem Arzt und Patienten zu fördern, sieht das Modellprojekt eine Online-Schulung vor, die vom 1. April bis einschließlich 30. Juni 2017 den am Modell teilnehmenden Ärzten angeboten wurde. Bis zu 532 Ärzten in Bayern (Hausärzte, Kinderärzte sowie hausärztlich tätige Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Innere Medizin) können sich im Rahmen des RESIST-Projekts schulen lassen. Ab 1. Juli 2017 können die Versicherte der Ersatzkassen mit Verdacht auf Atemwegsinfekt im Rahmen dieses innovativen Versorgungsprogramms behandelt werden.

Mit diesem Modellprojekt leisten die Ersatzkassen gemeinsam mit den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen einen Beitrag zur Antibiotika-Resistenzstrategie der Bundesregierung. Erste Ergebnisse werden Ende 2019 erwartet.

## Sophie Schwab – neue Leiterin der Landesvertretung Bayern



FOTO: DAK-Gesundheit

Seit Juni 2017 verfügt die DAK-Gesundheit über eine Landesvertretung in Bayern. An der Spitze der bayerischen Niederlassung

der DAK-Gesundheit wurde Sophie Schwab berufen. Sie ist keine Unbekannte im bayerischen Gesundheitswesen. Seit 33 Jahren ist die 57-jährige Gesundheitsexpertin in verschiedenen Funktionen bei der DAK-Gesundheit tätig – davon mehr als 20 Jahre in Führungspositionen. Seit 2009 ist Schwab für das Vertragsgeschäft ihrer Krankenkasse in ganz Bayern verantwortlich.

Als Leiterin der Landesvertretung der DAK-Gesundheit in Bayern steht Sophie Schwab der Politik und den Vertragspartnern als zentrale Ansprechpartnerin zur Verfügung. Sie ist mit ihrem Team verantwortlich für die Vertragsverhandlungen mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen und bestimmt damit wesentlich die medizinische Versorgung der rund 800.000 DAK-Versicherten im Freistaat.

Sophie Schwab gehört seit vielen Jahren dem Landesausschuss des vdek, dem Spitzengremium der Ersatzkassengemeinschaft in Bayern, an und arbeitet dort erfolgreich zum Wohle der Ersatzkassenversicherten mit. Wir gratulieren Frau Schwab ganz herzlich zur Berufung in die neue Funktion und wünschen ihr bei der Bewältigung ihrer Aufgaben weiterhin viel Erfolg.

# Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde ein neues Versorgungsangebot in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen – die Medizinischen Behandlungszentren.



FOTO: Ocskey Bence – stock.adobe.com

MEDIZINISCHE BEHANDLUNGSZENTREN: Patienten in guten Händen.

**D**ie weitere Verbesserung der medizinischen Versorgung von Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen war und ist den Ersatzkassen ein wichtiges Anliegen. Sie haben sich mit Erfolg für die Schaffung des interdisziplinären Behandlungsangebots für die Betroffenen eingesetzt.

Die Medizinischen Behandlungszentren stehen den Erwachsenen zur Verfügung, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Die zentrale Aufgabe eines Medizinischen Behandlungszentrums ist es, ein interdisziplinäres Netzwerk von Spezialisten in seinem Umfeld aufzubauen, welche die hochqualifizierte Spezialbehandlung der Patienten unter den für sie erforderlichen Umständen übernimmt.

Von besonderer Bedeutung sind die Medizinischen Behandlungszentren für die Kinder, die in einem Sozialpädiatrischen Zentrum versorgt werden, beim Erreichen des Erwachsenenalters. Da die alleinige Betreuung dieser Patientengruppe in der ambulanten Versorgung immer öfter an ihre Grenzen stößt und ein zusätzlicher Betreuungsbedarf besteht, können die Medizinischen Behandlungszentren Abhilfe leisten. Eine Überweisung in das MBZ aus dem medizinischen Regelsystem genügt.

Die Voraussetzung für die Inanspruchnahme eines Medizinischen Behandlungszentrums ist u.a. neben den genau definierten besonderen Diagnosen zusätzlich das Vorliegen eines spezifischen Versorgungsbedarfes und der entsprechende Eintrag im Schwerbehindertenausweis. Der Grad der Behinderung muss über 70 Prozent betragen. ■

## INTERVIEW

# Objektiv bewertet und verständlich aufbereitet

Von „unbedingt notwendig“ bis „reine Abzocke“ – Die Meinungen über die Individuellen Gesundheitsleistungen gehen weit auseinander. Der vdek sprach dazu mit Dr. Christian Weymayr, dem Projektleiter des IGeL-Monitors.

**Fünf Jahre IGeL-Monitor – was hat sich bewährt? Worauf sind Sie stolz?**

Sehr bewährt hat sich, dass im IGeL-Monitor die wissenschaftlich fundierte Bewertung der Leistungen einerseits und die verständliche Aufbereitung andererseits Hand in Hand gehen. So soll gute Patienteninformation heutzutage aussehen. Dass die Medien in fast allen Beiträgen zum Thema IGeL auf uns als verlässliche Quelle verweisen, macht uns stolz.

**Wie sichern Sie Objektivität?**

Der Garant für Objektivität ist Transparenz. Da wir den Bewertungsprozess offenlegen, kann jeder prüfen, wie wir zu unseren Bewertungen kommen. Er kann uns dann gegebenenfalls auf Versäumnisse hinweisen, etwa dass wir eine wichtige Studie übersehen haben. Das ist bislang aber noch nicht geschehen.

**Wie läuft eine IGeL-Bewertung ab?**

Das ist ein aufwändiger, mehrstufiger Prozess nach den Standards der Evidenzbasierten Medizin: Mit einer definierten Fragestellung durchforsten unsere Wissenschaftler Datenbanken nach klinischen Studien und Übersichtsarbeiten. Dann suchen sie die inhaltlich passenden Arbeiten heraus und bewerten deren Qualität. Schließlich analysieren sie die Größe von Nutzen und Schaden der IGeL und halten auch fest, wie verlässlich diese Aussagen sind. Am Ende steht dann die Gesamtbewertung, in der Nutzen und Schaden gegeneinander abgewogen werden.

**Gibt es überhaupt genug evidenzbasierte Studien?**

Meist ist die Studienlage unbefriedigend. Wenn es keine aussagekräftigen Studien zur definierten Fragestellung gibt, sehen wir auch keine Hinweise auf einen Nutzen. Bei den möglichen Schäden ist das etwas anders. Hier kann die Fragestellung meist etwas weiter gefasst werden. So bringt eine Operation beispielsweise immer Risiken mit sich, unabhängig davon, warum man die Operation macht. Und Früherkennungsuntersuchungen finden immer auch Krankheiten, die man gar nicht hätte finden müssen, weil sie zeitlebens unauffällig geblieben wären.

**Welche Reaktionen ruft der IGeL-Monitor hervor?**

Ganz überwiegend positive. Naturgemäß kommen die kritischen Stimmen meist von Ärzteseite. So wird manchmal beklagt, dass wir ja nur ins Leben gerufen wurden, um das GKV-System zu verteidigen. Solche Kritik wird aber nie an konkreten Beispielen festgemacht, ist also wenig hilfreich. Andererseits kommt es auch vor, dass Ärzte uns loben und uns sogar auffordern, bestimmte IGeL zu bewerten.

**Worin sehen Sie den größten Vorteil des Monitors?**

Der IGeL-Monitor füllt eine Lücke. Nur jeder vierte Patient ist, wie wir aus einer eigenen Befragung wissen, mit den Informationen zum Schaden von IGeL, die ein Arzt anbietet, zufrieden. Hier leisten wir wertvolle Aufklärungsarbeit und



DR. CHRISTIAN WEYMAJR,  
Projektleiter IGeL-Monitor

bewahren Versicherte davor, für Leistungen zu bezahlen, die bei näherer Betrachtung längst nicht das halten, was der Arzt verspricht, und die ihnen sogar schaden können.

**Welche Botschaft möchten Sie Ihren Nutzern noch vermitteln?**

Deutschland leistet sich ein sehr großzügiges Gesundheitssystem, das die Versicherten gut versorgt. IGeL sind hier bestenfalls ein Sahnehäubchen, im Normalfall sind sie aber schlicht unnötig oder sogar schädlich. Dringend sind IGeL jedenfalls nie. Wir können natürlich nicht alle existierenden IGeL bewerten. Wir sind ein sehr kleines Team, das zusätzlich andere Aufgaben hat und jetzt auch verstärkt Ressourcen in die Aktualisierung von Bewertungen stecken muss.

Von den Krankenkassen wünschen wir uns einen sensiblen Umgang mit Satzungsleistungen. Das Kassensystem hat aus meiner Sicht ein gewisses Glaubwürdigkeitsproblem, wenn es auf der einen Seite die Kostenübernahme für Leistungen wegen fehlender Evidenz ablehnt und wenn auf der anderen Seite einige Kassen Leistungen freiwillig bezahlen, obwohl es auch für sie keine Nutzenevidenz gibt. Dieser Widerspruch fällt auch auf uns zurück. ■

## Wege zur Selbsthilfe in Bayern

Der Wegweiser „Gemeinsam“ informiert auf 76 Seiten rund um das Thema Selbsthilfe in Bayern. Der Mensch und sein eigenes Engagement stehen in der Selbsthilfe im Mittelpunkt. Im neuen Wegweiser erzählen Frauen und Männer aus der Selbsthilfe, aus welchen Gründen sie als Betroffene selbst aktiv wurden und warum ihnen ihre Selbsthilfegruppe so wichtig ist. Fachleute wie die Mitarbeiterinnen von Selbsthilfekontaktstellen oder Ärzte und Apothekerinnen berichten, wie und warum sie mit Selbsthilfegruppen gerne zusammenarbeiten.

Ergänzt wird die Vorstellung durch Informationsblöcke und Sachartikel, die kurz und prägnant die wichtigsten Fakten zum jeweiligen Thema enthalten. Außerdem gibt es Informationen zur Struktur und zu den Dachverbänden, sowie eine beispielhafte Liste der Selbsthilfethemen in Bayern. Der Adressteil von selbsthilfeunterstützenden Einrichtungen und Kontaktstellen, führt direkt zur richtigen Anlaufstelle für Selbsthilfe an ihrem Ort.

Hauptzielgruppe des Wegweisers sind Fachleute aus dem Gesundheits- und Sozialbereich und freiwillig Engagierte in der Selbsthilfe. Die Veröffentlichung wurde ermöglicht durch die Bayerische Apothekerkammer und den Bayerischen Apothekerverband, die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die Fördergemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen.



Gemeinsam – Selbsthilfe in Bayern. Ein Wegweiser. SeKo Bayern, Würzburg, 2016. Bestellung und Download: [www.seko-bayern.de](http://www.seko-bayern.de)

## Als bestes Online-Portal ausgezeichnet



FOTO vdek

Der vdek-Pflegelotse ist mit dem Preis „Deutschlands beste Online-Portale 2017“ ausgezeichnet worden. Der Fernsehsender n-tv und das Deutsche Institut für Service-Qualität (DISQ) hatten den Internet-Award 2017 erstmalig verliehen. Der Pflegelotse des Verbandes der Ersatzkassen wurde zum Preisträger in der Kategorie „Vergleichsportale Pflegedienste & Pflegeheime“. Bewertet wurden die Bereiche „Angebot und Leistung“, „Kundenservice“ und „Internetauftritt“. Darüber hinaus gaben die Befragten an, für wie empfehlenswert sie die Portale einstufen.

Die vdek-Website [www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de) ist einer der Marktführer unter den Informationsportalen für Pflegeeinrichtungen und verzeichnet rund 1,2 Millionen Besuche pro Monat. Sie gibt mit bundesweit rund 25.000 Einträgen eine umfassende und aktuelle Übersicht stationärer Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegedienste und häuslicher Betreuungsdienste. Auf einen Blick informiert die Webseite u. a. über die Größe und Qualität der Einrichtungen (Pflegenoten) sowie ihre Preise. Bei einer Vielzahl von Häusern können sich Nutzer über Bilder einen ersten Eindruck verschaffen. Darüber hinaus zeigt das Portal an, ob die stationäre Pflegeeinrichtung mit dem Gütesiegel „Grüner Haken“ für Verbraucherefreundlichkeit und Lebensqualität zertifiziert wurde.

## vdek-Fachforum 2017

Am 12. Oktober 2017 veranstaltet der Verband der Ersatzkassen (vdek) in Kooperation mit der WISO Consulting GmbH im Rahmen des 16. Europäischen Gesundheitskongresses im Hotel Hilton Munich Park ein Fachforum zum Thema „Krankenversicherung: Gerechter Wettbewerb = gerechte Finanzierung?“.

Nach einem Impulsvortrag vom Professor Volker Ulrich, Universität Bayreuth, unter dem Titel „Morbi-RSA mit regionaler Komponente – Wird es gerechter in der Finanzierung?“ findet eine hochkarätig besetzte Gesprächsrunde statt. Unter der Moderation von Nikolaus Nützel, Bayerischer Rundfunk, diskutieren Frank Plate, Präsident des Bundesversicherungsamtes, Ruth Novak, Amtschefin im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Verena Nold, Direktorin und Vorsitzende der Gruppenleitung, Santésuisse (Schweiz), Anne-Kathrin Klemm, Abteilungsleiterin Politik, BKK Dachverband und Dr. Ralf Langejürgen, Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern.

Die Einladung und die Anmeldung zum Fachforum stehen zum Downloaden unter der Internetadresse <https://www.vdek.com/LVen/BAY/Politik/Veranstaltungen.html> bereit. Wir freuen uns auf die Begegnung und den Gedankenaustausch.

### Herausgeber

Landesvertretung Bayern des vdek  
 Arnulfstr. 201 a, 80634 München  
**Telefon** 0 89 / 55 25 51-0  
**Telefax** 0 89 / 55 25 51-14  
**E-Mail** [LV-Bayern@vdek.com](mailto:LV-Bayern@vdek.com)  
**Redaktion** Dr. Sergej Saizew  
**Verantwortlich** Dr. Ralf Langejürgen  
**Druck** Lausitzer Druckhaus GmbH  
**Konzept** ressourcenmangel GmbH  
**Grafik** schön und middelhaufe  
**ISSN-Nummer** 2193-4045