

ersatzkasse magazin.

G20634

"Unabhängige Informationsquellen stärker nutzen"

Interview mit Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der AkdÄ

Neuregelungen in der Pflege

Höherer Beitragssatz, Abschaffung der Pflegenoten

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Der „Omnibus“ steht kurz vor der Abfahrt



Arzneimittelversorgung

Der Arzneimittelmarkt ist geprägt von stark steigenden Kosten, zugleich gelangen immer mehr Medikamente auf den Markt. Dazu kommen Fragen der Arzneimittelsicherheit, worauf die Politik mit einem neuen Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) reagiert

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Hauptsitz des Verbandes mit mehr als 270 Mitarbeitern ist die Bundeshauptstadt Berlin. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen in den Landeshauptstädten mit insgesamt rund 350 sowie mehr als 30 Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

vdek-Zentrale

Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 0 30/2 69 31-0
Fax: 0 30/2 69 31-29 00
info@vdek.com
www.vdek.com

Baden-Württemberg

Christophstraße 7
70178 Stuttgart
Tel.: 07 11/2 39 54-0
Fax: 07 11/2 39 54-16
lv-baden-wuerttemberg@vdek.com

Bayern

Arnulfstraße 201a
80634 München
Tel.: 0 89/55 25 51-0
Fax: 0 89/55 25 51-14
lv-bayern@vdek.com

Berlin/Brandenburg

Friedrichstraße 50-55
10117 Berlin
Tel.: 0 30/25 37 74-0
Fax: 0 30/25 37 74-26
lv-berlin.brandenburg@vdek.com

Bremen

Martinistraße 34
28195 Bremen
Tel.: 04 21/1 65 65-6
Fax: 04 21/1 65 65-99
lv-bremen@vdek.com

Hamburg

Sachsenstraße 6
20097 Hamburg
Tel.: 0 40/41 32 98-0
Fax: 0 40/41 32 98-22
lv-hamburg@vdek.com

Hessen

Walter-Kolb-Straße 9-11
60594 Frankfurt a. M.
Tel.: 0 69/96 21 68-0
Fax: 0 69/96 21 68-90
lv-hessen@vdek.com

Mecklenburg-Vorpommern

Werderstraße 74a
19055 Schwerin
Tel.: 03 85/52 16-0
Fax: 03 85/52 16-11
lv-mecklenburg-vorpommern@vdek.com

Niedersachsen

Schillerstraße 32
30159 Hannover
Tel.: 05 11/3 03 97-0
Fax: 05 11/3 03 97-99
lv-niedersachsen@vdek.com

Nordrhein-Westfalen

Ludwig-Erhard-Allee 9
40227 Düsseldorf
Tel.: 02 11/3 84 10-0
Fax: 02 11/3 84 10-20
lv-nordrhein-westfalen@vdek.com

Geschäftsstelle

Westfalen-Lippe
Kampstraße 42
44137 Dortmund
Tel.: 02 31/9 17 71-0
Fax: 02 31/9 17 71-30
gs-westfalen-lippe@vdek.com

Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römhild-Straße 22
55130 Mainz
Tel.: 0 61 31/9 82 55-0
Fax: 0 61 31/83 20 15
lv-rheinland-pfalz@vdek.com

Saarland

Heinrich-Böcking-Straße 6-8
66121 Saarbrücken
Tel.: 06 81/9 26 71-0
Fax: 06 81/9 26 71-19
lv-saarland@vdek.com

Sachsen

Glacisstraße 4
01099 Dresden
Tel.: 03 51/8 76 55-0
Fax: 03 51/8 76 55-43
lv-sachsen@vdek.com

Sachsen-Anhalt

Schleiufer 12
39104 Magdeburg
Tel.: 03 91/5 65 16-0
Fax: 03 91/5 65 16-30
lv-sachsen-anhalt@vdek.com

Schleswig-Holstein

Wall 55 (Sell-Speicher)
24103 Kiel
Tel.: 04 31/9 74 41-0
Fax: 04 31/9 74 41-23
lv-schleswig-holstein@vdek.com

Thüringen

Lucas-Cranach-Platz 2
99099 Erfurt
Tel.: 03 61/4 42 52-0
Fax: 03 61/4 42 52-28
lv-thueringen@vdek.com

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

das Jahr 2019 beginnt mit einer breiten Debatte über die Finanzierung der Pflege und mit vielen Diskussionen rund um das geplante Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). Darin geht es längst nicht mehr nur um die Wartezeitenproblematik in den Arztpraxen, sondern auch um Themen fernab der ärztlichen Versorgung: Die Heil- und Hilfsmittelversorgung, die Selbsthilfeförderung, die Prüfung der Krankenkassen und vieles mehr. Das Gesetz hat sich damit zu einem klassischen Omnibusgesetz entwickelt – Hut ab, wer da noch den Überblick behält. Beim Thema Pflege geht es immer mehr um die Frage, wie die steigenden Kosten finanziert werden können. Für die Pflegebedürftigen ist die Grenze der Belastbarkeit erreicht. Aber auch die vorgenommenen Beitragssatzerhöhungen in der Pflegeversicherung reichen voraussichtlich nur bis 2023. Es bedarf also einer gesellschaftlichen Debatte, wie man dieses Problem solidarisch löst.

Lunapharm, Valsartan – einige Skandale sorgten in jüngster Zeit für Aufsehen und brachten das Thema Arzneimittelsicherheit in den Fokus der Öffentlichkeit. Illegal importierte Medikamente, gepanschte Krebsmittel – auch wenn das Einzelfälle sind, ist es richtig und notwendig, dass die Politik jetzt mit einem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) reagiert. In dem Gesetzentwurf ist ein Maßnahmenpaket zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit vorgesehen: Schwerpunktmäßig geht es um die Schaffung zusätzlicher Melde- und Dokumentationspflichten für den Verkehr mit Arzneimitteln. Zudem werden die Kontrollmöglichkeiten der Aufsichtsbehörden verschärft.

Ein Dauerthema im Arzneimittelbereich sind die stark steigenden Kosten, vor allem bei den sogenannten Orphan Drugs, den Arzneimitteln zur Behandlung seltener Erkrankungen. Zugleich bringen die Hersteller immer mehr neue Medikamente auf den Markt, deren Nutzen oft nicht belegt ist. Darüber haben wir mit dem Vorsitzenden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig gesprochen. Im Interview mit *ersatzkasse magazin* spricht er sich dafür aus, dass von Pharmaunternehmen unabhängige Informationsquellen stärker genutzt werden. Studien hätten gezeigt, dass vor allem finanzielle Interessenkonflikte die Gefahr erhöhten, dass das Nutzen-Risiko-Verhältnis von Arzneimitteln verzerrt bewertet werde.

Und was steht im Arzneimittelbereich noch auf der Agenda? Der Pharmadialog beispielsweise. Tino Sorge (CDU), Berichterstatter der Unionsfraktion für Digitalisierung und Gesundheitswirtschaft, gibt einen Einblick, um was es bei dem Dialog des Bundesministeriums für Gesundheit mit Parlamentariern und Industrieverbänden eigentlich geht. Die Themen hochpreisige Arzneimittel, Lieferengpässe oder das Arztinformationssystem. An dem Dialog sind die Krankenkassen und die Ärzteschaft leider nicht beteiligt – sie hätten aber viel Konstruktives beizutragen! Das gilt sicherlich auch für den E-Healthdialog, der im Oktober 2018 angestoßen wurde, meint



Michaela Gottfried
Abteilungsleiterin
Kommunikation beim vdek

Ihre

Michaela Gottfried



Inhalt

1.2019

POLITIK

Neue Patientenbeauftragte der Bundesregierung	6
Drei Fragen zum Medizinstudium-Vergabeverfahren	9
Übersicht: Aktuelle Gesetzesvorhaben	10
Das Terminservice- und Versorgungsgesetz	12
Morbi-RSA-Reform: Die Zeit drängt	16
Einwurf: Implantateregister soll kommen	17

AUS DEN KASSEN

DAK-Präventionsradar 2018	18
---------------------------------	----

IM FOKUS NEUREGELUNGEN IN DER PFLEGE

Pflege-TÜV: Neuordnung der Qualitätssicherung	22
Finanzielle Entwicklung bis 2023 in der SPV	24
Betreuungsdienste als neuer Leistungserbringer	27

TITEL ARZNEIMITTELVERSORGUNG

GSAV: Künftig sicherere Arzneimittelversorgung?.....	29
Interview mit Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig	32
Pharmadialog als politisches Vorbild	36
Pro und Contra: Arznei-Versandhandel begrenzen ..	38
Das eRezept soll 2020 kommen	39

VERMISCHTES

vdek-Zukunftspreis 2019: Ideen gesucht	40
Für Sie gelesen: Bibliothek	41
Steckbrief: Prof. Dr. Claudia Schmidtke	45
PS: Hallo Frühling	46

TITELTHEMA

Arzneimittelversorgung

Der Arzneimittelmarkt ist geprägt von stark steigenden Kosten, vor allem bei den sogenannten Orphan Drugs, den Arzneimitteln zur Behandlung seltener Erkrankungen. Zugleich bringen die Hersteller immer mehr neue Medikamente auf den Markt. Dazu kommen drängende Fragen der Arzneimittelsicherheit, wie die jüngsten Skandale um gepanschte, verunreinigte und illegal importierte Arzneimittel zeigen. Darauf reagiert die Politik jetzt mit einem neuen Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV).



INTERVIEW

"Unabhängige Informationsquellen stärker nutzen"

Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig ist Facharzt für Innere Medizin und war bis 2017 Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie, Tumorerkrankungen und Palliativmedizin am HELIOS Klinikum Berlin-Buch. Seit 2006 hat er den Vorsitz der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) inne und engagiert sich in dieser Funktion für eine sichere und nutzenorientierte Arzneimittelversorgung. Im Interview mit *ersatzkasse magazin* spricht er über die Entwicklung des Arzneimittelmarktes, über das Problem hochpreisiger Medikamente und über die Rolle der Ärzteschaft mit Blick auf Verordnungen.

32



IM FOKUS

Neuregelungen in der Pflege

Die Pflegestärkungsgesetze der letzten Jahre waren mit hohen Mehrausgaben verbunden und haben daher zu Defiziten in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) geführt. Der Gesetzgeber hat aus diesem Grund zu Beginn des Jahres den Beitragssatz um 0,5 Beitragssatzpunkte erhöht.

Außerdem steht das Verfahren zur externen Qualitätssicherung für Pflegeeinrichtungen vor umfangreichen Veränderungen. Die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) werden auf eine neue Grundlage gestellt, die Pflegenoten abgeschafft und Ergebnisindikatoren eingeführt.





PERSONALIEN

Spahn beruft Sachverständigenrat Gesundheit neu

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hat zum 1. Februar 2019 einen neuen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen berufen. Der Sachverständigenrat ist das renommierteste Gremium wissenschaftlicher Politikberatung im Gesundheitswesen. Er zeichnet sich durch die Unabhängigkeit der interdisziplinären Arbeit von sieben Professorinnen und Professoren aus, die die Bereiche Medizin, Wirtschaftswissenschaft und Pflegewissenschaft vertreten.

Die Aufgabe des Sachverständigenrats ist die Analyse der Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen. Der Rat soll im Hinblick auf die bedarfsgerechte Versorgung von Patientinnen und Patienten Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen entwickeln. In dem Beratungsgremium sind in der neuen Zusammensetzung sowohl erfahrene Expertinnen und Experten als auch „neue Köpfe“ vertreten. So hat der Minister die Ökonomin Prof. Dr. Beate Jochimsen (Hochschule für Wirtschaft und Recht, Berlin) und den Mediziner Prof. Dr. Christof von Kalle (Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg) neu berufen. Erneut im Gremium sind der Allgemeinmediziner Prof. Dr. Ferdinand Gerlach (Universität Frankfurt), der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Wolfgang Greiner (Universität Bielefeld), die Pflegewissenschaftlerin Prof. Dr. Gabriele Meyer (Universität Halle), der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Jonas Schreyögg (Universität Hamburg) und die Pharmakologin Prof. Dr. Petra Thürmann (Universität Witten-Herdecke). *pm*
www.svr-gesundheit.de

Neue Patientenbeauftragte der Bundesregierung

Prof. Dr. Claudia Schmidtke ist die neue Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten.

Schmidtke ist Fachärztin für Herzchirurgie, hat berufsbegleitend ein Studium als Gesundheitsökonomin absolviert und arbeitete zuletzt als leitende Oberärztin und stellvertretende Chefarztin am Herzzentrum Bad Segeberg.



Foto: CDU/Jean Kopecky

Im September 2017 wurde sie als Direktkandidatin der CDU für den Wahlkreis Lübeck in den Deutschen Bundestag gewählt und ist dort unter anderem Mitglied im Gesundheitsausschuss, im Parlamentarischen Beirat für nachhaltige Entwicklung und in der Enquete-Kommission „Künstliche Intelligenz“.

Die 52-Jährige ist Nachfolgerin von Dr. Ralf Brauksiepe (CDU), der im November aus der Bundesregierung ausschied und in die Privatwirtschaft wechselte. *nj*
www.patientenbeauftragte.de

> Seite 45

Die aktuelle Zahl

6

Milliarden Euro zusätzliche Kosten kommen allein durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) und das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) auf die Krankenkassen zu, prognostiziert der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek).

KRANKENKASSEN

Dauerhafte Foto-Speicherung unzulässig

Eine Krankenkasse darf ein ihr eingereichtes Lichtbild nur so lange speichern, bis die elektronische Gesundheitskarte (eGK) hiermit hergestellt und sie dem Versicherten übermittelt wurde. Eine Speicherung bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses ist hingegen datenschutzrechtlich unzulässig. Dies hat der 1. Senat des Bundessozialgerichts am 18. Dezember 2018 entschieden.

Vorausgegangen war ein Rechtsstreit, in dem die beklagte Krankenkasse den Antrag eines bei ihr versicherten Klägers ablehnte, ihm einen aktuellen Versicherungsnachweis ohne Lichtbild auszustellen: Sie sei berechtigt, diejenigen Sozialdaten zu erheben und zu speichern, die sie für die Ausstellung der eGK benötige. Das Recht zur Speicherung erstreckte sich auch auf das Lichtbild für die eGK und bestehe bis zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

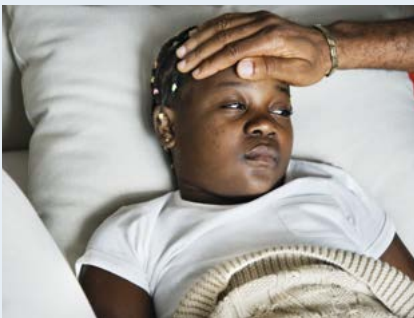
Im Vorfeld war der Versicherte mit seiner Klage beim Sozialgericht Konstanz und Landessozialgericht Baden-Württemberg gescheitert. Auf seine Revision hat der 1. Senat des Bundessozialgerichts die beklagte Krankenkasse dann zur Unterlassung verurteilt. *pm*
www.bundessozialgericht.de

ROBERT-KOCH-INSTITUT

Neues Zentrum für internationalen Gesundheitsschutz

Mit dem Zentrum für Internationalen Gesundheitsschutz (ZIG) bündelt und verstärkt das Robert Koch-Institut (RKI) seine Kompetenzen in diesem Bereich. Das ZIG hat seine Arbeit zu Beginn dieses Jahres in Berlin aufgenommen.

Zu seinen Aufgaben gehören die Überwachung der internationalen Gesundheitsgefahren sowie das Zusammenführen von Informationen, die Unterstützung von Projekten im internationalen Gesundheitsschutz und die Entwicklung evidenzbasierter Public-Health-Methoden im Bereich des Gesundheitsschutzes. Im ZIG sollen nach vollständigem Aufbau 30 Expertinnen und Experten in vier Fachgebieten arbeiten.



Reportage.com/Adobe Stock

Vor allem seit dem verheerenden Ebola-Ausbruch in Westafrika im Jahr 2014 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), zu dessen Geschäftsbereich das RKI gehört, seine Rolle in der internationalen Gesundheitspolitik ausgeweitet. So startete das BMG 2016 für eine stärkere Unterstützung in Ausbruchsgeschehen und beim Aufbau von Kapazitäten für die Epidemieprävention seine Global Health Protection Programme (GHPP). Das RKI hat darin eine zentrale Rolle. Ebenfalls 2016 hatte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das RKI zu seinem Kooperationszentrum für neu auftretende Infektionen und biologische Gefahren ernannt. *pm*
www.rki.de/internationales

Einsicht des Monats

„Andere fliegen zum Mond, wir wollen den Krebs besiegen.“

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) am 29. Januar 2019 in Berlin

SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

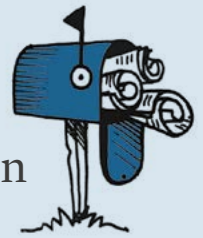
Kompromiss beim Werbeverbot

Frauen, die einen straffreien Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen wollen, kommen unter Umständen nur schwer an Informationen über Ärzte, Krankenhäuser und Einrichtungen, die solche Eingriffe durchführen. Grund ist § 219a StGB, der Werbung für Abtreibungen unter Strafe stellt. Für Aufsehen sorgte im letzten Jahr der Fall einer hessischen Allgemeinmedizinerin, die auf ihrer Webseite über Schwangerschaftsabbrüche informiert hatte und zu einer Geldstrafe verurteilt worden war. Dagegen hatte sie erfolglos Berufung eingelegt.

Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz sah dringenden Bedarf an der Änderung des Strafrechts, damit sich Frauen in Konfliktlagen ohne Zeitverzug informieren können. Es hat daher das „Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch“ auf den Weg gebracht, das kontrovers diskutiert worden ist. Nun hat sich das Bundeskabinett auf eine Lockerung des Werbeverbots verständigt: Ärzte, Krankenhäuser und andere Einrichtungen dürfen öffentlich darüber informieren, dass sie Schwangerschaftsabbrüche vornehmen und zugleich auf weitere Informationen neutraler Stellen wie Behörden, Beratungsstellen oder Ärztekammern hinweisen. Nun geht der Gesetzentwurf ins parlamentarische Verfahren. *rn*

PRESSESCHAU

Das schreiben die anderen



Fettabsaugen als Kassenleistung

Nicht der Bundesgesundheitsminister oder das Ministerium entscheiden darüber, was Krankenkassen erstatten. Das ist Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, in dem Vertreter der Kassen, der Ärzteschaft und Kliniken sitzen. Sie prüfen, ob neue Methoden sinnvoll sind. Darüber will sich Spahn hinwegsetzen und künftig auch über andere Kassenleistungen entscheiden. Es ist eine Machtanmaßung, die seine Meinung über die eines Fachgremiums stellt.

SÜDDEUTSCHE ZEITUNG, 12.1.2019

Impfpflicht

„Eltern, die ihre Kinder nicht impfen lassen, riskieren nicht nur deren Leben und das anderer Menschen, sondern schaden auch der Solidargemeinschaft. Vielleicht könnte man für diese Klientel die Krankenkassenbeiträge anpassen und aus den Erlösen die Behandlung von Infektionsoffern finanzieren. Das hätte Wirkung. Die letzte wirkungsvolle Maßnahme auf deutschem Boden in diese Richtung war übrigens die Einführung der Impfpflicht in der DDR.“

TRIERISCHER VOLKSFREUND, 1.2.2019

Besiegbarkeit von Krebs

Wie will der Gesundheitsminister die Ursachen in den Griff bekommen, ohne uns in vollüberwachte Glaskugeln zu sperren? Solange ein Organismus lebt, solange sich seine Zellen teilen, besteht ein Risiko, dass dieses Programm außer Kontrolle gerät. Ein verantwortungsvoller Gesundheitsminister sollte das berücksichtigen.

DIE WELT, 5.2.2019



BROSCHÜRE

vdek-Basisdaten des
Gesundheitswesens
2018/2019

Die Zahl der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erreichte Ende 2018 mit mehr als 73 Millionen Menschen einen neuen Rekordwert. Dagegen sank die Zahl der Krankenkassen erneut - auf derzeit 109. Fast unverändert blieb nach den aktuellsten Daten von 2017 dagegen die Zahl der Pflegekräfte in den Krankenhäusern - während die Anzahl der Klinikärzte erneut sprunghaft anstieg.

Diese und weitere interessante Daten und Fakten liefert die vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) herausgegebene Broschüre „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2018/2019“. Auf 60 Seiten gibt die Publikation in anschaulichen Grafiken, Tabellen und



Flussdiagrammen Hintergrundinformationen zu allen wichtigen Themenfeldern des Gesundheitssystems. Die Informationen reichen von der durchschnittlichen Lebenserwartung

der Bürger über die Entwicklung der Rücklagen des Gesundheitsfonds bis zur Zahl der Fachärzte in Deutschland.

Ein kostenloses Exemplar der 23. Auflage der vdek-Basisdaten kann unter basisdaten@vdek.com bestellt werden. Eine Bestellung per Fax (030 / 2 69 31 – 29 15) ist ebenso möglich. Zusätzlich zur Printausgabe stehen sämtliche Inhalte der vdek-Basisdaten online zum kostenlosen Download bereit. Die Grafiken und Daten werden kontinuierlich aktualisiert. *pm*

www.vdek.com unter Presse/
Daten Gesundheitswesen

VDEK-NEUJAHRSPK

Privatisierung des Pflegerisikos vermeiden



Jörg Meyers-Middendorf, stellvertretender Vorstandsvorsitzender, Uwe Klemens, vdek-Verbandsvorsitzender, Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende und Michaela Gottfried, Pressesprecherin (von links nach rechts), bei der vdek-Neujahrs-Pressekonferenz.



Um eine schlechende Privatisierung des Pflegerisikos zu vermeiden, fordert der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) mehr gesamtgesellschaftliche Verantwortung. „Die Eigenanteile, die die Pflegebedürftigen für ihren Aufenthalt in stationären Pflegeeinrichtungen hinzuzahlen, betragen heute bereits 1.830 Euro pro Monat. Das ist den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen nicht länger zuzumuten“, sagte Uwe Klemens, Verbandsvorsitzender des vdek, auf der Neujahrs-Pressekonferenz. „Wegen des demografischen Wandels und den Leistungsverbesserungen in der Pflege werden die Kosten weiter steigen. Darauf müssen wir reagieren. Doch nur die Beitragssätze in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) immer weiter zu erhöhen, wird auf Dauer auf Grenzen der Akzeptanz stoßen“, so Klemens.

Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, sprach sich für mehr Drive im Digitalisierungsprozess aus. „Wir möchten, dass die elektronische Patientenakte (ePA) und medizinische Apps schnell, qualitätsgeprüft und sicher in die Versorgung kommen.“ Von dem für Mitte des Jahres 2019 geplanten E-Health-Gesetz II erwarte der vdek klare Rahmenvorgaben für eine Aufgabenverteilung zwischen Ärzten, Krankenkassen und der gematik.

„Bezogen auf die ePA, die verbindlich ab 2021 eingeführt werden muss, bedeutet dies: Die Krankenkassen sollten die Inhalte der ePA festlegen, die Kassenärzte die

medizinischen Details. Die gematik wird weiterhin gebraucht, um einheitliche Standards insbesondere für Datenschutz und Datensicherheit zu gewährleisten“, so Elsner. Die Ersatzkassen möchten zudem Gesundheits-Apps, die sich bereits im Rahmen von Satzungsleistungen bewährt haben, in die Regelversorgung aufnehmen. Doch müssten diese ihren Nutzen genauso unter Beweis stellen, wie andere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sei das geeignete Gremium dafür. Es sei jedoch erforderlich, die Verfahren zur Überprüfung des Nutzens zu beschleunigen.

„Die Instrumente des G-BA passen noch nicht 1:1 in die digitale Welt. E-Health-Angebote müssen in einem zügigen Verfahren in der Regelversorgung erprobt werden. Das heißt: Klare Zeitvorgaben, weniger Bürokratie, keine langen Ausschreibungen. Auch dazu brauchen wir eine entsprechende Rechtsgrundlage“, betonte Elsner.

Ganz oben auf der Agenda für 2019 steht für die Ersatzkassen die geplante Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Die Ersatzkassen haben auf Basis der beiden wissenschaftlichen Gutachten des Sachverständigenrats sechs Forderungen formuliert, wie die erheblichen Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen aufgrund der Fehlsteuerungen im Morbi-RSA abgebaut werden können. *pm*

3 FRAGEN AN

Victor Banas

Die Kultusministerkonferenz (KMK) hat sich Anfang Dezember 2018 auf die Neuregelung des zentralen Vergabeverfahrens für Studienplätze verständigt. Das betrifft vor allem das Medizinstudium. Ab dem Sommersemester 2020 soll die Vergabequote nach Wartesemestern von 20 Prozent entfallen. Die Abiturbestenquote wird von 20 auf 30 Prozent erhöht. Wie bisher werden 60 Prozent durch Auswahlverfahren der Hochschulen vergeben und neu zehn Prozent nach schulnotenunabhängigen Kriterien, zum Beispiel Ausbildungserfahrungen. Victor Banas, Vorsitzender des Sprecherrates der Medizinstudierenden im Marburger Bund, zu den geplanten Änderungen.

Was bedeuten die Neuregelungen für den Medizinnachwuchs?

Das Ergebnis bleibt weit hinter den Möglichkeiten und Erwartungen zurück. Die Schwächen bisher waren eine zu starke Fokussierung auf die Abiturnote statt auf schulnotenunabhängige Kriterien wie berufliche Eignung. Dies wurde im Grundsatz nicht angegangen.

Schlimmer noch: Die Abiturbestenquote wurde von 20 auf 30 Prozent angehoben. Das geht klar auf Kosten der neuen "Eignungsquote", bei der schulnotenunabhängige Kriterien im Vordergrund stehen sollen. Was die KMK damit steuern möchte, ist mir schleierhaft. Es steht außer Frage, dass ein gutes Abitur eine Aussagekraft für den Studienerfolg bis zum Physikum hat, eine weitere Überbetonung der Note versperrt aber vielen geeigneten Bewerberinnen und Bewerbern den Weg. Weiterhin wird den Universitäten freigestellt, im Auswahlverfahren der Hochschulen (AdH) Unterquoten einzuführen, die entweder schulnotenabhängig oder -unabhängig sein können. Das ist unnötig kompliziert und ein klarer Schritt zurück.

In einer Vorabquote ist es den Ländern freigestellt, Studienplätze an Bewerberinnen und Bewerber zu vergeben, die sich vor Studienbeginn verpflichten,

nach der Approbation mehrere Jahre als Landarzt zu arbeiten. Das ist weltfremd. Kein Bewerber kann bereits vor Aufnahme des Studiums wissen, für welche Fachrichtung und Lebensplanung er sich später entscheiden möchte.

Insgesamt sollen berufliche Eignungskriterien mehr Berücksichtigung finden. Ist das gelungen?

Wir als Marburger Bund fordern das schon lange. In einer Höhe von zehn Prozent halten wir diese neue Quote allerdings für zu knapp bemessen. Zumal noch völlig unklar ist, wie diese Kriterien am Ende aussehen werden. Einer geforderten Übergangsregelung für Langzeitwartende wurde nur sehr bedingt Rechnung getragen. Die Wartezeit wurde faktisch abgeschafft. Viele Langzeitwartende sind sauer.



Foto: Christoph Kilian

Wie könnte die Studienplatzvergabe aus Ihrer Sicht weiter verbessert werden?

Auf der Hand liegt: Wir brauchen dringend mehr Studienplätze. Einige Länder haben inzwischen erkannt, dass zusätzliche Studienplätze auch Investitionen in die Zukunft sind. Die geplanten neuen Fakultäten in Augsburg und Bielefeld sind immerhin ein Anfang.

Die knappe Ressource muss an die Geeignetsten verteilt werden. Versorgungspolitik muss stattdessen vor Ort angepackt werden. Abiturbestenquote und AdH sollten zusammengefasst und die Abiturnote darin niedriger gewichtet werden, als gleichberechtigtes Kriterium unter anderen. Diese Kriterien müssen bundeseinheitlich sein und kontinuierlich evaluiert und angepasst werden. Beispiele wären standardisierte Auswahlgespräche zu Motivation, Engagement und Fähigkeiten, Nachweis bestimmter Erfahrungen in Ausbildung oder Beruf, psychosoziale und naturwissenschaftliche Tests, Praxistests zu Organisationstalent, Stress- und Zeitmanagement sowie soziales Engagement.



ÜBERSICHT

Aktuelle Gesetzesvorhaben

Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)

- Um die Sicherheit zu erhöhen, wird die Arzneimittelaufsicht neu geordnet.
- Die Krankenkassen erhalten bei Rückrufen oder Mängeln einen Regressanspruch gegenüber den Herstellern.
- Die Herstellung verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch Angehörige nichtärztlicher Heilberufe (insbesondere Heilpraktiker) wird erlaubnispflichtig.
- Grundsätzlich unterliegen zukünftig alle Arzneimittel zur Therapie von Gerinnungsstörungen einem einheitlichen Vertriebsweg über die Apotheke.
- Bei Rabattverträgen wird die vertragsschließende Krankenkasse in die Mitverantwortung für die Lieferfähigkeit genommen.
- Die Sonderregeln, die für Medikamente zur Behandlung seltener Erkrankungen gelten, sogenannte Orphan Drugs, werden restriktiver gefasst.
- Die Selbstverwaltung erhält den Auftrag, sieben Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes die erforderlichen Regelungen für die Einführung des elektronischen Rezepts zu treffen.

Inkrafttreten: voraussichtlich Juli 2019

[> Seite 29](#)

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

- Die Terminservicestellen werden zu „Servicestellen für ambulante Versorgung und Notfälle“ erweitert.
- Die Mindestsprechstundenzeiten der Vertragsärzte werden von 20 auf 25 Stunden pro Woche erhöht.
- Die Festzuschüsse für Zahnersatz werden ab 2021 von 50 auf 60 Prozent angehoben.
- Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten ab 2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung zu stellen.
- Versicherte mit einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko können in bestimmten Fällen Arzneimittel zur Präexpositionsprophylaxe auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhalten.
- Ambulante Kodierrichtlinien werden eingeführt, um die Qualität der ambulanten Diagnosen zu sichern.
- Die obersten Landesbehörden können bei der Bedarfsplanung in bestimmten Fällen beratend und antragstellend mitwirken.
- Das Schiedswesen wird neu gestaltet mit dem Ziel, die Verfahren effizienter zu machen.
- Die Versorgung mit Heilmittelleistungen wird ab 2020 bundesweit geregelt.
- Die Grundlohnsummenanbindung bei der Heilmittelerbringung soll dauerhaft abgeschafft werden.
- Das Zulassungsverfahren für Heilmittelerbringer wird durch Beitrittsverfahren zum Rahmenvertrag auf Bundesebene neu geregelt.
- Die Gesellschafterstruktur der gematik wird geändert, das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wird Mehrheitsgesellschafter.
- Die kassenindividuelle Selbsthilfeförderung wird zugunsten der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung abgeschafft.

Inkrafttreten: 1. Mai 2019

[> Seite 12](#)

Gesetz für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende (GZSO)

- Die Entnahmekrankenhäuser erhalten in Zukunft eine ausdifferenziertere und höhere Vergütung im Rahmen der Organentnahme.
- Die Rolle der Transplantationsbeauftragten wird gestärkt. Sie erhalten uneingeschränktes Zugangsrecht auf die Intensivstation.
- Ein flächendeckender Bereitschaftsdienst durch qualifizierte Ärzte unterstützt Entnahmekrankenhäuser bei der Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Gehirns.
- Ein flächendeckendes Berichtssystem zur Qualitätssicherung bei der Spendererkennung und Spendermeldung wird eingeführt.

Inkrafttreten: nach Verkündung

Gesetz zur Errichtung eines Deutschen Implantateregisters (EDIR)

- Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) errichtet und betreibt eine Registerstelle für das Deutsche Implantateregister.
- Zur Erfüllung der Aufgaben erhält das DIMDI eine Geschäftsstelle.
- Verantwortliche Gesundheitseinrichtungen werden verpflichtet, Daten über Implantationen und Explantationen aller betroffenen Patienten an das Deutsche Implantateregister zu melden.

Inkrafttreten: nach Verkündung

> Seite 17

Gesetz zur Beitragsentlastung der Betriebsrentnerinnen und -rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung

- Auf Versorgungsbezüge wird ab dem 1. Januar 2020 nur noch der hälftige Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhoben.
- Die Steuermittel für den Gesundheitsfonds werden von 14,5 auf 17 Milliarden Euro angehoben.
- Die Sonderkündigungsrechte für gesetzlich Versicherte werden erweitert.
- Die Informationspflichten der Krankenkassen zu den kassenindividuellen Zusatzbeitragssätzen werden verschärft.
- Die Spielräume der Krankenkassen für die Erhebung von Zusatzbeitragssätzen werden eingengt.
- Die Mindestrücklage im Gesundheitsfonds wird abgesenkt. Zukünftig soll die Mindestreserve bei 20 Prozent der durchschnittlichen Monatsausgaben liegen.

Inkrafttreten: voraussichtlich 1. Januar 2020

Reform der Psychotherapeuten-ausbildung

- Ein neuer Hochschulstudiengang Psychotherapie wird eingeführt, der sich in ein dreijähriges Bachelorstudium und ein zweijähriges Masterstudium gliedert.
- Der Begriff Psychotherapeut/Psychotherapeutin wird als Berufsbezeichnung festgelegt.
- Die psychotherapeutischen Verfahren werden aus dem Prüfungs- und Zuständigkeitsbereich des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) herausgenommen. Damit darf der G-BA zukünftig nicht mehr darüber entscheiden, ob ein der Ausbildung zum Fachpsychotherapeuten zugrunde gelegtes Verfahren auch zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angewandt werden darf.

Inkrafttreten: voraussichtlich 1. September 2020



TSVG

Der „Omnibus“ steht kurz vor der Abfahrt

Es ist das große Versorgungsgesetz des Gesundheitsministers Jens Spahn (CDU). Nach einem Pflegestärkungsgesetz und der Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum 1. Januar 2019 nimmt sich Spahn jetzt mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die ärztliche Versorgung vor. Das Gesetz soll zum 1. Mai in Kraft treten.

/ Text / Jörg Meyers-Middendorf und Ulrich Mohr

Mit dem TSVG packt Spahn „heiße Eisen“ wie die Wartezeitenproblematik in den Arztpraxen an. Es enthält daneben viele wichtige Regelungen unabhängig

von der ärztlichen Versorgung („Omnibusgesetz“). Zur Wahrheit gehört aber auch: Mit dem TSVG wird mit knapp zwei Milliarden Euro jährlichen Mehrausgaben ein weiteres teures Gesetz verabschiedet. Nachfolgend werden die Schwerpunkte vorgestellt.



Dr. Jörg Meyers-Middendorf
Abteilungsleiter Politik/
Selbstverwaltung beim vdek



Ulrich Mohr
Abteilung Politik/Selbst-
verwaltung beim vdek

Terminservicestellen, Sprechstundenzeiten, extrabudgetäre Vergütung: Patienten sollen schneller einen Termin beim (Fach-)Arzt bekommen. Dazu werden die Terminservicestellen zu „Servicestellen für ambulante Versorgung und Notfälle weiterentwickelt“. Die schnelle Verfügbarkeit von Facharztterminen in medizinisch indizierten Fällen ist ein wichtiges Kriterium für eine funktionierende vertragsärztliche Versorgung. Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) arbeiteten oft nicht optimal. Künftig soll nicht nur zur fachärztlichen Behandlung

vermittelt werden; Termine sollen auch für Besuche bei Haus- und Kinderärzten sowie, unter bestimmten Bedingungen, auch für die Akutbehandlung gemacht werden können.

Insbesondere die vorgesehene Vermittlung bei Akutfällen auf Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten telefonischen Ersteinschätzungsverfahrens ist ein erster wichtiger und zentraler Schritt zu einer verbesserten Patientensteuerung. Auf diese Weise können Patienten entsprechend ihres medizinischen Bedarfs zielgenauer in die geeignete Versorgungsebene geführt werden. Die gesetzliche Festlegung, dass die Wartezeit auf eine psychotherapeutische Akutbehandlung zwei Wochen nicht überschreiten darf, wird vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ebenfalls begrüßt. Einen wirksamen Mechanismus, wie die Bevorzugung von Privatpatienten in den Arztpraxen unterbunden werden kann, enthält der Gesetzentwurf leider nicht.

Mit dem TSVG sollen auch die Mindestsprechstundenzeiten für Ärzte von 20 auf 25 Stunden in der Woche heraufgesetzt werden. Viele Ärzte arbeiten heute schon länger, insofern ist die Aufregung darüber in Ärztekreisen nicht nachvollziehbar. Fünf Stunden sind in der wohnortnahen Versorgung als offene Sprechstunde anzubieten. Diese Zeiten sind zu veröffentlichen und über das Internet nutzerfreundlich und digital per App/Online-Angebot transparent zu machen. Diese Maßnahmen setzen den notwendigen Impuls, damit aus den Terminservicestellen künftig wertvolle Vermittlungseinrichtungen werden können.

Vorgesehen ist, dass vieles, was heute bei der Terminvergabe und den Sprechstundenzeiten Selbstverständlichkeit in Arztpraxen ist, in Zukunft extrabudgetär vergütet werden soll. Es wäre richtiger gewesen, das zusätzliche Geld an die tatsächlichen Mehrleistungen, die im Zuge des Gesetzes entstehen, zu knüpfen.

Medizinische Versorgungszentren: In unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten sollen künftig auch anerkannte Praxisnetze medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründen können. MVZ stellen moderne Versorgungseinrichtungen dar, die aufgrund ihrer modernen Organisationsformen attraktive Arbeitsplätze für junge Mediziner bieten und damit eine Antwort auf ärztliche Sicherstellungsprobleme geben. Diese Möglichkeit

müsste deshalb nach Ansicht des vdek nicht nur auf unterversorgte Gebiete beschränkt bleiben, so wie es der Gesetzentwurf vorsieht. Das TSVG will auch Fehlentwicklungen, die zu einem zunehmenden Einfluss von Kapitalinvestoren geführt haben, zurückdrängen. Hier hätte die Regierung beherzter vorgehen können. Nur durch eine klare räumliche wie fachliche Beschränkung der Gründereigenschaft kann verhindert werden, dass reine Kapitalinvestoren durch die Übernahme eines Krankenhauses bundesweite MVZ-Gruppen allein mit Schwerpunkt auf renditestarke Leistungen gründen und wichtige Versorgungsaufgaben vernachlässigen. Dies gilt insbesondere auch für MVZ in der zahnmedizinischen Versorgung.

Kodierrichtlinien: Begrüßt werden die Regelungen zur Einführung ambulanter Kodierrichtlinien. Dies fordert der vdek seit Längerem, um die Qualität der ambulanten Diagnosen zu sichern. Eine qualitativ hochwertige Kodierung ist die Voraussetzung, um Diagnosen für die Berechnung der Morbidität im Risikostrukturausgleich (RSA) und in der vertragsärztlichen Versorgung nutzen zu können. Positiv ist, dass die einzusetzende Praxissoftware zur Umsetzung der Richtlinien – auch bei Selektivverträgen – von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu zertifizieren ist.

Strukturfonds und Sicherstellungszuschläge: Mit dem TSVG wird auch die Einrichtung von Strukturfonds in allen Regionen obligatorisch. Die Mittel, welche die Krankenkassen dafür den KV bereitstellen, werden auf 0,2 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verdoppelt. Die bisherige Regelung,

über Strukturfonds auf regionaler Ebene zu entscheiden, hat sich nach Ansicht des vdek bewährt. Das Gleiche gilt für die regionalen Zuschläge, welche die Kassen zur Sicherstellung der Versorgung zahlen können. Mit der obligatorischen Anwendung von Sicherstellungsinstrumenten „nach dem Gießkannenprinzip“ läuft man eher Gefahr, bestehende Versorgungsdisparitäten zu vergrößern. Gut ist, dass die Gelder des Strukturfonds nun auch für den Aufkauf von Praxissitzen verwendet werden können. Hier müssen die Krankenkassen mitentscheiden dürfen: Nur dann kann sichergestellt werden, dass die KV ihren Verpflichtungen im Bereich des Abbaus von Überversorgung durch den Aufkauf von Praxissitzen in Ballungsräumen nachkommen.

Mitgestaltungsrecht der Länder/Bedarfsplanung: Über verkürzte Fristen wird bei der bevorstehenden Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie auf das Tempo gedrückt. Bis Mitte dieses Jahres sollen die Beratungen abgeschlossen sein. Für Rheumatologen, Psychiater und Pädiater werden etwaige bestehende Zulassungsbeschränkungen bis dahin aufgehoben. In ländlichen und strukturschwachen Teilgebieten entfallen Zulassungssperren generell. Die Bestimmung dieser Gebiete obliegt den Ländern, die zudem in den Zulassungsausschüssen künftig beratend und antragstellend mitwirken können.

Das wirkt auf den ersten Blick nachvollziehbar, dennoch sollte grundsätzlich die Umsetzung der Bedarfsplanung den bisherigen Parteien überlassen bleiben. Antragstellungen außerhalb der gewachsenen Strukturen verführen dazu, aus bloßen politischen

Begrüßt werden die Regelungen zur Einführung ambulanter Kodierrichtlinien.





Sehr kritisch werden die Vorstöße des Bundesministers gesehen, die Arbeit des G-BA stärker an die eigene Leine zu nehmen.



Erwägungen heraus Versorgungskapazitäten zu schaffen; und zwar auch in schon überversorgten Bereichen. Das alles muss letztlich auch finanziert werden.

Digitalisierung im Gesundheitswesen: Wesentlich im Gesetzentwurf sind die Regelungen zur Digitalisierung. Spätestens ab 2021 haben die Krankenkassen für ihre Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) bereitzustellen. Zusätzliche digitale Anwendungen, wie Patiententagebücher oder Aufzeichnungen aus Fitnesstrackern, können in den Patientenakten angeboten werden. Über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) hinaus soll auch der mobile Zugriff über das Handy oder ein Tablet ermöglicht werden. Das alles ist gut, leider aber mit Fristen für die Krankenkassen unterlegt, die sehr ambitioniert sind. Sie sollen zudem mit Sanktionen belegt werden, was problematisch ist. Denn die Krankenkassen können Verzögerungen, beispielsweise durch die Industrie, nicht verhindern und haben sie auch nicht zu vertreten. Hier wäre mehr Realitätsnähe wünschenswert gewesen.

Mit dem TSVG wird auch ein elektronisches Antragsverfahren für bewilligungspflichtige zahnärztliche Leistungen vorgesehen. Nach Meinung des vdek sollte in diesem Zuge auch das Bonusheft digitalisiert werden. Elektronische Anträge für Zahnersatz und ein papiergebundenes Bonusheft passen nicht zusammen.

Positiv hervorzuheben ist, dass ab dem Jahr 2021 ein einheitliches, verbindliches elektronisches Verfahren zur Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten von Ärzten an die Krankenkassen eingeführt werden soll. Der Vollständigkeit halber sollten die Arbeitgeber – unter Nutzung des Datenaustauschverfahrens und Wahrung des Datenschutzes – in die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten einbezogen werden. Pläne aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG), die Bundesregierung zum Mehrheitsgesellschaft der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) zu machen, gehen allerdings zu weit und greifen tief in die Gestaltungskompetenz der gemeinsamen Selbstverwaltung ein. Letztlich müsste das BMG als zuständige

Rechtsaufsichtsbehörde über ihre eigene Geschäftstätigkeit in der gematik die Aufsicht führen. Das wäre paradox.

Heilmittel: Über bundesweite, gemeinsame und einheitliche Versorgungsverträge zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Verbänden der Heilmittelerbringer soll ab dem Jahr 2020 die Versorgung mit Heilmittelleistungen geregelt werden. Übergangsweise soll nach dem Inkrafttreten im Jahr 2019 bundesweit für jede Krankenkasse und für jede Leistungsposition der höchste von einer Krankenkasse bereits vereinbarte Preis gelten. Damit wird das Preisniveau in einem Schritt auf ein Höchstniveau gehoben. Regionale Preisverhandlungen werden abgeschafft. Die Grundlohnsummenanbindung entfällt dauerhaft.

Diese Änderungen sind vergütungstechnisch unnötig und vertragspolitisch kontraproduktiv. Zudem führen die Vergütungserhöhungen ohne weitere flankierende Regelungen nur zu Mehreinnahmen der Praxisinhaber und nicht ihrer angestellten Therapeuten. Gesetzliche Klarstellungen zum Nachweis der Gehälter wären geboten, stehen aber aus.

Des Weiteren soll das als Verwaltungsakt ausgestaltete Zulassungsverfahren von Leistungserbringern durch einen bloßen Beitritt zu einem bundesweiten Rahmenvertrag ersetzt werden. Das Zulassungsverfahren für Leistungserbringer funktioniert gut und trägt maßgeblich zur Strukturqualität in der Heilmittelversorgung bei. Der vdek setzt sich deshalb dafür ein, dieses Verfahren beizubehalten. Um bürokratische Aufwände sowohl auf Seiten der Heilmittelerbringer als auch der Krankenkassen zu vermindern, sollte sich künftig ein Therapeut aber nur noch an eine Zulassungsstelle wenden müssen.

Hilfsmittel: Die Versorgung im Hilfsmittelbereich wurde bisher über Beitritts-, Einzel- und Rahmenverträge sowie auch über Ausschreibungen sichergestellt. Künftig sollen die Ausschreibungen entfallen. Damit stünde eine wichtige Möglichkeit der Vertragsanbahnung nicht mehr zur Verfügung.

In der Vergangenheit haben immer wieder Hersteller, trotz klarer Qualitätsvorgaben, in den Ausschreibungen nicht die

geforderte Qualität geliefert und hohe Aufzahlungen von den Versicherten gefordert. Diesem inakzeptablen Verhalten hätte durch eine Verschärfung der Ausschreibungsregelungen begegnet werden können. Das mit dem TSVG nunmehr beabsichtigte Verbot der Ausschreibungen für Hilfsmittel hält der vdek für zu weitgehend. Ferner soll die Beitrittsmöglichkeit zu bestehenden Verträgen um eine Verhandlungsoption erweitert werden. Der Gesetzesvorschlag ist in sich widersprüchlich und führt praktisch zu einer unendlichen Verhandlungsspirale, an deren Ende ein völlig intransparenter Vertragsmarkt stünde. Hier ist erneutes Nachdenken angezeigt.

Leistungsrecht/Zahnersatz: Eine Reihe von leistungsrechtlichen Neuregelungen durchziehen das neue Gesetz. Hier seien prominent nur die zahnmedizinischen Leistungsregelungen erwähnt. Zum einen sollen in Anlehnung an die Mehrkostenregelung für Zahnfüllungen auch im kieferorthopädischen Versorgungsbereich Mehr- und Zusatzleistungen wählbar sein, ohne den Anspruch auf die vergleichbare Sachleistung zu verlieren. Zum anderen wird ab dem Jahr 2021 der Anspruch der Versicherten auf Festzuschüsse bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen um zehn Prozent auf generell 60 Prozent der Kosten für die Regelversorgung erhöht. Die Bonuszuschläge für die nachgewiesene regelmäßige Zahnpflege erhöhen sich konsequent auf 70 bzw. 75 Prozent. Nach Ansicht des vdek sollten begleitend Verpflichtungen geschaffen werden, den vollständigen Behandlungsplan hinsichtlich seiner vertrags- und privat Zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen durch die Krankenkasse prüfen zu lassen, damit die Versorgung für die Versicherten nicht nur teurer, sondern auch besser wird.

Methodenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA): Weitreichende Änderungen sind für die Erprobung und Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei denen Medizinprodukte verwendet werden, geplant. So soll der G-BA künftig, sobald die Ergebnisse einer Erprobung vorliegen, unverzüglich einen Richtlinienbeschluss zur betreffenden Methode für den ambulanten beziehungsweise stationären Sektor treffen.

Diese Regelung kann helfen, die G-BA-Prozesse zu beschleunigen und wird deshalb grundsätzlich begrüßt. Sehr kritisch werden die Vorstöße des Bundesministers gesehen, die Arbeit des G-BA generell stärker an die eigene Leine zu nehmen und seinem Ministerium weitreichende Durchgriffsrechte zu verschaffen. Genaue Wortlaute waren zu Redaktionsschluss noch nicht abschließend bekannt. Das TSVG wird zum 1. Mai dieses Jahres in Kraft treten. Bis zum Abschluss des parlamentarischen Verfahrens wird der Gesetzes-Omnibus noch eine Reihe von Änderungen und Ergänzungen erfahren. ■

Weitere mögliche Gäste im Gesetzes-Omnibus

- Die Verwaltungskostenabschläge für die Kostenerstattung von Behandlungen im EU-Ausland werden bei fünf Prozent gedeckelt.
- Die Förderung von Selbsthilfeprojekten durch einzelne Krankenkassen wird zugunsten einer Gemeinschaftsförderung abgeschafft.
- Die Länder bekommen im G-BA die gleichen Mitbestimmungsrechte wie die Patienten.
- Zur Sicherung des ärztlichen Notdienstes sollen über die bestehenden Strukturfonds hinaus weitere Versichertengelder bereitgestellt werden.
- Digitale medizinische Anwendungen, zum Beispiel über Apps, sollen Eingang in die strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) finden.
- Die Krankenkassen werden verpflichtet, an ihre Versicherten ab dem 1. Dezember 2019 ausschließlich elektronische Gesundheitskarten mit einer kontaktlosen Schnittstelle auszugeben.
- Die Suche nach einer Hebamme soll durch ein elektronisches Suchverzeichnis erleichtert werden.
- Die Krankenkassen sollen künftig Informationen über Fehlverhalten von Leistungserbringern an für die Berufsausübung zuständige Behörden und Kammern übermitteln dürfen.
- Die Frist für Vergütungsnachforderungen bei Ärzten wird von vier auf zwei Jahre verkürzt.
- Das Verbot zur Koppelung ärztlicher Vergütungen an für den RSA zu kodierende Diagnosen wird geschärft.
- Krankenkassen und ihre Verbände sollen in besonderen Fällen auch durch externe Wirtschaftsprüfer oder IT-Berater geprüft werden können.



MORBI-RSA-REFORM

Die Zeit drängt

Mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) die Absicht festgeschrieben, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) weiterzuentwickeln. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) erwartet eine zügige Umsetzung.

Die derzeitigen Zuweisungskriterien im Morbi-RSA führen zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen, weil eine Kassenart, die AOK, mehr Finanzmittel erhält als für die Versorgung ihrer Versicherten benötigt. Die Ersatzkassen und die Betriebs- und Innungskrankenkassen bekommen hingegen zu wenig. 2017 haben die AOK gemäß dem letzten vorliegenden RSA-Schlussausgleich 1,347 Milliarden Euro zu viel aus der Geldumverteilungsmaschine Gesundheitsfonds bekommen, die Ersatzkassen 931 Millionen Euro zu wenig. Diese Entwicklung führt zu Monopolstrukturen und dem Verlust von Wahlfreiheit für die Versicherten.

Die Politik muss rasch ernst machen mit einer Reform des Morbi-RSA, fordert der vdek. Bis Herbst dieses Jahres müsse das Gesetz unter Dach und Fach sein, da die gesetzlichen Regelungen noch in den Haushaltsplanungen der Krankenkassen für 2020 berücksichtigt werden müssen.

Einführung einer Regionalkomponente ist essenziell

Die fachliche Aufarbeitung für eine Reform ist über zwei Gutachten des wissenschaftlichen Beirates erfolgt, auf deren Basis die Ersatzkassen sechs Forderungen entwickelt haben. Diese decken sich in vielen Punkten mit denen

der Gutachter. Im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion stehen derzeit die Reformelemente Regionalkomponente und Krankheitsauswahl. Hier kommt es aus Sicht des vdek entscheidend auf die konkrete Umsetzung an. Essenziell für eine RSA-Reform ist die Einführung einer Regionalkomponente. Auch die wissenschaftlichen Gutachter bestätigen, dass es neben den alters-, geschlechts- und krankheitsbedingten Unterschieden in der Versichertenstruktur regionale Unterschiede gibt. Die regionalen Ausgaben variieren aufgrund vielfältiger strukturbedingter Unterschiede. Der wissenschaftliche Beirat hat dabei als zentrale Einflussfaktoren beispielsweise die Höhe der Sterbekosten, die Pflegebedürftigkeit sowie die Facharztdichte identifiziert und festgestellt, dass diese Unterschiede nur zu 60 Prozent im heutigen Morbi-RSA berücksichtigt werden. Deshalb müssen die strukturbedingten Kostenunterschiede durch eine Regionalkomponente ausgeglichen werden.

Die heutige Krankheitsauswahl muss verändert werden

Alle Ersatzkassen haben in Bezug auf die Krankheitsauswahl eine gemeinsame Position: Sie wollen, dass die heutige Krankheitsauswahl verändert wird und zukünftig schwere, kostenintensive und in der Diagnosestellung eindeutige Krankheiten ausgleichsrelevant werden. Die Gutachter dagegen empfehlen die Einführung eines Vollmodells in mehreren Schritten. Die Ersatzkassen halten das nur dann für zielführend, wenn ausgeschlossen werden kann, dass durch die Beeinflussung von Diagnosen die Zuweisungen aus dem RSA optimiert werden, wenn die Erweiterung durch mehr Krankheiten genauso differenziert erfolgt wie heute und wenn Über- und Unterdeckungen in den einzelnen Morbiditätsgruppen angeglichen werden. Zwingend ist, dass durch eine Reform des Morbi-RSA die Über- und Unterdeckungen zwischen den Kassen deutlich abgebaut werden. Nur dann kann gewährleistet werden, dass sie wieder miteinander in einen fairen Wettbewerb eintreten können. ■ / pm

www.vdek.com unter Presse/
Pressemitteilungen/2019/30.01.2019

Die regionalen Ausgaben variieren aufgrund vielfältiger strukturbedingter Unterschiede.

EINWURF

Das Deutsche Implantateregister soll kommen

Die Politik hat einen Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung eines Deutschen Implantateregisters vorgelegt. Das ist ein wichtiger Schritt zu mehr Patientensicherheit und mehr Qualität in der Versorgung mit (Hochrisiko-)Medizinprodukten.

/Text/ Ulrike Elsner

Gebrochene oder metallabgebende Hüftimplantate, die bei den Patienten viel Leid verursachen – viel wurde in den letzten Jahren über fehlerhafte Medizinprodukte berichtet. Schon lange fordern die Ersatzkassen deshalb die Errichtung eines nationalen Implantateregisters für besonders risikobehaftete Medizinprodukte wie Stents, Herzklappen, Brustimplantate oder Knieprothesen. Wichtig ist dabei auch, dass sich alle gesetzlichen und privaten Krankenkassen, alle Krankenhäuser und die entsprechenden Medizinproduktehersteller mit Datenlieferungen beteiligen. Mithilfe des Registers sollen langfristig Kenntnisse über die Qualitätsmängel, Haltbarkeit von Medizinprodukten oder auch Gründe für Wechseloperationen gewonnen werden – natürlich mit dem Ziel, damit die Qualität der Produkte zu verbessern, Krankenhäuser vor schadhaften Produkten zu warnen und die Patienten vor unnötigen Operationen zu schützen.

Um die Patientensicherheit zu stärken, hat die gemeinsame Selbstverwaltung 2010 das Zepter in die Hand genommen. Auf Initiative der deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie wurde mit finanzieller Unterstützung u. a. der Ersatzkassen ein Endoprothesenregister (EPRD) errichtet, das seitdem wertvolle Daten sammelt und auswertet. Die Krux an dem Register: Die

Teilnahme ist freiwillig und nur auf Knie- und Hüftimplantate beschränkt. Die Daten daher unvollständig.

Trotzdem. Nicht zuletzt der Erfolg dieses Projektes hat seinen Teil dazu beigetragen, dass der Aufbau eines Implantateregisters Eingang in den Koalitionsvertrag fand und der Bundesgesundheitsminister nun aktiv wird und ein Gesetz für die Errichtung eines Deutschen Implantateregisters vorlegt. Das beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) angesiedelte Register soll 2020 seine Arbeit aufnehmen und wird einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätsverbesserung in der medizinischen Versorgung mit Implantaten leisten. Einen Beitrag, den die für 2020 geplante europäische Datenbank für Medizinprodukte (EUDAMED) in dieser Form nicht leisten kann. Denn hier müssen neben den Produktmeldungen selbst nur aktuelle Vorkommnisse bzw. Schäden von den Medizinprodukteherstellern gemeldet werden. Systematische Langzeitbeobachtungen, die Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität liefern, erfolgen nicht.

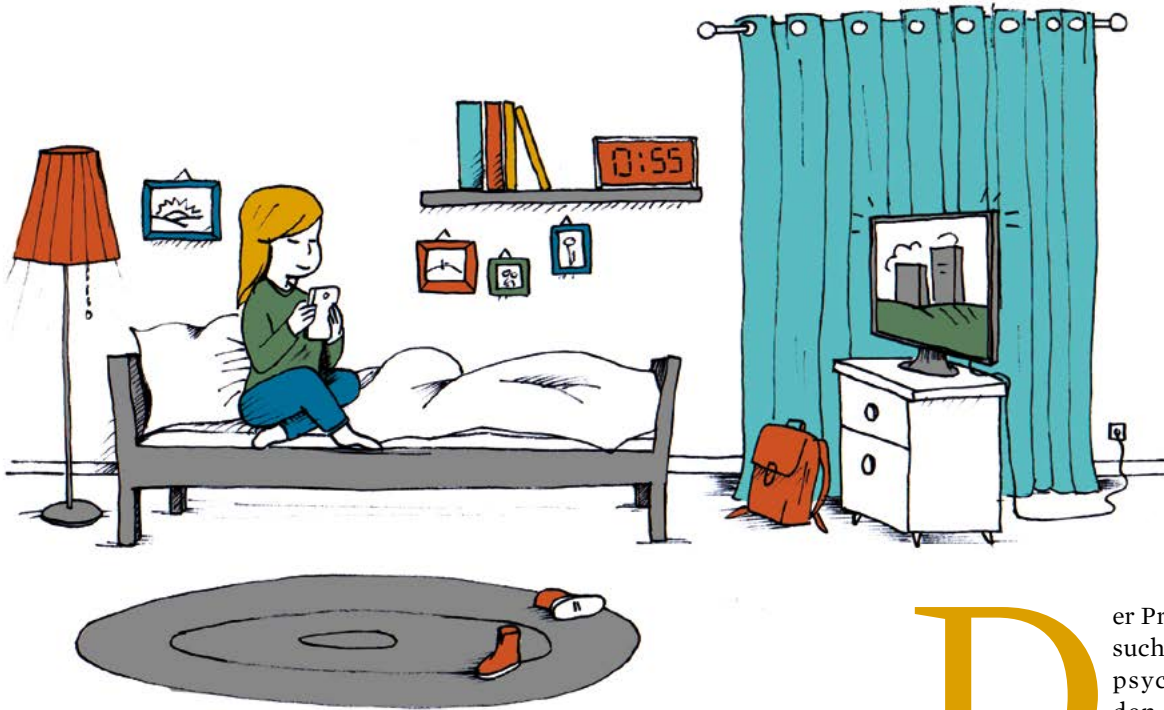
Die Erkenntnisse des Endoprothesenregisters werden jetzt in das neue Implantateregister einfließen. Neben Knie- und Hüftimplantaten werden Brustimplantate und später auch Stents und Herzklappen hinzukommen. Das Register wird sich langsam aufbauen und langfristig seine Wirkung entfalten. Das geht nicht von heute auf morgen. Aber ein wichtiger Schritt ist nun getan. ■



Ulrike Elsner
Vorstandsvorsitzende
des vdek

*Ihre Meinung interessiert uns!
Schreiben Sie uns, was Sie
über das Implantateregister
denken.*

redaktion@vdek.com



DAK-PRÄVENTIONSRADAR 2018

Schlafmangel bei Schülern

Fast jeder dritte Schüler leidet unter Schlafstörungen. Die Hälfte der Schüler fühlt sich tagsüber erschöpft und klagt über Müdigkeit. An Schulen ist der Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten groß. Das zeigt der aktuelle Präventionsradar 2018 der DAK-Gesundheit. Der Schlafmangel steht in Zusammenhang mit stark erhöhten Bildschirmzeiten der Schüler. Viele sitzen mehr als vier Stunden täglich vor Fernseher, Smartphone oder Tablet.

/ Text / Dorothea Wiehe

Der Präventionsradar untersucht das körperliche und psychische Wohlbefinden sowie das Gesundheitsverhalten von Schülern zwischen zehn und 18 Jahren. Die aktuelle Schulstudie wurde gemeinsam mit dem Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) in sechs Bundesländern durchgeführt. Das IFT-Nord hat dafür fast 9.300 Schüler aus mehr als 500 Klassen der Jahrgangsstufen fünf bis zehn repräsentativ befragt. Auch weitere Gesundheitsthemen wie Bewegung und Ernährung standen im Fokus der Analyse. Die Studie kombiniert Längs- mit Querschnitterhebungen, um auch längerfristige Entwicklungen aufzuzeigen. Für die DAK-Gesundheit ist der Präventionsradar ein wichtiges Analysewerkzeug, um die Lebensgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen zu erforschen und die Basis für altersgerechte Präventionsangebote zu schaffen.

Schlafstörungen und Stress

Der Präventionsradar zeigt, dass Mädchen besonders von Schlafstörungen betroffen sind. Während jedes dritte Mädchen mindestens einmal pro Woche Schlafprobleme hat, ist es bei Jungen nur jeder vierte. Schlafmangel steht in einem engen Zusammenhang mit dem Stressempfinden der Schüler: Je weniger Schlaf die Befragten bekommen, desto mehr fühlen sie sich gestresst. Von den Mädchen

gibt fast die Hälfte an, oft oder sehr oft unter Stress zu leiden. Von den Jungen ist ein Drittel betroffen. Die empfundene Stresshäufigkeit nimmt mit dem Alter zu. Unter den jüngeren Schülern fühlen sich nur fünf Prozent sehr oft gestresst, unter den älteren sind es 14 Prozent. Erhöhtes Stressempfinden geht mit häufigen Kopf-, Rücken- und Bauchschmerzen einher. Auch Niedergeschlagenheit kann sich verstärken. Etwa ein Sechstel der Befragten fühlt sich oft oder sehr oft unglücklich. Insbesondere Mädchen (23 Prozent) machen Angaben, die auf depressive Symptome hinweisen.

Smartphones rauben Schülern den Schlaf

Eine Erklärung für die verkürzte Schlafdauer der Schüler ist die zunehmende Nutzung von Bildschirmgeräten. Der DAK-Präventionsradar zeigt: Je mehr Zeit Jungen und Mädchen vor Bildschirmen verbringen, desto weniger schlafen sie. Smartphone und andere Geräte sind schon bei Schülern der fünften Klasse beliebt. Die Mehrheit der Kinder (56 Prozent) gibt an, bis zu einer Stunde am Tag vor dem Bildschirm zu verbringen. Neunt- und Zehntklässler kommen leicht auf das Dreifache: Gut ein Viertel der älteren Schüler spricht von mehr als vier Bildschirm-Stunden pro Tag. Das ist ihre Selbstwahrnehmung. Die Zeit, die sie tatsächlich mit Tablet, Computer, Handy und Fernseher zusammengerechnet verbringen, dürfte darüber liegen. „Die Smartphones rauben den Schülern den Schlaf“, betont Studienleiter Prof. Dr. Reiner Hanewinkel vom IFT Nord. „Unser Präventionsradar belegt eindeutig den Zusammenhang von Schlafmangel und langen Bildschirmzeiten. Um Gesundheitsproblemen vorzubeugen, brauchen wir wirksame Programme für einen bewussteren Umgang mit digitalen Medien.“

Beim Thema Bewegung zeigt der Präventionsradar, dass nur ein Drittel der Schüler ausreichend körperlich aktiv ist. Nach den nationalen Bewegungsempfehlungen sollen Kinder und Jugendliche sich täglich mindestens 90 Minuten bewegen, wovon 60 Minuten das Zurücklegen von Wegen per Rad- oder Tretroller sein können. Bei den Schülern der Klassen fünf und sechs sind Rad- und Tretrollerfahrten zwar noch verhältnismäßig beliebt. Ein

Drittel fährt nach eigenen Angaben bis zu 60 Minuten pro Tag. Aber bei den Neunt- und Zehntklässlern lässt das Interesse nach. Nur noch ein Fünftel der Älteren fährt längere Strecken mit dem Rad.

Fastfood statt Gemüse

Süße Snacks sind bei Schülern angesagt. Sie werden von 38 Prozent der Befragten täglich verzehrt. Auch Fast Food steht vergleichsweise oft auf dem Speiseplan der Kinder und Jugendlichen. Fast ein Viertel konsumiert mehrmals pro Woche oder öfter Burger, Pommes oder Pizza. Wer regelmäßig gemeinsam mit der Familie isst, ernährt sich laut der Studie gesünder: Die Schüler verzehren regelmäßiger Obst und Gemüse, greifen seltener zu Fast Food und sind seltener übergewichtig.

Der Präventionsradar macht deutlich: Um Gesundheitsrisiken zu reduzieren, werden dringend Trainings für einen bewussteren Umgang mit Medien gebraucht, sowie Programme für bewusstere Ernährung und mehr Bewegung. Die DAK-Gesundheit hat sich das Thema Internetsucht und Medienkompetenz auf die Fahnen geschrieben. Sie finanziert im Rahmen einer Aufklärungskampagne Broschüren, die Jugendliche, Eltern und Lehrkräfte gezielt über das Thema Internet- und Computersucht informieren. Herausgegeben werden die Hefte mit ausführlichen Hintergrundinformationen, Beispielen und einem Selbsttest vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Zudem macht sich die Krankenkasse mit der Schulkampagne „fit4future“ für mehr Bewegung, gesunde Ernährung und Stressbewältigung an 2.000 Grund- und Förderschulen stark. Das Programm gemeinsam mit der Cleven-Stiftung erreicht aktuell 600.000 Schüler bundesweit und wird in diesem Jahr auf weiterführende Schulen ausgeweitet. Ab 2020 soll es zudem an Kitas starten. Unterstützt wird die Präventionskampagne unter anderem von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU).

Mit den Ergebnissen des neuen Präventionsradars möchte die Krankenkasse noch stärker in den politischen Dialog eintreten und für eine aktive Gesundheitsförderung in den Schulen werben. ■

Süße Snacks werden von 38 Prozent der Befragten täglich verzehrt.

Foto: DAK-Gesundheit/Wigger



Dorothea Wiehe
Redakteurin DAK-Gesundheit



DAK-GESUNDHEIT

Psychische Erkrankungen: Rückgang bei Ausfalltagen



Foto: iStock/DAK-Gesundheit

Erstmals seit 2006 sind die Fehlzeiten im Job wegen psychischer Erkrankungen leicht zurückgegangen: 2018 gab es 236 Fehlzeiten je 100 Beschäftigte. Das sind 5,6 Prozent weniger als im Vorjahr. Trotz dieses Rückgangs rangieren Seelenleiden auf Platz drei beim Anteil am Gesamtkrankenstand des vergangenen Jahres. Das zeigt die Krankenstands-Analyse der DAK-Gesundheit für das Jahr 2018. Die meisten Fehlzeiten entfielen auf Muskel-Skelett-Erkrankungen, wie beispielsweise Rückenschmerzen, gefolgt von Atemwegserkrankungen. Insgesamt meldeten sich Deutschlands Arbeitnehmer im vergangenen Jahr etwas häufiger krank als im Jahr zuvor: Der Gesamtkrankenstand stieg von 4,1 Prozent auf 4,2 Prozent. Hauptgrund für die vermehrten Krankmeldungen war die starke Grippewelle zu Beginn des vergangenen Jahres.

Psychische Erkrankungen hatten 2018 einen Anteil von 15,2 Prozent am Gesamtkrankenstand. Die durchschnittliche Falldauer betrug 33,7 Tage. Unter den psychischen Erkrankungen entfielen die meisten Fehlzeiten auf Depressionen mit rund 93 Tagen je 100 Versicherte – ein Rückgang im Vergleich zum Vorjahr um 17 Prozent. Aufgrund von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen gab es 2018 rund 51 Fehlzeiten je 100 Versicherte. Hier gab es einen leichten Anstieg um vier Prozent. Beim Blick auf die Geschlechter wird deutlich: Bei Frauen verursachten psychische Erkrankungen 63 Prozent mehr Fehlzeiten als bei Männern (298 zu 183 Ausfalltagen je 100 Versicherte). *pm*
www.dak.de

TK

Erhöhte Fehlzeiten durch Erkältungskrankheiten

Ob der Krankenstand in Deutschlands Betrieben steigt oder fällt, hängt vor allem davon ab, wie stark die Erkältungswelle im Winter ausfällt. Die Techniker Krankenkasse (TK) meldet für 2018 einen leicht gestiegenen Krankenstand von 4,23 Prozent (+2,2 Prozent). Im Schnitt waren Erwerbspersonen im vergangenen Jahr 15,5 Tage krankgeschrieben, davon gingen zweieinhalb Tage auf das Konto der Atemwegserkrankungen.

Albrecht Wehner, bei der TK verantwortlich für die Gesundheitsberichterstattung: "Traditionell haben wir im Winter zwei Erkältungswellen – eine im November und eine in der zweiten Februarhälfte. Der Krankenstand hängt vor allem davon ab, wie stark diese ausfallen. 2018 ging gut jeder sechste Fehltag auf Schnupfen, Grippe und Co. zurück." Das entspricht einem Anstieg von fast zehn Prozent allein bei den Atemwegserkrankungen. Laut TK gäbe es sowohl mehr als auch längere Krankschreibungen.

Statistisch gesehen gingen im vergangenen Jahr fast vier von zehn Krankschreibungen auf eine solche Diagnose zurück. Jede atemwegsbedingte Krankschreibung dauerte durchschnittlich 6,6 Tage und damit 0,3 Tage länger als im Jahr zuvor.

Psychische Störungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen gehören mit 2,8 bzw. 2,7 Tagen ebenfalls zu den Hauptursachen von Fehlzeiten. Bei Beschwerden, die auf Bewegungsmangel zurückgehen oder durch Stress verursacht werden, sieht Wehner Arbeitgeber und Beschäftigte in der Pflicht: "Hier lässt sich mit Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements viel vermeiden", erklärt Wehner. "Wir wissen inzwischen, dass auch eine ungesunde Arbeitskultur das Risiko für chronische Krankheiten und langfristige Abwesenheiten erhöht. Daraus resultieren wiederum hohe finanzielle Belastungen sowohl für das Gesundheitssystem als auch für das Unternehmen selbst." *pm*
www.tk.de

BARMER

Heil- und Hilfsmittelreport 2018

Bei den Ausgaben für Physiotherapie gibt es massive regionale Unterschiede. Während sich die Therapiekosten je BARMER-Versicherten im Jahr 2017 in Bremen auf 54,74 Euro beliefen, waren sie in Berlin mit 89,45 Euro um 63 Prozent höher. Bundesweit betrugen die Kosten je BARMER-Versicherten 68,33 Euro. Das geht aus dem BARMER-Heil- und Hilfsmittelreport 2018 hervor. „Die unterschiedlich hohen Ausgaben für die Physiotherapie sind rein medizinisch nicht erklärbar. Das unterschiedliche Verordnungsverhalten der Ärzte oder verschiedenartige Angebotsstrukturen könnten eine zentrale Rolle spielen“, sagt Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Nun seien weitere Analysen erforderlich, um die Ursachen der Kostendifferenzen bei Krankengymnastik, Lymphdrainagen und Massagen näher zu beleuchten. Dies sei auch deshalb erforderlich, da rund Dreiviertel aller Heilmittelkosten auf die Physiotherapie entfielen.



Foto: auremar/Adobe Stock

Laut dem Report wuchsen die gesamten Aufwendungen für die Heilmittel Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie in den Jahren 2015 bis 2017 um sechs Prozent auf zuletzt 855 Millionen Euro. Bei Hilfsmitteln wie Rollstühlen, Krankenbetten oder Atemgeräten war der Zuwachs noch deutlich stärker. Hier bedeutet der Anstieg auf 1,05 Milliarden Euro im Jahr 2017 ein Plus von 12,1 Prozent seit dem Jahr 2015. *pm*
www.barmer.de

KKH

Babys und Kleinkinder zu selten beim Zahnarzt



Foto: Riopur Images/Adobe Stock

Gesetzlich versicherte Eltern haben für ihre Kinder zwischen dem 6. und 34. Lebensmonat künftig Anspruch auf drei Früherkennungsuntersuchungen beim Zahnarzt. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen. „Bereits im Baby- und Kleinkindalter wird der Grundstein für gesunde Zähne gelegt. Doch Eltern warten oft zu lange, bevor sie mit ihrem Kind das erste Mal zum Zahnarzt gehen oder schicken ihren Nachwuchs zu selten zur Kontrolle“, sagt Sebastian Schulz vom Serviceteam der KKH Kaufmännische Krankenkasse in Erfurt.

Die regelmäßige Kontrolle im Kleinkindalter ist sehr wichtig. Frühkindlicher Karies entsteht in der Regel durch Zahnbeläge aufgrund schlechter Zahnpflege – vor allem nach dem Genuss von Süßem. Zuckerhaltige Getränke gehören deshalb nicht in Nuckelflaschen, da die Zähne durch das Saugen ständig mit der Flüssigkeit umspült werden. „Kinder sollten früh lernen, aus dem Becher zu trinken, und sich gar nicht erst ans Nuckeln gewöhnen“, rät Sebastian Schulz. Müssen etwa kranke Milchzähne gezogen werden, kann das die Entwicklung der bleibenden Zähne und des Kiefers negativ beeinflussen. Denn: Die Milchzähne dienen als Platzhalter für die späteren Zähne.

Die neue Regelung zur Kariesfrüherkennung soll frühestens zum 1. Juli 2019 in Kraft treten. *pm*

www.kkh.de

DAK-GESUNDHEIT

Digitalisierungs-report 2019

Ärzte sind gegenüber der Digitalisierung offen, haben aber klare Ansprüche: Sie wollen eHealth-Anwendungen nutzen, wenn sie Diagnosen erleichtern und Arbeitsabläufe im Praxisalltag verschlanken. Das zeigt der aktuelle Digitalisierungsreport 2019, den die DAK-Gesundheit mit zahlreichen Partnern aus dem Gesundheitswesen erhoben hat. 2313 Ärzte aus ganz Deutschland wurden dafür nach ihren Einstellungen zur Digitalisierung befragt. Kernthema der Studie sind die Möglichkeiten einer elektronischen Gesundheitsakte (eGA). Einen digitalen Check von Wechselwirkungen zwischen Medikamenten mithilfe einer eGA bewerten 71 Prozent der Befragten positiv, 21 Prozent neutral. Mit der eGA bei anderen Ärzten Befunde ihrer Patienten anzufordern, sieht jeder zweite Mediziner als Vorteil für den eigenen Befund, gut ein Drittel sieht darin eine Zeitersparnis.

Mit einer eGA ändert sich das Verhältnis zwischen Arzt und Patient: Nutzer haben die Möglichkeit, sich intensiver mit ihren Gesundheitsdaten zu befassen. Die Folge: Sie kommen informierter in die Praxis. 29 Prozent der befragten Ärzte bewerten dieses Szenario positiv, ein Viertel sieht es negativ. Knapp jeder Zweite steht dieser Entwicklung neutral gegenüber. „Fakt ist: Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist in vollem Gange und nicht aufzuhalten“, sagt Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit. „Wir sollten die Digitalisierung aktiv gestalten und auch den darauf beruhenden Wandel im Arzt-Patienten-Verhältnis als Chance begreifen. Wichtig ist, alle Akteure einzubinden – damit für alle der Nutzen von eHealth-Anwendungen im Mittelpunkt steht.“ *pm*

www.dak.de

TK

Pilotprojekt elektronisches Rezept

Die Techniker Krankenkasse (TK) führt das elektronische Rezept (eRezept) ein. Das Projekt ist zunächst auf den Raum Hamburg-Wandsbek begrenzt. Die Pilotphase soll in 18 Monaten zeigen, welche Vorteile das eRezept für Patienten, Ärzte und Apotheker hat. Auch die technische Umsetzung wird dabei unter Beweis gestellt.

„Im Zuge der Digitalisierung des Gesundheitswesens ist das eRezept ein weiterer konsequenter Schritt nach vorn“, sagt Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK. „Das eRezept wird ein fester Bestandteil der Versorgung werden. Die Technik zum elektronischen Rezept ist längst vorhanden – die Herausforderung liegt darin, dass sich Patienten, Ärzte, Apotheken und Krankenkassen über eine gemeinsame Schnittstelle einigen. Wir wollen keine Insellösungen bauen, sondern ein System, das für alle offen ist“, so Baas weiter. In der Pilotphase erhält der Versicherte in der Arztpraxis einen QR-Code sowie ein Abbild des bekannten "rosa" Rezepts in eine App auf seinem Smartphone. Möchte der Patient das Rezept einlösen, scannt die Apotheke den QR-Code ein. Die Apotheke kann daraufhin das vom Arzt verordnete Arzneimittel an den Patienten abgeben. Der Übertragungsweg ist Ende-zu-Ende verschlüsselt und die Rezeptdaten liegen bis zu deren Abruf durch die Apotheke dezentral in der Arztpraxis. Die Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig.

Patienten können sich ab sofort für das Pilotprojekt anmelden, die ersten elektronischen Rezepte sollen im März ausgestellt werden. Nach Abschluss des Pilotprojekts wird das eRezept Teil der elektronischen Gesundheitsakte "TK-Safe" und soll perspektivisch bundesweit zur Verfügung stehen. *pm*

www.tk.de

QUALITÄTSSICHERUNG IN PFLEGEEINRICHTUNGEN

Gelingt der Neustart der Qualitätsprüfung?

Das Verfahren zur externen Qualitätssicherung für Pflegeeinrichtungen steht vor umfangreichen Veränderungen. Die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) werden auf eine neue Grundlage gestellt, die Pflegenoten abgeschafft und Ergebnisindikatoren eingeführt. Derzeit ringen die Pflegekassen und Leistungserbringer noch um die wichtige Frage, wie man die Ergebnisse der Qualitätsprüfung so darstellt, dass sie für den Verbraucher verständlich sind und die Versorgungsrealität vor Ort sachgerecht widerspiegeln.

/ Text / **Oliver Blatt** und **Martin Schreck**

Wenn Pflegebedürftige auf professionelle Pflege angewiesen sind, gilt es, in kürzester Zeit einen Pflegeanbieter in der Region auszuwählen. Neben dem

Preis ist die Qualität ein entscheidendes Auswahlkriterium. Eine schnelle Orientierung zum Thema Qualität bieten die Pflegenoten, mit denen bis dato die Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen bewertet werden. Seit 2009 sind sie im Einsatz, haben jedoch im Zeitverlauf zunehmend an Aussagekraft verloren. So ist heute festzustellen, dass die meisten Pflegeeinrichtungen mit ähnlich guten Noten abschneiden und eine Differenzierung für den Verbraucher kaum noch möglich ist. Zudem häufen sich die Fälle, in denen die gute Benotung mit der tatsächlichen Qualität vor Ort nicht übereinstimmt. Das zeigen exemplarisch immer wieder die Anlassprüfungen des MDK, die bei entsprechenden Beschwerden von Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen durchgeführt werden.

Das Ringen um die sachgerechte Beurteilung der Qualität in der Pflege hat eine lange Geschichte und war stets mit intensiven Fachdebatten verbunden. Bereits 2002 wurden Heimbetreiber und Pflegekassen gesetzlich verpflichtet, verbindliche Leistungs- und

Qualitätsvereinbarungen abzuschließen. Sechs Jahre später wurden die Qualitätsvorschriften mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz umfassend fortentwickelt und jährliche Routineprüfungen von Pflegeeinrichtungen durch den MDK eingeführt. Damit wurde auf die gesellschaftlichen und politischen Forderungen nach mehr Qualität und Transparenz im sensiblen Versorgungsbereich der Pflege reagiert. Damals fast schon revolutionär war die neue gesetzliche Vorgabe, dass die Ergebnisse der Prüfungen im Internet zu veröffentlichen sind. Es war die Geburtsstunde der Pflegenoten, die seither auch im Pflegelotsen, einem Onlineportal des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), als wichtige Verbraucherinformation veröffentlicht werden. Dieser Schritt war richtungsweisend für nutzerfreundliche Informationen in der gesamten Gesundheitsversorgung.

„Pflege-TÜV“ befördert Qualitätsentwicklung

Die MDK-Prüfungen, gerne auch als Pflege-TÜV bezeichnet, haben die Qualitätsentwicklung in der Pflege befördert – auch wenn es von den Pflegekassen kritisch gesehen wird, dass die Auswahl der zu veröffentlichenden Prüfkriterien und das dahinterstehende Benotungssystem zwischen Leistungserbringern und Pflegekassen ausgehandelt werden



Foto: vdek/Georg J. Lopata
Oliver Blatt
Abteilungsleiter Gesundheit beim vdek



Foto: Cordula Feck
Martin Schreck
Abteilung Gesundheit beim vdek



müssen. Aus Sicht des vdek wäre eine Festsetzung dieser Prüfbedingungen allein durch die Kostenträger zielführender. Viele Verhandlungskompromisse und Schiedssprüche haben ein klares Nachschärfen der Noten und eine angemessene Gewichtung von „harten“ und eher „weichen“ Qualitätskriterien verhindert, sodass das Resümee zu den Pflegenoten eher ernüchternd ausfällt.

Der Gesetzgeber musste also nachhelfen und hat den Verhandlungspartnern die grundlegende Weiterentwicklung des Qualitätssystems in der Pflege ins Aufgabenbuch geschrieben. Da die politischen Erwartungen an das neue System hoch und die Zeitvorgaben eng sind, hat der neu gegründete Qualitätsausschuss Pflege auch sofort die notwendigen wissenschaftlichen Aufträge zur Weiterentwicklung des Qualitätssystems ausgeschrieben. Die beauftragten Forschungseinrichtungen haben zügig neue Instrumente zur Qualitätsmessung entwickelt. Der Fokus lag dabei zunächst auf den stationären Einrichtungen. Hier gibt es zukünftig drei wichtige Säulen als Grundlage der Qualitätsinformation:

1. Das Hauptelement der externen Qualitätssicherung ist weiterhin die MDK-Prüfung. Sie wurde inhaltlich umfangreich weiterentwickelt: Dabei wurde der gesamte Prüfkatalog überarbeitet und auf Kriterien mit hoher Relevanz für die pflegebedürftigen Menschen beschränkt. So schauen die MDK-Prüfer von nun an vor allem auf die Aspekte, die auch im Rahmen der Pflegebedürftigkeitsprüfung relevant sind, zum Beispiel die Mobilität und Selbstversorgung.

2. Die Pflegeeinrichtungen erheben in halbjährlichen Abständen sogenannte Ergebnisindikatoren, die Aufschluss über Krankenhausaufenthalte oder Stürze von Bewohnern geben. Die Daten werden an eine unabhängige Auswertungsstelle gemeldet und dort ins

Verhältnis zu den Daten anderer Einrichtungen gesetzt. Diese vergleichenden Ergebnisse werden zukünftig Bestandteil der Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse sein. Die Einrichtungen selbst können erkennen, wo mögliche Verbesserungspotenziale bestehen – und zielgerichtet reagieren. Die Landesverbände der Pflegekassen erhalten die Ergebnisse, um sie bei der Beauftragung der MDK-Qualitätsprüfung zu berücksichtigen.

3. Komplettiert werden die Aussagen zur Qualität durch allgemeine Informationen zur Ausstattung und zum pflegerischen Angebot der jeweiligen Einrichtung.

Umstellung im ambulanten Bereich nicht vor 2020

Mit den MDK-Prüfungen auf der neuen, wissenschaftlichen Grundlage wird im vollstationären Bereich ab November 2019 begonnen, im ambulanten Bereich soll zunächst eine Pilotierung mit ausgewählten Einrichtungen vorgeschaltet werden. Mit einer Umstellung des Systems ist nicht vor 2020 zu rechnen. Bis dahin läuft das alte Notensystem weiter. Derzeit wird im Qualitätsausschuss noch um die Details zur Darstellung der Prüfergebnisse gerungen. Dabei geht es darum, die Anforderungen aus Sicht der Wissenschaft und der Verbraucher in Einklang zu bringen. Eine zu wissenschaftliche Darstellung kann zulasten der Verständlichkeit gehen. Gleiches gilt für die Frage, ob Ergebnisse zusammengefasst oder einzeln ausgewiesen werden. So geht jede Zusammenfassung zwar mit einem Informationsverlust einher, doch ist diese für den Verbraucher schneller zu greifen. Entsprechend finden sich bei fast allen einschlägigen Bewertungsportalen zusammenfassende Bewertungen. ■

www.pflegelotse.de

Die beauftragten Forschungseinrichtungen haben zügig neue Instrumente zur Qualitätsmessung entwickelt.



SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG

Finanzielle Entwicklung bis 2023

Die Pflegestärkungsgesetze der letzten Jahre führten zuletzt zu hohen Defiziten in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV). Der Gesetzgeber hat daher den Beitragssatz um 0,5 Beitragssatzpunkte erhöht. Wie lange wird die Anhebung ausreichen?

/ Text / Manfred Baumann und Christian Hecht

Zum 1. Januar 2019 wurde der Beitragssatz der SPV von 2,55 auf 3,05 Prozent angehoben. Denn die gesetzlichen Leistungsverbesserungen durch die Pflegestärkungsgesetze und die stärkere Inanspruchnahme von Pflegeleistungen haben die Finanzreserven der SPV aufgezehrt. Ab 2019 hat das neue Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) weitere Mehrausgaben zur Folge. Die Bundesregierung erwartet, dass das Beitragssatzniveau mit der jetzt erfolgten Anhebung um 0,5 Beitragssatzpunkte bis 2022 stabil gehalten werden kann und Spielraum für weitere im Koalitionsvertrag vereinbarte Maßnahmen besteht.

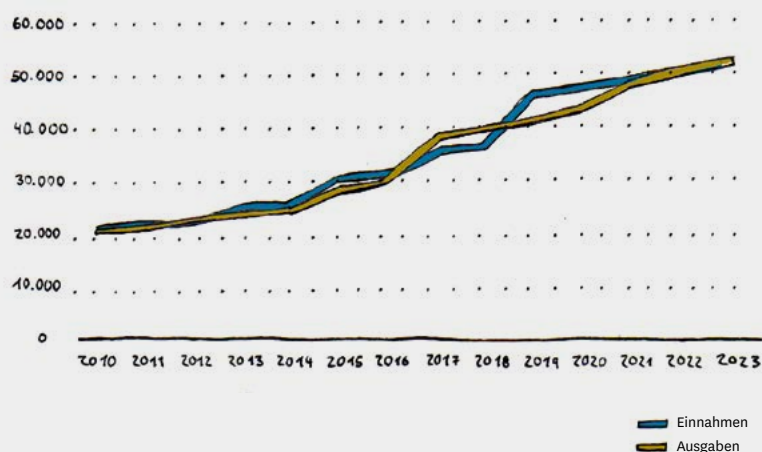
Deutliche Verbesserung des Leistungsumfanges

Die vergangenen Jahre waren von deutlichen Verbesserungen des Leistungsumfanges der SPV gekennzeichnet: 2013 trat das Pflegeeneuausrichtungsgesetz in Kraft, das vor allem Leistungsverbesserungen für demente Pflegebedürftige beinhaltete. Im Jahr 2015 folgte das Pflegestärkungsgesetz I (PSG I). Das Gesetz enthielt weitere Verbesserungen für demente Pflegebedürftige und eine grobe Anpassung der Leistungsbeträge an die Kostenentwicklung. Darauf folgten 2017 PSG II und III. Das PSG II stellt mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht mehr den pflegerischen Zeitbedarf, sondern die Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt. Bei der Beurteilung werden neben körperlichen nun auch kognitive Einschränkungen berücksichtigt. Damit verbunden ist eine erhebliche Ausweitung des Leistungsumfanges und der Leistungsberechtigten.

Insbesondere die tatsächlichen Mehrausgaben des PSG II übertrafen die Prognosen deutlich. In der Gesetzesbegründung ging das Bundesgesundheitsministerium (BMG) seinerzeit von Mehrausgaben in Höhe von 3,7 Milliarden Euro im Umstellungsjahr 2017 und danach von jährlich 2,4 bis 2,5 Milliarden Euro aus. Um diese Mehrausgaben zu finanzieren, wurde der Beitragssatz um 0,2 Beitragssatzpunkte angehoben. Tatsächlich betrugen die Mehrausgaben 2017 aber sechs

Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der SPV (Grafik 1)

In Millionen Euro



Quelle: vdek

Milliarden Euro, die Mehreinnahmen 2,7 Milliarden Euro. 2018 gab es aufgrund nachlaufender Effekte weitere Ausgabensteigerungen von rund 1,5 Milliarden Euro. Hinzu kamen die Auswirkungen des Flexirentengesetzes. Die Ausgaben für die Rentenbeiträge der Pflegepersonen stiegen 2017/2018 um eine Milliarde Euro. Dadurch verringerten sich die Rücklagen der SPV unerwartet stark und führten 2018 zu unterjährigen Liquiditätsengpässen im Ausgleichsfonds der SPV.

Zur Refinanzierung der Mehrausgaben durch diese gesetzlichen Verbesserungen wurde der Beitragssatz zwischen 2013 und 2019 von 1,95 Prozent um 1,1 Beitragssatzpunkte auf 3,05 Prozent angehoben.

Sprung bei Einnahmen und Ausgaben zu erwarten

Durch die beschlossene Beitragssatzanhebung sind 2019 Mehreinnahmen von 7,6 Milliarden Euro zu erwarten. Ferner wurde durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz festgelegt, dass die SPV ab 2019 jährlich rund 680 Millionen Euro von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie der privaten

Krankenversicherung (PKV) pauschal und ohne Spitzabrechnung für die Finanzierung 13.000 zusätzlicher Pflegestellen in den stationären Pflegeeinrichtungen erhält. Dadurch kommt es 2019 zu einem sichtbaren Sprung bei der Einnahmenentwicklung, der sich im weiteren Verlauf positiv, aber gedämpft fortentwickelt (Grafik 1).

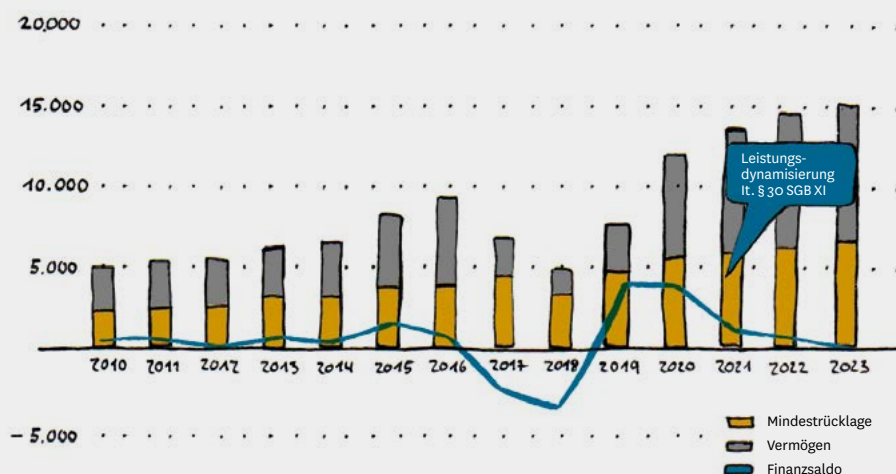
Für die Ausgabenentwicklung wird in der Hochrechnung 2018 (Basis 3. Quartal 2018) noch mit einem Ausgabenzuwachs von sieben Prozent (nach 26 Prozent im Jahre 2017) gerechnet, der sich zum Teil noch aus Nachwirkungen des Pflegestärkungsgesetzes II und des Flexirentengesetzes ergibt. Für die Jahre bis 2020 wird von einer Ausgabenentwicklung der SPV in Fortschreibung der Entwicklung in zurückliegenden Jahren vor 2015 und geschätzten gesetzlich induzierten Finanzwirkungen aus dem PpSG um 4,5 Prozent jährlich ausgegangen. Für 2021 wird unterstellt, dass gemäß § 30 SGB XI zusätzlich zu einer Basisentwicklung eine Anpassung der Leistungssätze der SPV in Höhe von rund fünf Prozent - in unserem Szenario abgeleitet aus

Durch die beschlossene Beitragssatzanhebung sind 2019 Mehreinnahmen von 7,6 Milliarden Euro zu erwarten.

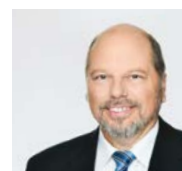


Saldo und Vermögen der SPV (Grafik 2)

In Millionen Euro



Quelle: vdek



Manfred Baumann
Abteilungsleiter Finanzen/
Versicherung beim vdek



Christian Hecht
Abteilung Finanzen/
Versicherung beim vdek



der kumulierten geschätzten Inflationsrate zwischen 2017 und 2020 – erfolgt. Dadurch käme es 2021 zu einem Ausgabensprung von circa zehn Prozent gegenüber 2020. Ab 2022 wird eine dann wieder moderatere Veränderungsrate von rund vier Prozent bis 2023 unterstellt (Grafik 1).

Nächste Beitragssatzanpassung unter Status Quo-Bedingungen ab 2023 erforderlich

Im Ergebnis wäre ab Mitte der 2020er Jahre eine Anhebung des Beitragssatzes erforderlich. Die Anhebung des Beitragssatzes 2019 um 0,5 Beitragssatzpunkte war demnach auf mittlere Sicht sachgerecht. Das für 2018 erwartete Defizit von -3,4 Milliarden Euro wird dadurch ausgeglichen und auch die vorgeschriebene Leistungsdynamisierung im Jahr 2021 ist abgedeckt. Nach 2023 muss allerdings trotz moderater Annahmen zur Einnahmen- und Ausgabenentwicklung

unter Status Quo-Bedingungen wieder mit einer defizitären Entwicklung gerechnet werden – mit der Folge, dass die verfügbaren Rücklagen (graue Teile der Balken in Grafik 2) ohne gesetzlich vorgeschriebene Rücklagen in wenigen Schritten wieder aufgebraucht wären. Gesetzlich vorgeschrieben ist bislang eine Betriebsmittelreserve und Rücklage in Höhe von 1,5 Monatsausgaben für die Pflegekassen, also 6,5 Milliarden Euro im Jahr 2023.

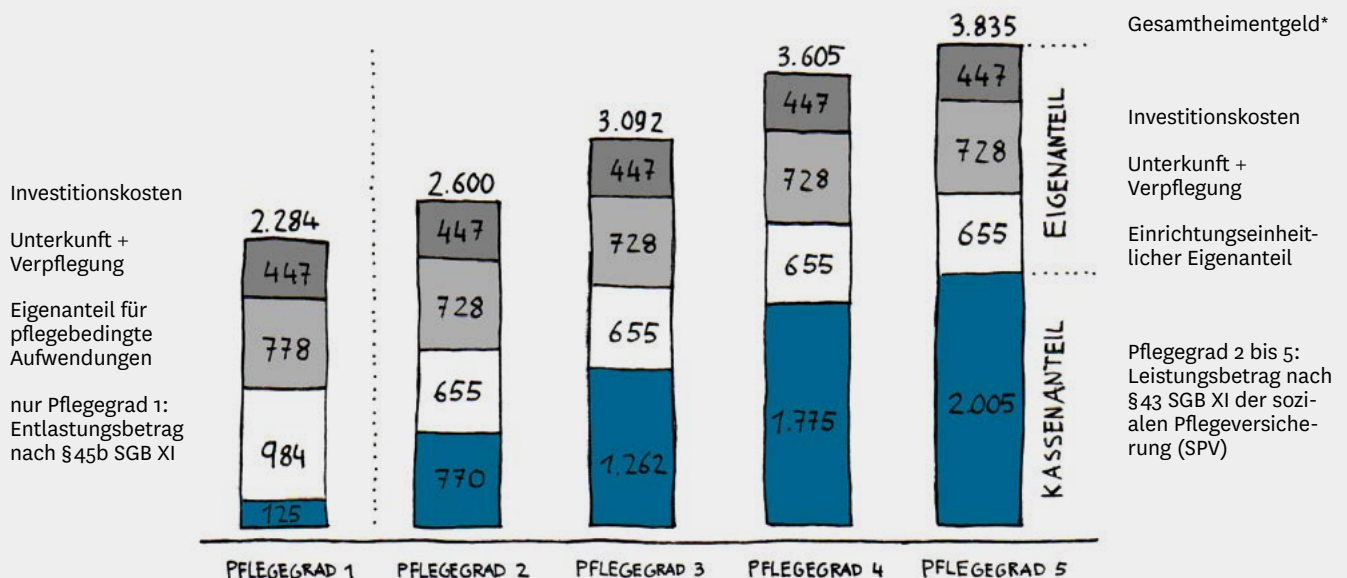
Zunahme der Eigenanteile der Pflegebedürftigen verhindern

Für die Pflegebedürftigen belastend ist die zunehmende Steigerung der Eigenanteile. Schon heute betragen die durchschnittlichen Eigenanteile der Pflegebedürftigen zum Beispiel in der vollstationären Pflege bis zu 50 Prozent der Gesamtkosten (Grafik 3). Hier bedarf es einer politischen Debatte zu möglichen Lösungsszenarien für ein zukunftsfestes Finanzierungskonzept der SPV. ■

Für die Pflegebedürftigen belastend ist die zunehmende Steigerung der Eigenanteile.

Finanzierung der vollstationären Pflege (Grafik 3)

Stand: Januar 2019; in Euro pro Monat



AMBULANTE PFLEGE

Betreuungsdienste als neue Leistungserbringer

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) werden Betreuungsdienste dauerhaft in die Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) überführt. Neben den Pflegediensten und den Angeboten zur Unterstützung im Alltag wird damit ein neuer Typ Leistungserbringer in die häusliche Versorgung eingeführt.

/ Text / Matthias Volke

Als Betreuungsdienste werden ambulante Anbieter benannt, die im Unterschied zu Pflegediensten keine körperbezogenen Pflegemaßnahmen oder Behandlungspflege erbringen. Im Angebotsportfolio befinden sich ausschließlich pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen zur Haushaltsführung. Für die Leitung eines Betreuungsdienstes ist daher keine Qualifikation als Pflegefachkraft erforderlich. Insofern können hier als verantwortliche Fachkraft auch ausreichend Qualifizierte aus anderen Berufsgruppen tätig werden, vorzugsweise aus Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens, etwa Heilerzieher, Sozialpädagogen oder Altentherapeuten. Es ist sinnvoll, dass der Gesetzgeber hier die Fachkräftebasis für Berufe in der ambulanten Pflege verbreitert. Das ist eine gute Antwort auf die sehr angespannte Personalsituation im Pflegebereich. Ansonsten werden die Betreuungsdienste den ambulanten Pflegediensten im Großen und Ganzen gleichgestellt. Von den Angeboten zur Unterstützung im Alltag unterscheiden sich die Betreuungsdienste neben höherer Qualifikationsanforderungen unter anderem dadurch, dass die erbrachten Leistungen vollständig über das Sachleistungsbudget des Pflegebedürftigen abgerechnet werden können.

Im Vorfeld wurde der Einsatz von Betreuungsdiensten in der pflegerischen Versorgung im Rahmen eines dreijährigen

Modellvorhabens insbesondere bei an Demenz erkrankten Menschen erprobt. Die gut 40 teilnehmenden Dienste, die nach wie vor am Markt sind, konnten sich gut in die pflegerische Versorgung einbetten und aufgrund der großen Nachfrage sowohl die Kunden- als auch die Mitarbeiteranzahl bereits in der Projektphase erhöhen. Die Begleitforschung kam zu dem Ergebnis, dass die Betreuungsdienste eine sinnvolle und hilfreiche Ergänzung der pflegerischen Versorgung sind.

Nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff basiert das Leistungsangebot in der Pflege auf den drei gleichrangigen Säulen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie der Hilfen zur Haushaltsführung. Die Etablierung der neuen Leistungserbringer ist daher vor allem eine Folge der Aufwertung der Betreuungsleistungen.

Pflegebedürftigen eröffnet die Einführung der Betreuungsdienste mehr Kombinationsmöglichkeiten und eine größere Angebotsvielfalt. Vor allem in unterversorgten Regionen können hierdurch die Kapazitäten des Leistungsangebots für häusliche Betreuung und Hilfen bei der Haushaltsführung vergrößert werden, um Pflegedienste angesichts einer steigenden Nachfrage zu entlasten. Kleiner Wermutstropfen: Die Pflegebedürftigen müssen zukünftig bei einer Inanspruchnahme mehrerer Leistungserbringer verstärkt die entstehenden Kosten im Blick haben, da Betreuungs- und Pflegedienste parallel auf das Sachleistungsbudget zugreifen. ■

Für die Leitung eines Betreuungsdienstes ist keine Qualifikation als Pflegefachkraft erforderlich.



Foto: Verena Bräutigam

Matthias Volke
Abteilung Gesundheit
beim vdek



Arzneimittel- versorgung

Der Arzneimittelmarkt ist geprägt von stark steigenden Kosten, vor allem bei den sogenannten Orphan Drugs, den Arzneimitteln zur Behandlung seltener Erkrankungen. Zugleich bringen die Hersteller immer mehr neue Medikamente auf den Markt, was die Kosten ebenfalls treibt. Die versprochenen Innovationen sind bei den Neuzulassungen jedoch oftmals mit Skepsis zu sehen. Drängende Fragen wirft schließlich das Thema Arzneimittelsicherheit auf, wie die jüngsten Skandale um gepanschte, verunreinigte und illegal importierte Arzneimittel zeigen.

Auf diese Skandale reagiert die Politik jetzt mit einem neuen Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV). Zur Erhöhung der Arzneimittelsicherheit sind die Schaffung zusätzlicher Melde- und Dokumentationspflichten und das Einrichten effektiverer und breiterer Möglichkeiten für die Aufsichten vorgesehen. Seit Herbst vergangenen Jahres läuft außerdem die Neuauflage des Pharmadialogs zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit, Parlamentariern und Industrieverbänden, um zentrale Fragen des Arzneimittelsektors zu diskutieren.

GSAV

Künftig mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung?

Im November 2018 veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Referentenentwurf für ein Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV). Auf dieser Grundlage erfolgte mit einigen inhaltlichen Änderungen am 30. Januar 2019 der Kabinettsbeschluss. Anlass für diese gesetzgeberische Aktivität war eine Reihe sogenannter Arzneimittelskandale, die massiven Anlass boten, an der Sicherheit der in Deutschland eingesetzten Arzneimittel zu zweifeln.

/ Text / Birger Rostalski, Katharina Carstensen und Maurice El Talia

Zu den Auslösern für den Gesetzentwurf gehörte ein Bottroper Apotheker, der im Verdacht steht, zum Zweck der Gewinnmaximierung nahezu wirkstofffreie Zytostatikallösungen zur Behandlung schwer

krebserkrankter Patienten an Arztpraxen geliefert zu haben. Auslöser war auch ein breiter Betroffenheit auslösender Rückruf valsartanhaltiger Arzneimittel zur Behandlung hohen Blutdrucks, die mit potenziell krebserzeugenden Nitrosaminen verunreinigt waren. Auch der sogenannte Lunapharmskandal gehörte dazu. Hier steht ein in Brandenburg ansässiger pharmazeutischer Großhändler im Verdacht, in griechischen Krankenhäusern entwendete

Arzneimittel illegal nach Deutschland verbracht zu haben - ebenfalls aus Gründen der Gewinnoptimierung.

Vorwurf behördlichen Versagens

Allen diesen von der Presse publikumswirksam aufbereiteten Vorgängen ist eines gemeinsam: der Vorwurf des kollektiven Versagens der für den sicheren Verkehr mit Arzneimitteln zuständigen staatlichen Behörden auf Bundes- und Landesebene. Ein weiterer Teilaspekt dieses Themenkomplexes findet sich in dem am 11. Dezember 2018 von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) veröffentlichten Positionspapier zur Stärkung der flächendeckenden Versorgung durch Apotheken, welches den Apotheken eine wichtige Rolle bei der wohnortnahen und barrierefreien Arzneimittelversorgung zuerkennt. Da Aspekte aus diesem Papier gegebenenfalls noch Eingang in bereits laufende Gesetzgebungsverfahren finden sollen, werden im Folgenden auch einzelne Punkte hieraus betrachtet.

Obwohl der Kabinettsentwurf primär der Arzneimittelsicherheit verpflichtet ist, finden sich eine ganze Reihe weiterer Regelungen mit teilweise erheblichen ökonomischen und strukturellen Auswirkungen auf die Arzneimittelversorgung. Daher wird auch der Frage nachgegangen, ob die vorgesehenen Maßnahmen tatsächlich geeignet sind, die Sicherheit in der Arzneimittelversorgung zu verbessern.

Maßnahmenpaket zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit

Tatsächlich finden sich im Gesetzentwurf eine ganze Reihe von Neuregelungen mit dem Ziel, die Arzneimittelsicherheit zu erhöhen. Schwerpunkte sind die Schaffung zusätzlicher Melde- und Dokumentationspflichten für den Verkehr mit Arzneimitteln und das Einrichten effektiverer und breiterer Möglichkeiten für die Aufsichtsbehörden, die an diesem Verkehr beteiligten Kreise intensiver zu kontrollieren und bei Verstößen zu sanktionieren. Diese Maßnahmenpakete sind aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu begrüßen, da auch erstmals die rechtliche Basis dafür geschaffen wird, dass durch Arzneimittelrückrufe entstehende Mehraufwendungen und Schäden verursachergerecht ausgeglichen



→ werden müssen. Versäumt wurde bisher jedoch, das Einfordern von Rechten der Patienten im Falle erlittener Schäden einfacher und effektiver zu gestalten.

Versorgung durch Apotheken und deren Honorierung

Mit einer Neuordnung der Vergütung für Zytostatika im Referentenentwurf des GSAV plante das BMG, die Sicherheit in der Versorgung mit diesen hochteuren Produkten zu erhöhen: Die Apotheker sollten aus dem Preisverhandlungsgeschäft rausgehalten werden. Im Gegenzug sollten sie über eine Honorarerhöhung für die Zubereitung und Abgabe der Krebsmedikamente entschädigt werden. Die Kassen sollten über Rabattverträge Preisnachlässe erhalten und die bisher praktizierte Selbstverwaltungslösung sollte entfallen. Dabei hatte der Gesetzgeber 2017 im Rahmen des GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes gerade dieser Verhandlungslösung zu mehr Durchschlagskraft verholfen. Warum man die Effekte dieser Regelung nicht abwarten wollte, wurde vielfach hinterfragt. Mittlerweile ist offenbar die Erkenntnis gereift, dass diese erneute gesetzgeberische Initiative weder geeignet ist, eine wirtschaftliche Versorgung zu ermöglichen, noch kriminelle Machenschaften wie die des Bottroper „Pfuscher“-Apothekers zu verhindern: Im aktuellen Regierungsentwurf sind Neuregelungen zu Zytostatika nicht mehr enthalten.



Birger Rostalski
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek



Katharina Carstensen
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek



Maurice El Talia
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek

Stärkung der flächendeckenden Versorgung

Als unbefriedigend wird offenbar die Vergütungssituation bei der Verarbeitung und Abgabe von Cannabis empfunden. Im Gesetzentwurf werden die Vertragspartner der sogenannten Hilfstaxe verpflichtet, über Preise für diese Leistung zu verhandeln. Die daran geknüpfte Erwartung ist eine Ersparnis von 25 Millionen Euro.

Diese Neuregelung fügt sich ein in ein weiteres Maßnahmenpaket, das der Gesundheitsminister unter der Überschrift „Stärkung der flächendeckenden Versorgung – Weiterentwicklung der Apotheken – Sicherung der freien Apothekenwahl“ vorgelegt

hat. In der Apothekerschaft firmiert dieses als „Plan B“. Gemeint ist die Abkehr vom ursprünglichen Ziel, den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu verbieten und damit den inländischen Apotheken den Rücken zu stärken. Das Paket beinhaltet neben der Begrenzung von Boni von ausländischen Versandapotheken auf 2,50 Euro pro Packung auch die Absicht, Verschiebungen im Markt zugunsten der ausländischen Versender zu prüfen und gegebenenfalls auf einen Anteil von fünf Prozent zu beschränken. Die Apotheken können sich auf weitere Honorarerhöhungen freuen, wie etwa die Verdopplung der Vergütung für Nacht- und Notdienste und die Erhöhung der Vergütung für Dokumentationsleistungen im Betäubungsmittelverkehr. Auch weitere pharmazeutische Dienstleistungen sollen eingeführt und honoriert werden. Zusammen gerechnet reden wir von Mehrausgaben von schätzungsweise 375 Millionen Euro pro Jahr. Diesen Eckpunkten haben die Apotheker bereits ein eigenes Forderungspaket gegenübergestellt, das Bonuszahlungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht begrenzt, sondern komplett untersagt und damit die von den Apotheken geforderte Gleichpreisigkeit über alle Vertriebswege herstellt.

Die überfällige Neuordnung der Vergütungsstruktur der Apotheken wird mit dem Flickenteppich an Maßnahmen nicht erreicht. Dabei kommt ein vom Bundeswirtschaftsministerium in Auftrag gegebenes – bisher ungenutztes – Gutachten zu dem Ergebnis, dass eine leistungsgerechte Vergütung aller Tätigkeiten in der Apotheke die beste Versicherung für den Erhalt einer flächendeckenden Versorgung ist. Mit einer solchen Novellierung müssten die Apotheken die ausländische Konkurrenz auch nicht fürchten.

Künftige Versorgung von Patienten mit Hämophilie

In Deutschland werden Faktorpräparate zur Behandlung der Hämophilie im Rahmen des Direktvertriebs nach § 47 Arzneimittelgesetz direkt durch Ärzte bestellt und an die Patienten mit Hämophilie abgegeben. Die Produkte unterliegen hierbei nicht der

Arzneimittelpreisverordnung, die Ärzte verhandeln die Preise direkt mit den jeweiligen Herstellern. Die Behandlung der Hämophilie steht jedoch vor großen Veränderungen. So gibt es bereits jetzt eine neue therapeutische Option, die kein Faktorprodukt ist und daher nicht dem Direktvertrieb unterliegt. Weitere innovative gentechnologische Ansätze werden vermutlich folgen.

Hinzu kommen Bestrebungen der ärztlichen Berufsverbände, aufgrund verschärfter Antikorruptionsbestimmungen und befürchteter steuerrechtlicher Probleme durch den Umgang mit den Faktorpräparaten, die Preisregelungen der Kassenseite zu überlassen. Im GSAV-Kabinettsentwurf finden sich mehrere Anpassungen, die die aktuellen Entwicklungen im Bereich der Hämophilie aufgreifen. Zentral sind dabei:

- Aufhebung des Direktvertriebs und eine damit einhergehende verpflichtende Beschaffung aller Faktorpräparate über öffentliche Apotheken.
- Verträge zwischen Krankenkassen und Ärzten: Künftig soll es eine Vertragspflicht zwischen den Behandlungszentren und den Krankenkassen geben. Die § 132i SGB V-Verträge sollen die zusätzlichen, besonderen ärztlichen Aufwendungen zur medizinischen Versorgung der Hämostaseologen honorieren, die allgemeinen Vergütungsregeln sollen unberührt bleiben.
- Überführung der Direktvertriebspreise in die Herstellerabgabepreise für den Apothekenvertriebsweg: Diese im Kabinettsentwurf erstmalig enthaltene Regelung soll sicherstellen, dass das bisherige Kosteniveau auf Höhe der Direktabrechnungspreise in den neuen Vertriebsweg übergeleitet werden kann. Ohne diese Regelung drohten Mehrkosten im Bereich von schätzungsweise 20 bis 30 Prozent allein durch die Unterschiede zwischen den Direktabrechnungspreisen und den bisher von den Herstellern hinterlegten Preisen für die Apothekenabrechnung.
- Neuverhandlung von Erstattungsbeträgen: Für Produkte, für die bereits ein Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V vereinbart wurde, wird beiden Vertragsparteien laut

Kabinettsentwurf ein Sonderkündigungsrecht mit anschließender Verpflichtung zur Neuverhandlung eingeräumt. So sollen sich die durch die Einführung von § 130d SGB V ergebenden Verschiebungen im Referenzpreisniveau auch bei diesen Produkten abbilden lassen.

- Das Preislevel für Faktorprodukte ist in Deutschland trotz des bisherigen Direktvertriebsweges außerordentlich hoch und liegt noch immer deutlich über dem Preisniveau in anderen europäischen Ländern.

Weitere sinnvolle Neuregelungen stellen die erweiterten Meldepflichten in das Deutsche Hämophileregister und die Organisation der Notfallversorgung der Patienten dar. Insgesamt ergibt sich ein abgerundetes Maßnahmenpaket, das in sich schlüssig ist. Aus wirtschaftlicher Sicht ergeben sich für die GKV neue Möglichkeiten, das im internationalen Kontext noch immer hohe Preislevel der Produkte mittel- bis langfristig an die durchschnittlichen Preise innerhalb der EU anzupassen. Ob sich durch das GSAV auch die vom Gesetzgeber ursprünglich intendierte Erhöhung der Sicherheit der Arzneimittelversorgung der Patienten mit Hämophilie erreichen lässt, muss die Zukunft zeigen. Darüber hinaus bleibt es abzuwarten, welche Änderungen durch die weiteren Beratungen im Bundestag und Bundesrat eventuell vor Veröffentlichung des Gesetzes noch vorgenommen werden.

Verbesserung gegenüber dem Referentenentwurf

Auch wenn es sich bisher nur um einen Gesetzesentwurf und ein Positionspapier handelt, so vermittelt sich der Eindruck, dass der Kern eher in strukturellen Änderungen der Versorgung liegt. Diese stellen im nun vorliegenden Kabinettsbeschluss in für die Versorgung essentiellen Aspekten eine deutliche Verbesserung gegenüber dem Referentenentwurf dar. Offen bleibt jedoch die Frage, ob die Aufsichten in der Lage sein werden, die ihnen neu eröffneten Kontrolloptionen personell und sachgerecht im Sinne einer wirklichen Verbesserung der Sicherheit beim Umgang mit Arzneimitteln zu nutzen. Nach den bisherigen Erfahrungen bleiben daran berechnete Zweifel bestehen. ■

Für die GKV ergeben sich neue Möglichkeiten, das hohe Preislevel der Produkte an die durchschnittlichen Preise der EU anzupassen.



Foto: Jens Jette (3)

INTERVIEW

„Ich wünsche mir, dass von Pharmaunternehmen unabhängige Informationsquellen stärker genutzt werden“

Der Arzneimittelmarkt ist geprägt von stark steigenden Preisen, beispielsweise bei den Orphan Drugs, den Arzneimitteln zur Behandlung seltener Krankheiten. Zugleich gelangen immer mehr neue Arzneimittel auf den Markt, auch weil Pharmaunternehmen inzwischen ihre Produktivitätskrise überwunden haben. Dazu kommen Fragen der Arzneimittelsicherheit, auf welche die Politik mit einem neuen Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) reagiert.

Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), engagiert sich seit Jahren für eine sichere und nutzenorientierte Arzneimittelversorgung. **Im Interview mit** *ersatzkasse magazin*. spricht er über Entwicklungen im Arzneimittelmarkt, über das Problem hochpreisiger Medikamente und über die Rolle der Ärzteschaft mit Blick auf rationale Pharmakotherapie.

/ Interview / **Michaela Gottfried und Annette Kessen**

Neben Ihrer Tätigkeit als Hämatologe und Onkologe sind Sie Vorsitzender der AkdÄ und Herausgeber des Arzneimittelbriefes. Ecken Sie häufig an?

PROF. DR. WOLF-DIETER LUDWIG Mit dem Arzneimittelbrief, der als ein unabhängiges Informationsblatt neue, aber auch im Markt etablierte Arzneimittel kritisch kommentiert und dabei versucht, die Spreu vom Weizen zu trennen, ecken wir tatsächlich häufig an. Konstruktiver Diskurs mit unseren Lesern ist dabei prinzipiell erwünscht, beispielsweise wenn wir uns für eine eher restriktive Verordnung direkter oraler Antikoagulanzen aussprechen. Auch in der AkdÄ versuchen wir unter den vielen neuen Arzneimitteln, die heute von Pharmaunternehmen grundsätzlich als Innovationen bezeichnet werden, echten – aber leider seltenen – therapeutischen Fortschritt zu erkennen und in unseren Stellungnahmen anhand von Ergebnissen aus methodisch einwandfreien klinischen Studien zu bewerten. Ein weiterer wesentlicher Schwerpunkt der Arbeit in der AkdÄ ist die Arzneimittelsicherheit, aber auch die Arzneimitteltherapiesicherheit, also die Vermeidung von Medikationsfehlern.

Wie hat sich der Arzneimittelmarkt in den letzten Jahren entwickelt?

Aufgrund der abgelaufenen Patente für sogenannte Blockbuster – Arzneimittel, die weltweit einen Umsatz von mehr als einer Milliarde Euro im Jahr erzielen – für Volkskrankheiten im Zeitraum von 2000 bis 2010, mussten Pharmaunternehmen neue lukrative Anwendungsgebiete für ihre Wirkstoffe suchen. Sie waren zweifellos erfolgreich bei dieser Suche und haben dabei unter anderem von der 2000 in Kraft getretenen Verordnung (EG) Nr. 141/2000 zu Arzneimitteln für seltene Leiden profitiert, aber auch von den Erfolgen in der Grundlagenforschung, beispielsweise auf dem Gebiet der Krebserkrankungen durch eine genauere Charakterisierung molekulargenetischer Veränderungen in Tumorzellen, aber auch durch eine Weiterentwicklung immuntherapeutischer Strategien. Dies spiegelt sich auch in einem Trend wider, der nun bereits seit einigen Jahren im Arzneimittelmarkt zu beobachten ist: stetige Zunahme an Immuntherapeutika und Arzneimitteln zur Behandlung von Krebserkrankungen, darunter zahlreiche Orphan Drugs, sowie

immer weniger Arzneimittel, die als erster Vertreter einer neuen Wirkstoffklasse zugelassen werden. Darüber hinaus werden heute weit mehr als 50 Prozent der neuen Arzneimittel für die Anwendungsgebiete Onkologie, Infektionskrankheiten (vor allem Hepatitis C), Neurologie und chronisch-entzündliche Erkrankungen zugelassen, da sie besonders lukrativ sind, und Forschungsaktivitäten in anderen, weniger erfolgversprechenden Anwendungsgebieten eher heruntergefahren. Ein Grund für diese Entwicklung ist, und ich sage es mal bewusst provokativ, dass die Pharmaunternehmen es in diesen Anwendungsgebieten geschafft haben – wahrscheinlich auch durch interne Absprachen –, ein sehr hohes Preisniveau zu etablieren. Die Jahrestherapiekosten, beispielsweise zur medikamentösen Behandlung des malignen Melanoms, liegen heute bereits – abhängig davon, ob eine Mono- oder Kombinationstherapie erfolgt – zwischen 100.000 und 300.000 Euro pro Patient.

Eine weitere Ursache für hohe Therapiekosten wird in dem Zulassungsverfahren von Orphan Drugs auf europäischer Ebene gesehen.

Ja, die deutliche Zunahme an beschleunigten Zulassungsverfahren – sowohl in den USA als auch in Europa –, von denen auch die vielen neuen Orphan Drugs profitieren, ist sicher ein Problem, da neue Arzneimittel mit immer weniger gesicherten Erkenntnissen zu Wirksamkeit und Sicherheit auf den Markt kommen.

Wie lässt sich dem Trend zu hochpreisigen Arzneimitteln entgegenwirken?

Ein wichtiger erster Schritt war sicher das 2011 – vor dem Hintergrund rasant gestiegener Arzneimittelpreise – in Kraft getretene Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG). Dieses Gesetz verfolgte das Ziel, anhand einer Bewertung des Zusatznutzens neuer patentgeschützter Arzneimittel gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie, eine am therapeutischen Stellenwert orientierte Preisfindung zu ermöglichen. Das laut Arzneiverordnungs-Report 2018 mit diesem Instrument im Jahr 2017 erwirtschaftete Einsparvolumen von circa 1,75 Milliarden Euro verdeutlicht die Wirksamkeit des AMNOG. Genauso wichtig ist aber aus meiner Sicht, dass wir mit dem transparenten Verfahren der frühen Nutzenbewertung durch das Institut für



Mit dem Arzneimittelbrief ecken wir häufig an.





Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, geboren am 31. Januar 1952 in München, ist **Facharzt für Innere Medizin – mit Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie sowie Transfusionsmedizin**. Studiert hat er in Louvain, Innsbruck, Frankfurt und Berlin, bevor er seine berufliche Laufbahn an der Freien Universität (FU) Berlin begann, wo er im Universitätsklinikum Berlin-Steglitz 1982 seine Promotion und 1991 seine Habilitation abschloss. Seit 1993 arbeitet er in Berlin-Buch (Charité) und war dort ab 2001 zunächst als leitender Arzt tätig und von 2009 bis 2017 als **Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie, Tumorummunologie und Palliativmedizin am HELIOS Klinikum Berlin-Buch**. Ambulant arbeitet er darüber hinaus in der Praxis Hämatologie Onkologie Berlin-Mitte. Er ist Mitglied verschiedener nationaler und internationaler Fachgesellschaften und seit 2013 als **Vertreter der Europäischen Ärzteschaft Mitglied im Management Board der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA)**. Seit 2006 ist er Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und Mitherausgeber des Arzneimittelbriefes.

Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), dem sich daran anschließenden Stellungnahmeverfahren, an dem sich auch die AkdÄ häufig beteiligt, und dem Beschluss zum Zusatznutzen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) deutlich mehr unabhängige Informationen zur Wirksamkeit und Sicherheit neuer Arzneimittel erhalten als durch Publikationen in den Fachzeitschriften oder Verlautbarungen der Pharmaunternehmen. Wenn diese Informationen jetzt auch noch besser und schneller bei den Ärzten ankommen, die diese neuen und häufig teuren Arzneimittel verordnen, wäre dies wirklich ein großer Fortschritt. Inwieweit das AMNOG geeignet ist, auch bei neuartigen Therapieverfahren, wie beispielsweise CAR-T-Zellen, eine vernünftige, am Nutzen orientierte Preisbildung zu garantieren, bleibt abzuwarten.

Und wie sieht es bei Orphan Drugs aus?

Die mit der Gesetzgebung in Europa, ebenso wie in den USA und Japan, eingeräumten finanziellen Anreize für die Entwicklung von Orphan Drugs haben dazu geführt, dass auch große Pharmaunternehmen diesen Bereich des Arzneimittelmarktes inzwischen als äußerst lukratives Geschäftsmodell erkannt haben. Seit Inkrafttreten der Verordnung (EG) Nr. 141/2000 sind etwa 120 derartige Arzneimittel zugelassen worden, darunter mehr als ein Drittel für die Behandlung onkologischer Krankheiten. Auch die aktuellen Prognosen zum weltweiten Umsatz der Orphan Drugs im Jahr 2024 – jährliches Wachstum um elf Prozent, Anstieg des globalen Umsatzes auf etwa 262 Milliarden US-Dollar im Jahr, 16 von 20 der umsatzstärksten Medikamente zugelassen für die Behandlung hämatologischer beziehungsweise onkologischer Krankheiten – erklärt die Goldgräberstimmung der Pharmaunternehmen in diesem Bereich. Diese Entwicklung, bei der leider nicht die wirklich seltenen, genetisch bedingten Krankheiten im Mittelpunkt der Forschung stehen, widerspricht eindeutig dem Geist der Verordnung: Förderung und Entwicklung von Arzneimitteln mit großem Aufwand für die klinische Erforschung und geringer Nachfrage.

Außerdem gilt bei Orphan Drugs – für mich unverständlicherweise – der Zusatznutzen nach der Verordnung (EG) 141/2000 als belegt und der G-BA beurteilt nur noch das

Ausmaß des Zusatznutzens. Die Mängel in den für die Zulassung von Orphan Drugs relevanten Studien sind in zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen gezeigt worden. Die Tatsache, dass bei mehr als der Hälfte der seit 2011 vom G-BA durchgeführten Nutzenbewertungen der Zusatznutzen von Orphan Drugs nicht quantifizierbar war, verdeutlicht einerseits, dass wir dringend weitere klinische Studien nach Zulassung benötigen, andererseits auch bei Orphan Drugs eine reguläre Nutzenbewertung erfolgen sollte. In dem GSAV, das aktuell diskutiert wird, ist zwar vorgesehen, dass der G-BA künftig von den Herstellern anwendungsbegleitende Datenerhebungen nach der Zulassung anfordern kann. Wie diese Erhebungen allerdings konkret aussehen und welche Art klinischer Studien hierfür durchgeführt werden sollen, bleibt leider unklar.

Sind die Biosimilars, also Nachfolgepräparate der Biologika, eine alternative Versorgungsoption?

Bereits 2008 hatte sich die AkdÄ eindeutig geäußert und empfohlen, dass anstatt eines Originalpräparats ein Biosimilar eingesetzt werden kann, wenn es durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) zugelassen wurde. Damals gab es viel Gegenwind, auch von medizinischen Fachgesellschaften, und Desinformationen wurden gezielt verbreitet, etwa die Aussage: „Biosimilars sind nur ähnlich, aber nicht identisch mit den Originalpräparaten“. Dabei wurde übersehen, dass jede neue Charge eines Biologikums auch nur ähnlich ist wie die vorausgegangene Charge. Unsere Empfehlungen im Leitfaden 2017 der AkdÄ zur Verordnung von Biosimilars lauten deshalb: „Biosimilars sind bezüglich der therapeutischen Wirksamkeit, der Verträglichkeit und der Sicherheit in allen zugelassenen Indikationen des jeweiligen Referenzarzneimittels gleichwertig und können wie dieses eingesetzt werden“. Wichtig wird jetzt sein, dass entsprechend dem Sprichwort „Konkurrenz belebt das Geschäft“ ein funktionierender Wettbewerb in Gang kommt, so wie wir es aktuell erfreulicherweise bei den Biosimilars zu Adalimumab erleben – dem heute weltweit umsatzstärksten Arzneimittel, dessen Patent ausgelaufen ist. Bisher waren Biosimilars, die in den letzten Jahren auf den Markt gekommen sind, nur zehn, bestenfalls 20 Prozent günstiger als die Originalpräparate. Bei Biosimilars zu Adalimumab liegen



Die finanziellen Anreize für die Entwicklung von Orphan Drugs haben dazu geführt, dass große Pharmaunternehmen diesen Bereich als äußerst lukratives Geschäftsmodell erkannt haben.

die Preise jedoch bereits circa 40 Prozent unter dem Originalpräparat. Dies bedeutet ein großes Einsparpotenzial, das auch bei anderen Biosimilars durch mehr Konkurrenz und Wettbewerb gehoben werden sollte.

Sie fordern, dass nur der verordnende Arzt eine Umstellung vom Originalpräparat auf ein Biosimilar vornehmen darf.

Die AkdÄ hat sich vehement dafür eingesetzt, dass eine automatische Substitution, ähnlich dem Aut-idem bei Generika, derzeit nicht stattfindet. Diese wurde anfangs im GSAV gefordert, dann aber wieder, zumindest für die nächsten drei Jahre, gestrichen, was mich freut. Denn zum einen wollen wir natürlich im Rahmen der rationalen Pharmakotherapie wirtschaftlich ver-

ordnen, zum anderen wollen wir die Patienten gut informieren und behandeln. Dazu gehört, dass die Patienten – meist mit chronisch verlaufenden Krankheiten – ausführlich in einem zeitaufwändigen Gespräch über eine Umstellung auf ein neues Biologikum informiert werden müssen, damit sie nicht verunsichert sind und denken, das Biosimilar sei einfach nur billiger, deshalb möglicherweise auch weniger wirksam und führe zu mehr Nebenwirkungen. Aus Sicht der AkdÄ wäre es gerade jetzt wichtig, da immer mehr Biosimilars auf den Markt kommen, Patienten, aber auch Ärzte sachgerecht über ihre Verordnung zu informieren und unbegründete Skepsis zu beseitigen. Daher halte ich eine automatische Substitution im Augenblick für eine schlechte Idee.

Wie können Ärzte beurteilen, welche Medikamente geeignet sind?

Ich wünsche mir, dass von Pharmaunternehmen unabhängige Informationsquellen, wie beispielsweise unabhängige Arzneimittelbulletins und Stellungnahmen der AkdÄ, noch stärker genutzt werden. Wir wissen heute aus zahlreichen Studien, dass vor allem finanzielle Interessenkonflikte – etwa durch finanzielle

Beziehungen zu Pharmaunternehmen – die Gefahr erhöhen, dass das Nutzen-Risiko-Verhältnis von Arzneimitteln verzerrt bewertet wird. Ähnliches passiert häufig bei Fortbildungsveranstaltungen, die von Pharmaunternehmen gesponsert werden und bei denen die eingeladenen Referenten somit Interessenkonflikten unterliegen. Der Fachausschuss Transparenz und Unabhängigkeit der AkdÄ hat deshalb bereits vor drei Jahren Regeln für Fortbildungsveranstaltungen erarbeitet, damit im Rahmen der Fort- und Weiterbildung unabhängige Empfehlungen hinsichtlich der bestmöglichen, sicheren und wirtschaftlichen Therapie für unsere Patienten im Vordergrund stehen und nicht Marketinginteressen der Pharmaunternehmen.

Zum Schluss noch ein Blick auf Arzneimittelsicherheit. Die Politik bringt das GSAV unter anderem als Reaktion auf die Skandale Valsartan und Lunapharm auf den Weg. Wie bewerten Sie das Gesetz?

Die raschen Reaktionen auf die zuvor genannten Arzneimittelskandale im GSAV sind zunächst sicher positiv zu bewerten. Besonders wichtig erscheint mir, dass die Kommunikation zwischen den Arzneimittelaufsichtsbehörden in den Ländern, die für die Arzneimittelsicherheit vor Ort zuständig sind, und den Bundesoberbehörden (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Paul-Ehrlich-Institut) besser funktioniert. Ein weiterer Punkt, der auch durch die Vorgänge um Lunapharm noch einmal ins Bewusstsein der für die Arzneimittelsicherheit Verantwortlichen gebracht wurde, ist die Importquote, insbesondere hinsichtlich des Imports von Arzneimitteln, bei denen hohe Anforderungen an Lagerung und Kühlung (wie beispielsweise bei Krebsmedikamenten) erfüllt werden müssen. Deshalb haben sich auch die Vertreter der Ärzte- und Apothekerschaft einmütig bei der Anhörung zum GSAV im Bundesministerium für Gesundheit für die Abschaffung der Importquote ausgesprochen. Die aus der Importquote resultierenden Ersparnisse stehen aus meiner Sicht in keiner Relation zu den Risiken für die Arzneimittelsicherheit. Leider hat sich aber offensichtlich im Kabinettsentwurf des GSAV die Lobbyarbeit der Importeure und nicht die Vernunft durchgesetzt. Dies halte ich persönlich für einen großen Fehler. ■

Vom Pharmadialog zum E-Healthdialog?

Seit Herbst vergangenen Jahres läuft die Neuauflage des Pharmadialogs zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Parlamentariern und Industrieverbänden. Die Fortführung des Dialogs ist ein großer Erfolg und sollte Vorbild für das weite Feld der Digitalisierung sein.

/ Text / Tino Sorge

Faszinierend an der Gesundheitspolitik ist, dass selbst kleinste Detailregelungen für die jeweils Betroffenen erhebliche Auswirkungen haben können. So mancher Akteur hat das in vergangenen Jahren schmerzlich erfahren. Dabei

lebt der Wettstreit um das beste Argument von der Vielfalt der interessierten Bürger, Institutionen, Unternehmen und Verbände.

In dieser Gemengelage fällt gelegentlich der Vorwurf, einzelne Akteure würden mit ihren Anliegen nicht angemessen in Gesetzgebungsverfahren einbezogen. Ihre Expertise würde vernachlässigt, ihre Bedeutung für das Versorgungsgeschehen ignoriert. Zumindest für die Arzneimittelhersteller trifft das wohl kaum zu. Die Entscheidung zur Fortsetzung des Pharmadialogs sorgt für einen transparenten Austausch des Gesetzgebers mit einem der innovativsten Wirtschaftszweige in unserem Land.

Gesundheitswirtschaft als Standortfaktor

In Deutschland sichert die Gesundheitswirtschaft über sieben Millionen Arbeitsplätze, jeder sechste Erwerbstätige ist in diesem Bereich tätig. Mit einer Bruttowertschöpfung von 350 Milliarden Euro jährlich trägt die Gesundheitswirtschaft rund zwölf Prozent

zum deutschen Bruttoinlandsprodukt bei. In vielen Regionen unseres Landes stellt sie den wichtigsten Wirtschaftsfaktor überhaupt dar. Die pharmazeutische Industrie hat daran einen bedeutenden Anteil.

Darum ist es gut und richtig, übergreifende Fragen zum Gesundheits-Wirtschaftsstandort Deutschland in Form des Pharmadialogs anzusprechen. Mehr noch: Angebracht wäre die Ausweitung solcher Gesprächsplattformen auf andere Wirtschaftszweige, die in Deutschland Arbeitsplätze sichern und Wohlstand schaffen: Medizintechnologieunternehmen, Klinikbetreiber, Pflegeanbieter, kleine und mittelständische Unternehmen bis hin zu einzelnen Gründern, die alle gemeinsam das Rückgrat unserer weltweit führenden, modernen Gesundheitsversorgung bilden.

Vier Kernfragen im Arzneimittelsektor

Was den Arzneimittelsektor betrifft, halte ich vier Fragen für zentral. Sie werden uns über diese Legislatur begleiten, und wir sollten sie frühzeitig adressieren: Erstens müssen wir viel konkreter darüber sprechen, wie wir die Chancen der Digitalisierung für die Gesundheitsforschung erschließen. Für den Umgang mit Daten braucht es genauso Rahmenbedingungen wie für therapiebegleitende Apps.

Zweitens werden wir uns darüber Gedanken machen müssen, wie wir die frühe



Tino Sorge MdB (CDU)
Mitglied im Ausschuss
für Gesundheit, Berichter-
statter der Unionsfraktion
für Digitalisierung und
Gesundheitswirtschaft

Nutzenbewertung weiterentwickeln können – und dabei sehe ich die Lebensqualität als zentralen Parameter. Mit der Nutzenbewertung verbunden wird – drittens – die Frage sein, wie wir Preisbildung und Erstattungsmodelle zukunftssicher ausgestalten. Angesichts kommender hochpreisiger Therapien sollten wir auch über Konzepte wie „pay for performance“ offen diskutieren, also neuartige Erstattungsmodelle, die sich mit einem finanziellen Anreiz am tatsächlichen Behandlungserfolg orientieren.

Und nicht zuletzt müssen wir die Weichen dafür stellen, dass die Versorgung wirtschaftlich und qualitativ auf hohem Niveau bleibt. Dazu zählen für mich wirksamere Vorschriften zu Lieferengpässen und zum Fälschungsschutz – und ein Arztinformationssystem, das den Arzt sinnvoll unterstützt.

Vertrauen statt Schaugefecht

Die in mehreren Runden stattfindenden Dialogtreffen dürften auch in dieser Legislatur einen angemessenen Rahmen bilden, um solche Themen zu besprechen. Denn im kleinen, geschlossenen Kreis lässt sich vieles pointierter formulieren als auf öffentlichen Podien. Zugleich entfallen die rhetorischen „Schaugefechte“, denn für mediale Selbstinszenierung besteht kein Anreiz. All das schafft Vertrauen, sorgt für eine sachlichere Streitkultur und mehr inhaltliche Flughöhe.

Aus diesen Gründen sollten Dialogformate zwischen Ministerium, Parlament und Wirtschaft auch in anderen Teilgebieten der Gesundheitspolitik viel häufiger stattfinden – ganz besonders im Bereich der Digitalisierung.

Auch Digitalisierung könnte mehr Dialog vertragen

Was uns bei der Digitalisierung fehlt, ist unsere gemeinsame Vision eines digitalisierten Gesundheitswesens: Welche sind – fernab der Tagespolitik – die großen Fünf- oder Zehn-Jahresziele? Bei welchen Akteuren soll die Zuständigkeit liegen, sie in die Tat



umzusetzen? Wer kontrolliert die Zielerreichung? Wer priorisiert all die ambitionierten Projekte, die wir uns vornehmen? Alles gleichzeitig anzupacken ist im Bereich E-Health gut gemeint, erfahrungsgemäß führt es aber zu Parallelstrukturen und unklaren Verantwortlichkeiten.

An einem nationalen E-Health-Strategieprozess werden wir also kaum vorbeikommen. Digitalisierung kann nur gemeinsam erfolgreich gestaltet werden und nicht im Alleingang einzelner Akteure. Stattdessen ist kompetente Expertise aus allen Bereichen einzubinden. Dabei täte es uns gut, wenn wir die genannten Fragen in einem ähnlichen Format diskutieren würden, wie wir es bei Arzneimittelthemen mit dem Pharmadialog tun.

Der Weg zu mehr Strategiekultur

Aus diesem Antrieb habe ich im Oktober 2018 einen E-Healthdialog im Bundestag initiiert – mit Selbstverwaltungspartnern, Fachverbänden, der Patientenselbsthilfe und Vertretern anderer Ministerien und der Wissenschaft. Ein Anschlusstreffen im BMG hat es bereits gegeben, weitere sollen folgen. Gelingt uns diese Fortführung in Form eines kontinuierlichen Austauschprozesses, können wir bei der Digitalisierung – ähnlich wie in der Arzneimittelpolitik – den Weg zu mehr Strategiekultur einschlagen. ■

Wir müssen die Weichen dafür stellen, dass die Versorgung wirtschaftlich und qualitativ auf hohem Niveau bleibt.

„Sollte der Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln begrenzt werden?“



PRO

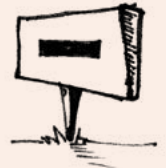
Der einheitliche Apothekenabgabepreis, den der Europäische Gerichtshof mit seinem Urteil vom Oktober 2016 teilweise infrage gestellt hat, ist ein in der deutschen Arzneimittelversorgung zentrales gesundheitspolitisches Instrument, um die flächendeckende Arzneimittelversorgung durch Apotheken vor Ort zu gewährleisten. Dieses sozial- und strukturpolitisch wichtige Ziel haben der deutsche Gesetzgeber und die obersten deutschen Gerichte mehrfach bestätigt. Auch im Koalitionsvertrag wird dieses Ziel unmissverständlich ausgedrückt. Der Ausschluss verschreibungspflichtiger Arzneimittel vom Versandhandel ist vor diesem Hintergrund eine geeignete und sinnvolle Maßnahme.

Auf dem Weg zur Erreichung dieses Ziels hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) im Dezember statt eines Versandverbots für verschreibungspflichtige Arzneimittel vorgeschlagen, Boni und Rabatte gesetzlich zu begrenzen und dies auch im Sozialgesetzbuch zu verankern. Nach intensiver Diskussion in allen Bundesländern haben die Delegierten der Mitgliederversammlung der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände am 17. Januar 2019 einstimmig ein Eckpunktepapier beschlossen, das viele Punkte des „Spahn-Pakets“ aufgreift, aber darüber hinaus eigene Ideen für die Zukunft der Apotheken auflistet, wie die Mitgestaltung digitaler Strukturen für das E-Rezept und die Stärkung pharmazeutischer Dienstleistungen.

Als oberste ordnungspolitische Priorität bleibt aber die Gewährleistung der Gleichpreisigkeit bestehen. Neben der Einbindung der Arzneimittelpreisverordnung in §129 SGBV und der damit uneingeschränkten Geltung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) muss deshalb die Gewährung von Boni in der GKV vollständig verboten und mit Sanktionen bewehrt sein. Auch an Privatversicherte und Selbstzahler dürfen keine Boni ausgeschüttet werden. Kurzum: Die Apotheker akzeptieren, dass der Minister einen anderen Weg zum Ziel der Gleichpreisigkeit geht und die Apotheke vor Ort auf diese Weise stärken will. Sollte das auf diesem Weg nicht gelingen, ist der Ausschluss der verschreibungspflichtigen Arzneimittel vom Versandhandel die richtige Antwort. ■



Dr. Sebastian Schmitz
Hauptgeschäftsführer der ABDA –
Bundesvereinigung Deutscher
Apothekerverbände



CONTRA

Alle Unternehmen, die in der Gesundheitsversorgung tätig sind, agieren in einem stark regulierten Markt. Für den Arzneimittelversandhandel als zweiten, ergänzenden und sinnvollen Vertriebsweg wünsche ich mir ganz klar mehr Wachstum – insbesondere im verschreibungspflichtigen Segment. Die Haupthindernisse im Zeitalter der digitalen Entwicklung jedoch sind analoge Schnittstellen. Das herkömmliche Rezept ist eine solche analoge Schnittstelle, und darum fordern wir schon seit Langem die Einführung des elektronischen Rezepts. Es ist die Königsanwendung, die Patient, Arzt und versorgenden Apotheker in idealer Weise zusammenbringt. Der Patient entscheidet direkt beim Arzt, wo und wie er sein Rezept einlösen möchte. Das machen uns andere Länder in Europa längst vor.

Wenn das umgesetzt ist und endlich niemand mehr über anachronistische Verbote im Zusammenhang mit dem Arzneimittelversandhandel spricht, kommen wir in eine Phase, wo der Arzneimittelversandhandel in Deutschland überhaupt erst wachsen kann. Wer zuvor gleich eine Begrenzung fordert, wo es doch derzeit noch nicht einmal eine Option für eine mögliche Steigerung gibt, schüttet das Kind mit dem Bade aus. Wettbewerbliche Elemente sind in der Arzneimittelversorgung dringend notwendig, um die Versorgungsqualität weiter zu verbessern – im Sinne von Patienten und Verbrauchern. Lassen wir diese doch entscheiden, welche Versorgungsform sie als adäquat und zeitgemäß ansehen. Die Patienten und Verbraucher werden am Ende entscheiden, ob sie stationär, online oder über beide Vertriebskanäle ihre Medikamente beziehen möchten. Alles andere zieht Komplikationen nach sich, die später wieder aufwändig regulatorisch eingeeht werden müssen. Außerdem gibt es Optionen, Wettbewerb zu lenken. Das kennen wir alle vom Prinzip der sozialen Marktwirtschaft. Der Bundesverband Deutscher Versandapotheken (BVDVA) hat hier in Bezug auf die Arzneimittelversorgung in den zurückliegenden Monaten mehrfach dargelegt, wie Daseinsvorsorge und Wettbewerb im Sinne aller Beteiligten in Einklang gebracht werden können. ■



Christian Buse
Vorstandsvorsitzender des
Bundesverbandes Deutscher
Versandapotheken (BVDVA)

TELEMATIK

Das eRezept soll 2020 kommen

Die Selbstverwaltung von Krankenkassen, Ärzten und Apothekerschaft erhält den Auftrag, bis Anfang 2020 die erforderlichen Regelungen für die Einführung des elektronischen Rezepts (eRezept) zu schaffen.

/ Text / Raffaele Nostitz

Bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen hakt es nach wie vor in den Bereichen, die Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) direkt betreffen. Während weite Teile der Austauschverfahren zwischen Sozialversicherungsträgern und Leistungserbringern längst digital erfolgen, hat sich bei der Zettelwirtschaft etwa mit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder Arztbriefen noch nicht viel getan. Dass das Bundesgesundheitsministerium (BMG) jetzt in diesem Bereich auf die Tube drückt, zeigt sich schon im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). So steht im aktuellen Entwurf, dass die Krankenkassen ihren Versicherten ab 2021 die elektronische Patientenakte (ePA) als freiwillige Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zur Verfügung stellen müssen.

Ein weiteres Gesetzgebungsverfahren nutzt das BMG nun ebenfalls, um eine elektronische Anwendung für Versicherte Realität

werden zu lassen. Das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) enthält einen Passus zum eRezept. Mit einer Frist von sieben Monaten ab Inkrafttreten des GSAV wird die Selbstverwaltung verpflichtet, die erforderlichen Regelungen für das eRezept zu schaffen. Bislang ist im SGB V ausschließlich die Papierform vorgesehen. Die Frist beginnt am 1. Juli 2019; somit könnten ab Februar 2020 die ersten eRezepte für GKV-Versicherte in den Apotheken eingelöst werden. Mehrere Modellprojekte dazu laufen demnächst an.

Ablösung des papiergebundenen Rezepts

Perspektivisch soll das eRezept die analoge Verordnung für Arzneimittel auf Papier ablösen – dabei ist allerdings noch offen, ab wann. Nach Schaffen der rechtlichen Rahmenbedingungen wird es mit den Erfahrungen aus den Modellprojekten darum gehen, die technischen Rahmenbedingungen zur deutschlandweiten Einbindung in die Telematikinfrastruktur der gematik zu schaffen. Zu einem späteren Zeitpunkt sollen auch Betäubungs- und Hilfsmittelverordnungen mit einbezogen werden.

Nicht nur im Inland, sondern auch bei Auslandsaufenthalten in Mitgliedsländern der Europäischen Union (EU) profitieren Patienten zukünftig vom eRezept. Denn im Rahmen der „EU-Strategie für Gesundheit und Pflege“ ist geplant, dass Apotheken nach und nach in allen Mitgliedstaaten elektronische Rezepte über die gemeinsame E-Health-Diensteinfrastruktur abrufen können. Für die Einführung in Deutschland bedeutet dies, dass die Migration des eRezeptes in die Infrastruktur nicht nur der gematik, sondern auch der EU sichergestellt sein muss.

Wann das grenzüberschreitende eRezept im Versorgungsalltag angekommen sein wird, steht erst recht noch in den Sternen. Den Anfang machen die Länder Finnland und Estland, bei denen die elektronische Verordnung von Medikamenten im Inland bereits Alltag ist. Elektronische Rezepte aus Finnland können jetzt in teilnehmenden estnischen Apotheken eingelöst werden. ■



Raffaele Nostitz
Abteilung Kommunikation
beim vdek



VDEK-ZUKUNFTSPREIS 2019

Innovative Ideen für mehr Patientensicherheit gesucht



Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) führt seine vergangenes Jahr gestartete Patientensicherheitsoffensive fort und widmet seinen 10. Zukunftspreis dem Schutz der Patienten. Eingereicht werden können Konzepte, die das Sicherheitsbewusstsein zum Beispiel durch Teamtrainings, Handlungshilfen oder den Einsatz von mobilen Geräten oder Apps fördern. Für die Ersatzkassen sind dabei insbesondere Projekte interessant, die Patienten als aktive Partner in den Behandlungsprozess einbinden, sowie Ansätze, die einen offenen Umgang mit Risiken und Fehlern fördern. Für den vdek-Zukunftspreis bewerben können sich Einzelpersonen, Teams, Organisationen und Verbände des Gesundheitswesens.

Über die Preisvergabe entscheidet eine prominent besetzte Jury, bestehend aus:

- Uwe Klemens (Juryvorsitz), Vorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek),
- Prof. Dr. Attila Altiner, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock,
- Dr. Ruth Hecker, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V.,
- Dr. Regina Klakow-Franck, stellvertretende Leiterin des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG),
- Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein,
- Prof. Dr. Claudia Schmidtke, Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten (angefragt),
- Christian Zahn, Präsident der Association Internationale de la Mutualité (AIM).

Interessenten können ihre Bewerbungen bis zum 14. April 2019 einreichen. Für die besten Ideen und Konzepte ist ein Preisgeld von insgesamt 20.000 Euro ausgesetzt. *pm*

www.vdek.com unter *Verband/vdek-Zukunftspreis*

DSO

Wieder mehr Organspender



Die Organspende hat sich im vergangenen Jahr erstmals seit dem Jahr 2010 wieder deutlich positiv entwickelt. Bundesweit haben 955 Menschen nach ihrem Tod ihre Organe für schwerkranke Patienten gespendet, das entspricht 11,5 Spendern pro Million Einwohner. Im Vergleich zum Vorjahr (797 Spender) bedeutet das eine Steigerung von knapp 20 Prozent. Von diesen Spendern konnten 3.113 Organe durch die internationale Vermittlungsstelle Eurotransplant (ET) erfolgreich an die Patienten auf den Wartelisten zur Organtransplantation vermittelt werden, darunter 1.607 Nieren, 295 Herzen, 779 Lebern, 338 Lungen, 91 Bauchspeicheldrüsen sowie 3 Dünndärme. Das sind 519 Organe mehr als 2017. Jeder Spender hat somit im Durchschnitt drei schwerkranken Patienten eine neue Lebenschance geschenkt. Gleichzeitig konnten 3.264 Organe verstorbener Spender in deutschen Kliniken transplantiert werden. Im Jahr 2017 waren es 2.765 Organübertragungen. Aktuell stehen in Deutschland noch immer rund 9.400 Patienten auf den Wartelisten zur Organtransplantation (Stand Dezember 2018, ET).

Als besonders erfreulich bewertet die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), die jede Organspende in Deutschland koordiniert, dass die Kontaktaufnahmen der Kliniken mit der Koordinierungsstelle 2018 um 26 Prozent auf 2.811 Meldungen einer möglichen Organspende zugenommen haben. Der medizinische Vorstand der DSO, Dr. med. Axel Rahmel, begrüßt das wachsende Engagement der Krankenhäuser, die das deutliche Potenzial für höhere Spenderzahlen durch bessere Spendererkennung und Spendermeldung in den Kliniken aufgezeigt haben. *pm*

BUNDESSOZIALGERICHT

Arbeitsunfall im häuslichen Bereich



Versicherte, die im sogenannten Home-Office tätig sind, vermischen typischerweise Verrichtungen für ihr Unternehmen mit Teilen des Privatlebens. Geschieht hierbei ein Unfall, bestehen deshalb erhebliche Schwierigkeiten zur Feststellung, ob es sich um einen Arbeitsunfall handelt. Mit seinen Urteilen vom 27. November 2018 bekräftigte das Bundessozialgericht (BSG) seine neue Rechtsprechung, wonach die objektivierte Handlungstendenz des Versicherten maßgebend ist. Ein Arbeitsunfall liegt dann vor, wenn nachvollziehbar davon ausgegangen werden kann, dass der Versicherte bei der zum Unfall führenden Verrichtung eine dem Unternehmen dienende Tätigkeit ausüben wollte. *gu*

BIBLIOTHEK

ANALYSE

Sinnhafte Erwerbsarbeit und Gesundheit

Der Fehlzeiten-Report informiert jährlich über die Krankenstands-Entwicklung in der deutschen Wirtschaft. Der Report 2018 vertieft das Thema „Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit“ aus gesellschaftlicher, betrieblicher und individueller Perspektive. Welche Rolle das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) für die Förderung des Sinnerlebens spielen kann, erörtern 28 Fachbeiträge unter anderem mit der Frage, wie Führungskräfte und das Unternehmensklima das Sinnerleben positiv beeinflussen können. Durch umfassende Daten und Analysen ist der Report ein wertvoller Ratgeber für alle, die Verantwortung für den Arbeits- und Gesundheitsschutz in Unternehmen tragen.



Prof. Dr. Bernhard Badura,
Prof. Dr. Antje Ducki, Helmut
Schröder, Joachim Klose,
Markus Meyer (Hg.)
Fehlzeiten-Report 2018
Schwerpunktthema:
Sinn erleben – Arbeit
und Gesundheit

2018, XVI, 608 S., € 54,99
Springer-Verlag, Berlin

KOMMENTAR

Grundlagen des Verwaltungsaktes

Der Handkommentar erläutert das Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG) zuverlässig, prägnant und gut verständlich. Die Neuauflage berücksichtigt unter anderem die Datenschutz-Grundverordnung der EU sowie die Neuregelungen im Bereich der elektronischen Kommunikation, insbesondere das Online-Zugangsgesetz und das deutsche eIDAS-Durchführungsgesetz, dessen Kernstück das Vertrauensdienstegesetz ist, mit dem das Signaturgesetz und die Signaturverordnung aufgehoben wurden. Wie immer sind aktuelle Rechtsprechung und Literatur sorgfältig eingearbeitet.



Prof. Dr. Ferdinand O. Kopp (†),
Prof. Dr. Ulrich Ramsauer (Hg.)
Verwaltungsverfahrensgesetz
(VwVfG) - Kommentar
19. Auflage 2018, XXXII,
2.022 S., € 65
Verlag C. H. Beck, München

UNTERNEHMEN

Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Gesundheit Beschäftigter in Betrieben bleibt in deutschen Unternehmen ein Trendthema. Der Umgang mit digitalen Arbeitsmitteln, die Herausforderung, geeignetes Fachpersonal zu binden sowie Verschärfungen im Arbeitsschutz und die Erneuerung des Präventionsgesetzes tragen dazu bei. In diesem Buch wird niedrigschwellig über das Thema informiert. Gleichzeitig soll der Komplexität der Vorgehensweise im betrieblichen Gesundheitsmanagement genüge getan werden. Als Zielgruppe werden dabei explizit auch kleine und mittelständische Unternehmen fokussiert. Denn gerade dort hat der Ansatz des betrieblichen Gesundheitsmanagements noch viel Potenzial.



Detlef Kuhn, Franziska
Naumann, Patrick Patzwald,
Anja Volkhammer, Uta-Maria
Weißleder, Hannes Will
Das gesunde Unternehmen:
Betriebliches Gesundheitsma-
agement - aus der Praxis für
die Praxis
2018, 155 S., € 19,95
Mabuse-Verlag, Frankfurt
am Main

Arzthaftpflicht in der Praxis

Diese Rechtsprechungssammlung enthält alle seit dem 1. Januar 2000 ergangenen höchstrichterlichen Entscheidungen sowie rechtskräftige, schwer zugängliche Entscheidungen der unteren Instanzen. Die Entscheidungen werden von Richtern aus den Spezialsenaten für Arzthaftpflichtrecht am Bundesgerichtshof (BGH) und an Oberlandesgerichten ausgewählt und übersichtlich nach Sachgebieten aufbereitet.

Eva Ohlsberg (Hg.)
Arzthaftpflicht-Rechtsprechung
(AHRs), Teil III

3. Lfg., 12/2018.
Gesamtwerk 8.774 S. in sechs Ordnern, € 186
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Vertragsärztliche Versorgung

Der Kommentar verschafft den Überblick über das komplexe Gebiet der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung unter Berücksichtigung regionaler Regelungen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen und aktueller Rechtsprechung. Er kommentiert die kassenarztrechtlichen Vorschriften des SGB V, die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte sowie den Bundesmantelvertrag.

Dr. Ralf Kremer und Dr. Christian Wittmann
(vormals von Rolf Liebold und Dr. Thomas Zalewski)
Kassenarztrecht

3. Lfg., 12/2018.
Gesamtwerk 3.773 S. in drei Ordnern, € 158
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Materialsammlung zur Krankenversicherung

Das SGB KV bietet die für die Ausbildung abgestimmten Gesetze auf dem jeweils neuesten Rechtsstand sowie ausgewählte Verordnungen und Rundschreiben. Redaktionelle Anmerkungen erleichtern die Lösung fachlich anspruchsvoller Aufgaben. Berücksichtigt werden vorzugsweise die für den Sozialversicherungsfachangestellten interessanten Fragestellungen.

SGB - KV
63. Lfg., 01/2019.
Gesamtwerk in zwei Ordnern, € 149
CW Haarfeld GmbH, Hürth



KOMMENTAR

Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Der Kommentar erläutert die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (SGB IX). Im Zentrum der Neuauflage steht das Bundesteilhabegesetz (BTHG) mit der umfassendsten Reform des Behindertenrechts seit Einführung des SGB IX. Zu einer kompletten Gesetzesneufassung führen die neue Dreiteilung des SGB IX, die neuen für alle Rehabilitationsträger geltenden allgemeinen Vorschriften, die Neuregelungen im Schwerbehindertenrecht und die unterschiedlichen Termine des Inkrafttretens.



Werner Felde, Wolfhard Kohte und Eckart Stevens-Bartol (Hg.)

SGB IX – Sozialgesetzbuch Neuntes Buch

Reihe: Kommentar für die Praxis
4. Auflage 2018, 1.565 S., €109
Bund-Verlag, Frankfurt am Main

KURZKOMMENTAR

Schneller Einstieg in die Betriebsratspraxis

Der Kurzkomentar stellt den Gesetzestext und dessen allgemeinverständliche „Übersetzung“ mit Kommentierung direkt nebeneinander. Damit bietet er den schnellstmöglichen Einstieg und konkrete Empfehlungen für die Betriebsratspraxis. Ein Stichwortverzeichnis führt sicher zu gefragten Paragraphen. Neu gewählte Betriebsratsmitglieder erhalten rasch einen guten Überblick ihrer Rechte und Pflichten. Die jüngsten Änderungen, etwa bei den Regelungen zur Leiharbeit, werden durch das neue Arbeitnehmerüberlassungsgesetz und zur Eingliederung schwerbehinderter Menschen durch das Bundesteilhabegesetz berücksichtigt.



Wolfgang Fricke, Herbert Grimberg, Wolfgang Wolter

BetrVG – Betriebsverfassungsgesetz: Kurzkomentar für Betriebsräte

5. Auflage 2018, 317 S., €29,90
Bund-Verlag, Frankfurt am Main

GESUNDHEITSPOLITIK

Fakten-Check im Gesundheitswesen

„Mythen“ selektieren und stellen Fakten oft so dar, dass sie allgemeinen Erfahrungen und Wissen zu entsprechen scheinen. Bei näherer Betrachtung stehen aber oft auch handfeste wirtschaftliche Interessen im Hintergrund. Der Autor setzt sich kenntnisreich und streitbar mit den häufigsten Mythen wie „die Vollkasko-Mentalität der Versicherten“ oder „die verhängnisvolle demografische Entwicklung“ auseinander und liefert nachvollziehbare Argumente für eine rationale Auseinandersetzung mit den realen Problemen. Neu in der 3. Auflage sind weitere Mythen wie „Zwei-Klassen-Medizin“, „Systemwettbewerb GKV-PKV“ und „Ökonomisierung der Medizin“.



Hartmut Reiners

Mythen der Gesundheitspolitik

3. Auflage 2019, 307 S., €29,95
Hogrefe Verlag, Bern

Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge

Das Standardwerk fasst alle Informationen rund um die relevanten Zweige der Sozialversicherung zusammen: Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung und Recht der Arbeitsförderung. Klar strukturiert werden zunächst die Fragen der Versicherungspflicht, in der Folge die Beitragsberechnung und das Meldewesen dargestellt. Beispiele, Tabellen und Übersichten helfen bei der konkreten Anwendung.

Gustav Figge, Norbert Minn, Stefan Sieben

Sozialversicherungs-Handbuch – Beitragsrecht

118. Lfg., 10/2018, €74,80; 119. Lfg., 12/2018, €69,80.
Gesamtwerk 2.794 S. in zwei Ordnern, €159 bei einem Fortsetzungsbezug für mindestens zwei Jahre + Datenbankzugriff, €299 bei Apartbezug
Verlag Dr. Otto Schmidt, Köln

Grundsicherung für Arbeitsuchende

Der Kommentar enthält alle notwendigen Informationen rund um die aktuellen Regelungen und zeigt die Zusammenhänge des SGB II zum übrigen Sozialrecht auf, gibt viele lösungsorientierte Hinweise zur konkreten Umsetzung der gesetzlichen Regelungen und behandelt jede nur denkbare Fallkonstellation im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

Prof. Dr. Thomas Voelzke (Hg.)

SGB II – Grundsicherung für Arbeitsuchende

4.–7. Lfg., 09-12/2018.
Gesamtwerk 5.436 S. in vier Ordnern, €136
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Begleiter für sozialpolitisch Tätige

Ohne die Anknüpfungspunkte an das übrige Sozialrecht aus den Augen zu verlieren konzentrieren sich die Autoren auf ihr Spezialgebiet. Mit vielen lösungsorientierten Hinweisen zur konkreten Umsetzung der gesetzlichen Regelungen geben sie zusätzlich wertvolle Unterstützung für die richtige Rechtsanwendung. Der Kommentar enthält die wichtigsten Materialien des Gesetzgebungsverfahrens, eine umfangreiche Einführung zu den Strukturprinzipien sowie zu verwaltungswissenschaftlich und europarechtlich relevanten Bezügen der Sozialhilfe.

Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthe (Hg.)

SGB XII – Sozialhilfe

4.–7. Lfg., 09-12/2018.
Gesamtwerk 4.046 S. in zwei Ordnern, €108
Erich Schmidt Verlag, Berlin

GRUNDLAGEN

Überblick der Alzheimer-Krankheit

Die neurodegenerative Erkrankung Alzheimer ist mit ca. 60 Prozent die häufigste Form der Demenzerkrankungen. Der Schwerpunkt des Handbuches liegt in der medizinischen Perspektive, angefangen bei der Neuropathologie und Biologie der Erkrankung, über Diagnostik und Pharmakotherapie bis zu nicht-pharmakologischen Therapieverfahren. Artikel zur Geschichte der Erkrankung, zu epidemiologischen Entwicklungen, Risikofaktoren und Präventionsansätzen sowie zu ethischen und rechtlichen Konstellationen und Kapitel zur Angehörigen-Selbsthilfe, demenzspezifischen Pflege, Versorgung und zu Versorgungsmodellen runden das Werk ab.



Frank Jessen (Hg.)
Handbuch Alzheimer-Krankheit:
Grundlagen – Diagnostik –
Therapie – Versorgung –
Prävention
2018, XXV, 654 S., €99,95
Walter de Gruyter GmbH, Berlin

KOMMENTAR

Gemeinsame Vorschriften der Sozialversicherung

Die Neuauflage bringt das Werk auf den aktuellen Stand Juni 2018. Neben zahlreicher höchstrichterlicher Rechtsprechung berücksichtigt der Kommentar jetzt insbesondere das Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen, das Rentenüberleitungs-Abschlussgesetz, das Zweite Bürokratieentlastungsgesetz, Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz sowie das Gesetz zur Stärkung der Bekämpfung der Schwarzarbeit und illegalen Beschäftigung.



Prof. Dr. Ralf Kreikebohm (Hg.)
SGB IV - Kommentar
3. Auflage 2018, XV, 528 S., €99
Verlag C. H. Beck, München

RATGEBER

Schwerbehinderung im Fokus

Rund 7,1 Millionen Menschen mit einer amtlich anerkannten Schwerbehinderung leben in Deutschland. Der Autor als erfahrener Rechtsanwalt auf diesem Gebiet erläutert anhand vieler Beispielfälle alles Wissenswerte zum Thema Schwerbehinderung. Er stellt die Nachteilsausgleiche und Fördermittel dar, die Betroffene beanspruchen können, und benennt wichtige Anlaufstellen und Ansprechpartner. Zahlreiche Hinweise und Tipps erläutern dem Leser, worauf konkret zu achten ist. Die Neuauflage berücksichtigt insbesondere die Änderungen im Schwerbehindertenrecht durch das Bundessteuergesetz sowie die Neuregelungen in der Pflegeversicherung.



Jürgen Greß
Schwerbehindert
3. Auflage 2018, 128 S., €7,90
Verlag C. H. Beck, München

Kommentar zur Arbeitsförderung

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt von 2012 wurde das SGB III inhaltlich, sprachlich und systematisch grundlegend überarbeitet. Dezentrale Entscheidungskompetenzen wurden gestärkt und das Instrumentarium der aktiven Arbeitsförderung flexibilisiert. Die komplette Neuauflage des Kommentars bietet zusätzlich einen Online-Zugriff auf den Kommentar in der Fassung vor dem 1. April 2012.

Prof. Dr. Thomas Voelzke (Hg.)
SGB III – Arbeitsförderung
2. Auflage, 5. Lfg., 10/2018; 6. Lfg., 11/2018.
Gesamtwerk 4.842 S. in drei Ordnern, €254
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Rund um die Notfallversorgung

Bei einem Notfall kommt es auf schnelle Hilfe, reibungslose Organisation und ein optimales Qualitätsmanagement an. Das Handbuch gibt zuverlässige Informationen über die einschlägigen Vorschriften im Bundes- und Landesrecht, Beförderungsentgelte, die Organisationsstruktur und grundlegende einschlägige Entscheidungen.

Werner Gerlach
Krankentransport und Rettungsdienst
4. Lfg., 10/2018; 5. Lfg., 11/2018; 6. Lfg., 12/2018.
Gesamtwerk 4.539 S. in drei Ordnern, €157
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Schutz der Sozialdaten

Der Kommentar enthält alle das Verwaltungsverfahren und den Schutz der Sozialdaten betreffenden Gesetze sowie Rechtsprechung und Literatur auf aktuellem Rechtsstand. Zudem kommentiert er die wesentlichen Grundlagen für die Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten. Zeitnah werden regelmäßig alle aktuellen gesetzlichen Änderungen berücksichtigt.

Prof. Dr. Peter Becker (Hg.)
SGB X – Verwaltungsverfahren, Schutz der Sozialdaten, Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten
3. Lfg., 10/2018; 4. Lfg., 11/2018.
Gesamtwerk 4.016 S. in drei Ordnern, €154
Erich Schmidt Verlag, Berlin



LEITFADEN

Arbeitsschutz im Mutterschutzrecht

Sämtliche Themen des arbeitszeitlichen, betrieblichen und ärztlichen Gesundheitsschutzes aus dem Mutterschutzgesetz (MuSchG) werden dargestellt (z. B. Nacharbeit, Freistellungsanspruch der Frau, Sonn- und Feiertagsarbeit). Neben einer ausführlichen Darstellung, für welche Beschäftigte das MuSchG gilt (z. B. für Arbeitnehmerinnen, Praktikantinnen, Schülerinnen und Studentinnen), werden alle relevanten Beschäftigungsverbote thematisiert. Ausführlich wird auch auf die mutterschutzspezifische Gefährdungsbeurteilung eingegangen, die seit dem 1. Januar 2018 verpflichtender Bestandteil der Gefährdungsbeurteilung nach § 5 ArbSchG ist.



Patrick Aligbe
Das neue Mutterschutzrecht 2018 – Leitfaden für alle Arbeitsschutzakteure
2018, 143 S., € 29,90
Erich Schmidt Verlag, Berlin

PRAXISKOMMENTAR

Strukturierter Überblick des SGB X

Der Lehr- und Praxiskommentar ist das Markenzeichen für einen problemorientierten wie verständlichen Zugang zum Recht des sozialrechtlichen Verwaltungsverfahrens, dem Schutz der Sozialdaten, der Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger untereinander sowie ihren Rechtsbeziehungen zu Dritten. Die Neuregelungen zum sozialrechtlichen Datenschutz durch das Datenschutzanpassungs- und Umsetzungsgesetz (DSAnpUG) und insbesondere im Sozialgesetzbuch X selbst (durch Art. 24 G zur Änderung des BVG und anderer Gesetze) sind vollständig neu kommentiert.



Dr. Björn Diering, Hinnerk Timme und Dr. Thomas P. Stähler (Hg.)
Sozialgesetzbuch X – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz. Lehr- und Praxiskommentar
5. Auflage 2019, 1.110 S., € 89
Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

ÜBERBLICK

Einführung in das Sozialrecht

Die 6. Auflage des Werkes berücksichtigt alle gesetzlichen Änderungen der Legislaturperiode des 18. Deutschen Bundestages, die wie kaum eine vorangehende im Zeichen struktureller Änderungen im Sozialrecht stand, unter anderem: Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz, GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz, Krankenhausstrukturgesetz, Bundesteilhabegesetz und Pflegestärkungsgesetze (PSG I, II, III) sowie 5. und 6. SGB IV-Änderungsgesetz. Neu hinzugekommen sind die Bereiche Soziales EU-Verfassungsrecht, EU-Koordinierungsrecht und kommunale Sozialpolitik.



Prof. Dr. Franz Ruland, Prof. Dr. Ulrich Becker und Prof. Dr. Peter Axer (Hg.)
Sozialrechtshandbuch (SRH)
6. Auflage 2018, 1.725 S., € 160
Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

Gebühren- und Vertragsrecht Ärzte

In der Abrechnungsprüfung oder anderen Fragen im Kontakt zwischen Ärzten und Sozialversicherungsträgern sind die benötigten Informationen breit gefächert. Im ÄGUV sind alle relevanten Grundlagen schnell zur Hand. Ob GOÄ, Gesetze zum Berufsrecht der Ärzte oder Vertragswesen zwischen Ärzten und Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften – auf alle Fragen kennt das ÄGUV die Antwort.

Karl-Heinz Andro, Norbert Fischer
ÄGUV
196. Lfg., 09/2018.
Gesamtwerk in zwei Ordnern, € 108
CW Haarfeld GmbH, Hürth

Rechte behinderter Menschen

Das Sozialgesetzbuch IX hat die Situation behinderter Menschen wesentlich erleichtert. Die vom Gesetzgeber seitdem mehrfach ergänzten und geänderten Vorschriften werden von kompetenten Autoren aus dem Bereich Rechtsprechung und Verwaltung fundiert und praxisorientiert kommentiert. Das Werk erleichtert das Verständnis der Vorschriften und bietet verlässliche Hilfe für ihre Anwendung.

Dr. Dagmar Oppermann (Hg.)
SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
39. Lfg., 10/2018; 40. Lfg., 12/2018.
Gesamtwerk 4.296 S. in drei Ordnern, € 108
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Recht der Krankenversicherung

Neben praxisorientierten Kommentierungen und den aktuellen Gesetzestexten zum SGBV enthält der Kommentar eine Fülle von Entscheidungshilfen und Informationen zu aktuellen sozial- und rechtspolitischen Entwicklungen. Mit vielen lösungsorientierten Hinweisen zur konkreten Umsetzung der gesetzlichen Regelungen geben die Autoren zusätzlich wertvolle Unterstützung für die richtige Rechtsanwendung.

Prof. Dr. Wolfgang Noftz (Hg.)
SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung
12. Lfg., 11/2018; 13. Lfg., 12/2018.
Gesamtwerk 12.944 S. in sieben Ordnern, € 204
Erich Schmidt Verlag, Berlin



STECKBRIEF

Prof. Dr. Claudia Schmidtke

Alter 52 Wohnort Lübeck

Ausbildung Fachärztin und Professorin für
Herzchirurgie, Gesundheitsökonomin

Tätigkeit CDU-Bundestagsabgeordnete,
Patientenbeauftragte der Bundesregierung

Hobbys Familie, Freunde, Kunst, Kultur,
Bücherberge abarbeiten, Hunde

Lieblingsgericht Pasta

Gesundheit bedeutet für Sie ...

... das höchste Gut.

Wie lautet Ihr Rezept für persönliches Wohlbefinden?

Immer optimistisch bleiben.

Was ist Ihr ungesundes Laster?

Schokolade.

Wogegen wären Sie gerne versichert?

Bücherkaufrausch.

Was schätzen Sie am deutschen Gesundheitssystem?

Seine Forschungsstärke, die umfassende Versorgung, die Idee der Selbstverwaltung. Es ist eines der besten der Welt. Aber auch eines der kompliziertesten. Darunter leidet manchmal die Geschwindigkeit bei der Einführung von Innovationen, wie wir es gerade bei der eGK erfahren.

Als Versicherte wünschen Sie sich, ...

... dass Politik, Kosten- und Leistungsträger unser Gesundheitssystem immer vom Patienten her denken. Dazu gehört, dass Patienteninformation, Sicherheit und Qualität die Richtlinien unseres Handelns sind.

Worauf könnten Sie in der Politik verzichten?

Auf Trägheit und langwieriges Nichtentscheiden.

Welche Person wären Sie gerne für einen Tag?

Donald Trump.

Wie lautet Ihr Motto fürs Leben?

„Damit das Mögliche entsteht, muss immer wieder das Unmögliche versucht werden.“ (Hermann Hesse)



Hallo Frühling

Gut ein Drittel der Deutschen geben in einer Studie von Splendid Research an, dass der Frühling ihre liebste Jahreszeit ist. Nur fünf Prozent mögen den Frühling am wenigsten, weil sie ihn als noch zu nass, kalt und grau empfinden. Die Frühlingsbegrüßwörter führen an, dass alles grün wird und endlich wieder Unternehmungen im Freien infrage kommen. Dass die Jahreszeit so unterschiedlich wahrgenommen wird, könnte auch daran liegen, dass verschiedene Definitionen des Frühlingsanfangs zugrunde liegen.

Kalendarisch gesehen markiert die Tagundnachtgleiche den Startschuss – vereinfacht ausgedrückt ist es an diesem Tag genauso lange hell wie dunkel. Der kalendarische Frühlingsbeginn variiert und fällt auf den 19., 20. oder 21. März. Aus meteorologischer Sicht beginnt der Lenz bereits am 1. März. Meteorologen teilen das Jahr in vier Jahreszeiten von konstanter Länge ein, um die statistische Vergleichbarkeit von Wetteraufzeichnungen über längere Zeiträume zu gewährleisten. Mit diesem Blickwinkel bleibt der Frühling sicherlich als grauer in Erinnerung, als wenn der Start erst Ende März angesetzt wird.

2019 fällt der kalendarische Frühlingsanfang auf den 20. März. Von da an legt sich das Tageslicht mächtig ins Zeug. So verlängert sich die Tageslichtspanne in Hamburg um ganze vier Minuten und 16 Sekunden täglich. Weiter südlich, beispielsweise in Zürich, geht es etwas langsamer voran, denn der tägliche Unterschied hängt vom Abstand zum Äquator ab. Hier verlängert sich der Zeitraum um drei Minuten und 25 Sekunden täglich.

Die Rückkehr der Sonne wird traditionell vielerorts mit Feuern begrüßt. Auf diesem heidnischen Brauch basiert auch das Osterfeuer. Nach dem langen, kalten Winter sollten die Flammen nicht nur die Wintergeister vertreiben, sondern auch den Frühling begrüßen. Mehr Sonnenlicht und Wärme sind heute wie damals Balsam für die Seele und wir freuen uns, den Frühling gleich zweimal willkommen zu heißen, am 1. und am 20. März.

Mit Vorfreude grüßt

Ihre Redaktion



IMPRESSUM

ersatzkasse magazin.

Das Magazin des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vormals „Die Ersatzkasse“,
erstmalig erschienen 1916.

Herausgeber

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Ulrike Elsner (Vorstandsvorsitzende
des vdek, v.i.S.d.P.)

Gesamtverantwortung

Michaela Gottfried
(Leiterin Abteilung Kommunikation vdek)

Redaktion

Annette Kessen, Raffaele Nostitz,
Nicole Janke

Redaktionsanschrift

Askanischer Platz 1 | 10963 Berlin
Tel. 030/2 69 31-12 06
Fax 030/2 69 31-29 00
redaktion@vdek.com
www.vdek.com/magazin

Layout

ressourcenmangel Hamburg GmbH
Lange Reihe 29 | 20099 Hamburg
www.ressourcenmangel.de

Repro und Druck

EVERSFRANK Berlin GmbH
Ballinstraße 15 | 12359 Berlin
www.eversfrank.com

Erscheinungsdatum

Februar 2019 / 99. Jahrgang
ersatzkasse magazin. erscheint sechs Mal im Jahr.

Nachdruck nur mit Genehmigung des
Herausgebers oder der Redaktion. Dies gilt
auch für die Aufnahme in elektronische
Datenbanken und Mailboxen.

Für unaufgefordert eingesandte
Manuskripte übernehmen der Herausgeber
und die Redaktion keine Haftung.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben
nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers
und der Redaktion wieder.

Mitgliedskassen

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen rund 28 Millionen Menschen in Deutschland krankenversichern.



Techniker Krankenkasse (TK)

Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg
Tel.: 040-69 09-17 83
Fax: 040-69 09-13 53
pressestelle@tk.de
www.tk.de

BARMER

BARMER

Postfach 11 07 04
10837 Berlin
Tel.: 0800-333 1010
Fax: 0800-333 0090
service@barmer.de
www.barmer.de



DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27-31
20097 Hamburg
Tel.: 040-23 96-0
Fax: 040-23 96-26 75
service@dak.de
www.dak.de



KKH Kaufmännische Krankenkasse

Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover
Tel.: 0511-28 02-0
Fax: 0511-28 02-99 99
service@kkh.de
www.kkh.de



hkk – Handelskrankenkasse

Martinstraße 26
28195 Bremen
Tel.: 0421-36 55-0
Fax: 0421-36 55-37 00
info@hkk.de
www.hkk.de



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

HEK – Hanseatische Krankenkasse

Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg
Tel.: 0800-0213 213
Fax: 040-656 96-1237
kontakt@hek.de
www.hek.de



Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Zeitschriftenredaktion
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel 030/26931-1206
Fax 030/26931-2900