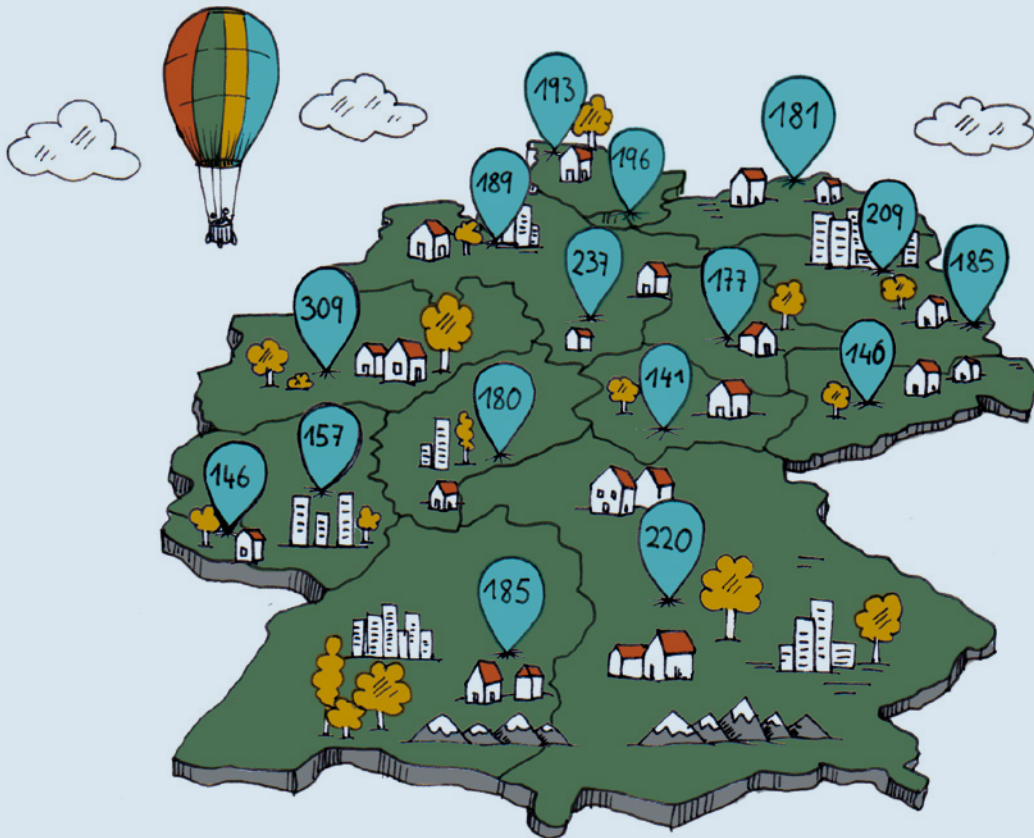


ersatzkasse magazin.

G20634



Digitale Versorgung Gesetz

Gesundheits-Apps in die
Regelversorgung

MDK- Reformgesetz

Neuorganisation der
Selbstverwaltung

„Diversität ist eine große Chance“

Interview mit Dr. Martina
Kloepfer zur gender-
orientierten Gesundheits-
versorgung

Regionale Versorgung

Das Faire-Kassenwahl-Gesetz soll den morbiditätsorientierten Risikostruktur-
ausgleich (Morbi-RSA) weiterentwickeln. Zugleich sieht es eine tiefgreifende
Reform des Organisationsrechts vor. Vorhaben, die sich auch auf die regionale
Gesundheitsversorgung auswirken. Dass die Ersatzkassen bei der regionalen
Versorgung stark sind, zeigt ein Blick auf die Verträge vor Ort

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,

Die Europawahl in Deutschland hat deutlich gemacht: Den klassischen Rechts- oder Linkswählertyp gibt es immer weniger, es geht den Wählerinnen und Wählern um aktuelle politische Inhalte wie Klimawandel, Modernisierung, Verjüngung, Gleichstellung von Frauen und Männern in Beruf und Gesellschaft und vieles mehr. CDU/CSU und SPD haben große Verluste in der Wählergunst hinnehmen müssen und dies hat Konsequenzen für die große Koalition, für deren politische Ausrichtung und Zusammenarbeit. Auch die Gesundheitspolitik und die vielen dort anstehenden Gesetzgebungsprozesse bleiben davon sicher nicht unberührt. Wie beispielsweise sieht der Zeitplan beim Faire-Kassenwahl-Gesetz (GKV-FKG) aus? Noch in diesem Jahr muss das Gesetz über die Bühne, um im nächsten Jahr in Kraft treten zu können. Hier kommt hinzu, dass auch zwischen den Bundesländern und dem Bund eine Konfliktlinie vor allem bei den organisationsrechtlichen Reformvorschlägen – Stichwort Öffnung der Regionalkassen und einheitliche Aufsicht – verläuft. Durch die Öffnung der Regionalkassen sei die regionale Versorgung gefährdet, so das Argument, das von den regionalen AOK befeuert wird. Die Ersatzkassen haben deshalb eine gemeinsame Öffentlichkeitsinitiative #regionalstark gestartet, um klarzustellen, dass die Versorgung immer regional und vor Ort angeboten wird – selbstverständlich auch bei den bundesweit tätigen Ersatzkassen.

Mehr Schwung in die Versorgung soll ein neues Digitalgesetz bringen, das die Ersatzkassen ausdrücklich unterstützen. Die Nutzungsmöglichkeiten der elektronischen Patientenakte sollen laut Referentenentwurf erweitert und mehr Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur angebunden werden.

Auch Apps sollen schneller in die Regelversorgung kommen, eine Forderung, die die Ersatzkassen schon lange erheben. Richtig also, doch darf dies nicht auf Kosten der Qualität gehen.

Auch in Sachen Gendermedizin bedarf es eines differenzierten Blicks. Dass es erhebliche Unterschiede zwischen Mann und Frau in Hinsicht auf die Häufigkeit von Krankheiten und Todesursachen gibt, ist hinlänglich bekannt, wird jedoch in der medizinischen Versorgung noch viel zu wenig berücksichtigt, meint Prof. Dr. Gerd Glaeske von der Universität Bremen. Beispiel Arzneimittelversorgung: Tranquilizer, also Mittel gegen Stress- und Angstsymptome, werden zu gut zwei Drittel an Frauen vor allem im höheren Alter verschrieben. Für Dr. Martina Kloepfer vom Verein Institut für Gender-Gesundheit sind solche Zusammenhänge alarmierend. Sie fordert im Interview mit *ersatzkasse magazin*, eine stärkere Berücksichtigung der Genderthematik in Lehre und Forschung, im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und in der Arbeitswelt. Denn in den Führungsetagen von Unternehmen sind – gerade auch im Medizinbetrieb – überproportional Männer vertreten. Von mehr Diversität würden beide profitieren: Frau und Mann.

Und nun, liebe Leserinnen und Leser, wünschen wir Ihnen eine erholsame Sommerpause. Und denken Sie daran: Beim Sonnenbaden, Relaxen, Sightseeing oder Radeln kann man durchaus mal aufs Digitale verzichten und sich ganz analog entspannen, meint



Michaela Gottfried
Abteilungsleiterin
Kommunikation beim vdek

Ihre

Michaela Gottfried



Inhalt

3/2019

POLITIK

Mehr Wettbewerb zulassen	6
DVG: Die App vom Arzt wird Wirklichkeit	8
Erosion der Selbstverwaltung	10
Prüfungen von Krankenhausabrechnungen	12
Aktuelle Gesetzesvorhaben	14
Einwurf: Sozialwahlen modernisieren	17

AUS DEN KASSEN

AMNOG-Report: Neue Medikamente immer teurer ...	18
---	----

IM FOKUS GENDERORIENTIERTE GESUNDHEITSVERSORGUNG

Gewinn für Frau und Mann	22
Stärker auf die Bedürfnisse ausrichten	25
Interview: Diversität ist eine große Chance	26

TITEL REGIONALE VERSORGUNG

Wesentliche Regelungen zum GKV-FKG	31
Generalangriff auf Sozialpartnerschaft	36
#regionalstark: Eine Initiative der Ersatzkassen	37
Ersatzkassen gestalten regionale Versorgung	38
Reform der Bedarfsplanung	41

VERMISCHTES

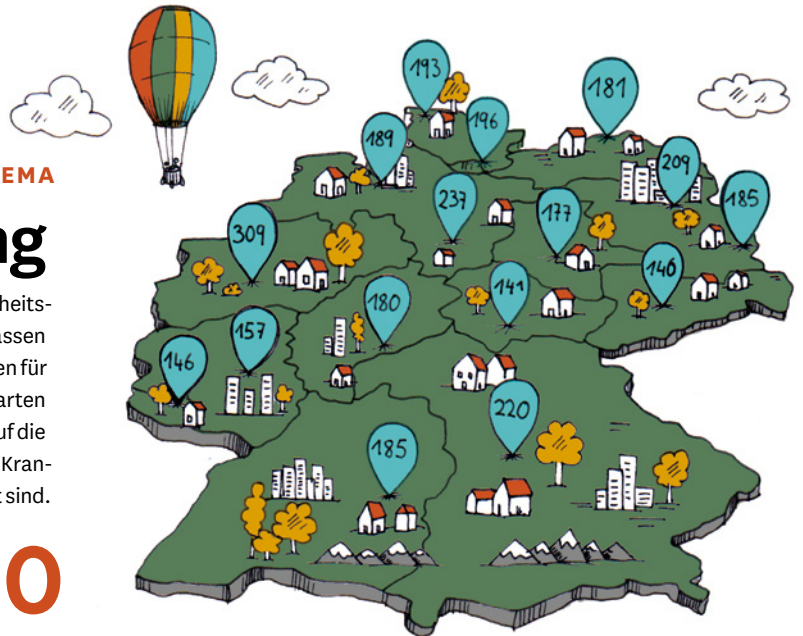
Für Sie gelesen: Bibliothek	42
vdek-Pflegelotse zum dritten Mal ausgezeichnet	44
Steckbrief: Kai Klose	45
PS: Wenn die Freizeitkrankheit zuschlägt	46

TITELTHEMA

Regionale Versorgung

Mit dem Faire-Kassenwahl-Gesetz (GKV-FKG) will Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) bislang regional begrenzte Krankenkassen bundesweit öffnen und damit gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenkassen schaffen. Dass bereits jetzt alle Kassenarten an der regionalen Versorgung beteiligt sind, zeigt ein Blick auf die Versorgungsverträge, die auch bei den bundesweit organisierten Krankenkassen speziell an die regionalen Besonderheiten angepasst sind.

30



IM FOKUS

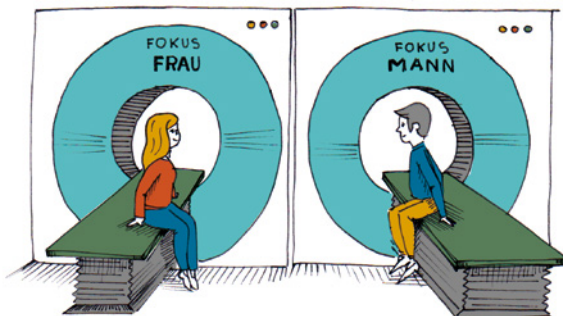
Genderorientierte Gesundheitsversorgung

Ob Frau oder Mann, das Geschlecht ist ein individueller Faktor mit großem Einfluss auf die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung von Krankheiten. Die geschlechtsspezifische Versorgung wird jedoch in vielen Bereichen der Medizin noch viel zu wenig beachtet. Nachholbedarf besteht an unterschiedlichen Stellen, etwa bei der Diagnose, der Medikation und in der Forschung.



26

22



INTERVIEW

„Diversität ist eine große Chance“

Die Debatte um Gleichstellung der Geschlechter ist in der Politik angekommen. Und auch in der Gesundheitsversorgung hält die Gendermedizin zunehmend Einzug. Dr. Martina Kloepper arbeitet als Trainerin mit Führungskräften zusammen. 2013 rief sie den Bundeskongress Gendergesundheit ins Leben und gründete später den Verein Institut für Gender-Gesundheit. Im Interview mit *ersatzkasse magazin.* spricht sie über Rollenverteilungen im Gesundheitswesen, über Gendermedizin in Forschung und Lehre und über die Auswirkungen auf die Versorgung.



GESUNDHEITSMINISTERKONFERENZ

Mehr Wettbewerb zulassen

Am 5. und 6. Juni 2019 hat in Leipzig die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) stattgefunden. Im Zuge dessen appellierte der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) eindringlich an die 16 Ländergesundheitsministerinnen und -minister, das von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) vorgelegte Faire-Kassenwahl-Gesetz (GKV-FKG) zu unterstützen und mehr Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zuzulassen. vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner betonte: „Die Befürchtung der Länder, durch das neue Gesetz werde das Gesundheitswesen zentralisiert, ist unbegründet. Die Versorgung wird auch bei den bundesweiten Ersatzkassen regional organisiert, und zwar sowohl bei Kollektivverträgen, die 97 Prozent der Versorgung ausmachen, als auch durch Selektivverträge, die auf die spezielle Versorgungssituation vor Ort eingehen.“ Die Öffentlichkeitsinitiative #regionalstark der Ersatzkassen zeige hier eindrucksvolle Projekte auf.

Auch die Ersatzkassen sprechen sich klar gegen Zentralisierungsbestrebungen des Bundes im Vertragsbereich aus. Die geplante bundesweite Öffnung der AOK sei allerdings keinesfalls mit einem Verlust regionaler Versorgungskompetenz verbunden, sondern bringe mehr Wahlfreiheit für die Versicherten und Sorge für einen fairen Wettbewerb, so Elsner. Zu der Öffnung der Krankenkassen für alle Versicherten gehöre zwingend auch eine einheitliche Aufsicht. Elsner erinnerte daran, dass viele AOK bereits in mehr als einem Bundesland tätig seien, über die aber nur ein Bundesland die Aufsicht führe. Von einstmalen 209 regional organisierten AOK seien heute elf in 16 Bundesländern übrig geblieben. *pm*

> Seite 31

Die aktuelle Zahl

70

Prozent der Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen sind laut Ärzte Zeitung Frauen. Der Frauenanteil bei den Vertragsärzten liegt bei 46 Prozent, bei den Zahnärzten sind es 38 Prozent. Nahezu jeder zweite gesetzlich Versicherte ist weiblich und doch sind Frauen in allen wesentlichen Gremien des deutschen Gesundheitswesens deutlich unterrepräsentiert.

DEUTSCHER ÄRZTETAG

Ärzte entlasten

Der 122. Deutsche Ärztetag, der vom 28. bis 31. Mai 2019 in Münster stattgefunden hat, befasste sich unter anderem mit dem Thema „Wenn die Arbeit Ärzte krank macht“. Bezugnehmend darauf schlug der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ein Maßnahmenbündel zur Entlastung der Ärzte vor. „Die Ärzte in Deutschland leisten eine wichtige Arbeit für die Gesellschaft“, erklärte vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. „Wir zollen ihnen große Anerkennung dafür.“ Wenn die Mediziner eine hohe Arbeitsbelastung, Zeitdruck und die Forderung nach einer „Rundumverfügbarkeit ärztlicher Leistungen“ beklagen, müsse auch strukturell angesetzt werden.

Zu den vorgeschlagenen Maßnahmen gehört eine Reform der Notfallversorgung, das Vortreiben der Digitalisierung, die Stärkung der Prävention und das Vermeiden unnötiger Behandlungen und Operationen. Mit den Maßnahmen könnten Ärzte entlastet und zugleich der Anstieg der Kosten gebremst und die Gesundheitsversorgung der Versicherten weiter verbessert werden. 2018 gab die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) rund 39,5 Milliarden Euro für ärztliche Behandlungen aus. Das waren 11 Milliarden mehr als sechs Jahre zuvor: 2012 waren es 28,2 Milliarden Euro. *pm*

www.vdek.com unter Presse/Pressemitteilungen

PERSONALIEN

Reinhardt folgt auf Montgomery



Dr. Klaus Reinhardt (Foto) wurde auf dem Ärztetag Ende Mai 2019 zum neuen **Präsidenten der Bundesärztekammer (BÄK)** gewählt. Der 59-Jährige tritt die Nachfolge von

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery an, der nach acht Jahren als BÄK-Präsident nicht erneut kandidierte. Reinhardt ist seit 25 Jahren als Facharzt für Allgemeinmedizin niedergelassen. Seit acht Jahren ist er Vorsitzender des Hartmannbundes, seit vier Jahren Vorstandsmitglied der BÄK. Neue BÄK-Vizepräsidentinnen sind die Kinderchirurgin Dr. Heidrun Gitter und die Hals-Nasen-Ohren-Ärztin Dr. Ellen Lundershausen. *nj*

Neuer Staatssekretär im BMG



Dr. Thomas Steffen (Foto) ist seit dem 15. Mai 2019 verbeamteter **Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit (BMG)**. Der 57-Jährige tritt in die Fußstapfen von Lutz Stroppe

(CDU), der diesen Posten seit 2014 inne hatte und zuvor unter anderem Büroleiter von Altkanzler Helmut Kohl (CDU) war. Stroppe geht in den einstweiligen Ruhestand. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn kennt seinen neuen Staatssekretär aus der gemeinsamen Zeit im Bundesministerium der Finanzen, in dem Steffen von 2012 bis April 2018 Staatssekretär war. Danach lehrte der promovierte Jurist ein Jahr lang an der Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. *nj*

Einsicht des Monats

„Beim Thema Impfen findet die Freiheit des Einzelnen seine Grenze in der Gefährdung anderer. Das Ausrotten der Masern darf nicht an Deutschland scheitern.“

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) zu seinem Vorstoß für eine Impfpflicht gegen Masern auf dem Deutschen Ärztetag am 28. Mai 2019 in Münster.

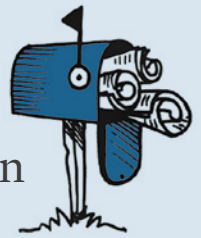
KONZERTIERTE AKTION PFLEGE

Mehr Ausbildung, mehr Personal, mehr Geld

Die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte sollen sich schnell und spürbar verbessern. Das ist das Ziel der Konzierten Aktion Pflege unter der Leitung von Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey (SPD), Bundesarbeitsminister Hubertus Heil (SPD) und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU), die am 4. Juni 2019 ihre Ergebnisse vorlegten. Danach soll bundesweit nach Tarif bezahlt, ein am Bedarf orientierter Personalschlüssel eingeführt, die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte beschleunigt und die Zahl der Auszubildenden und Ausbildungseinrichtungen gesteigert werden. Außerdem sollen die Kompetenzen der Pflegefachkräfte gestärkt und ausgeweitet und die Arbeit von Pflegekräften durch Digitalisierung erleichtert werden. Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek), sagte dazu: „Pflegekräfte wünschen sich zu Recht Wertschätzung und eine angemessene Bezahlung. Deshalb unterstützen wir die Aktivitäten der Konzierten Aktion Pflege. Jetzt muss die Finanzierung geklärt werden.“ Dafür sei es notwendig, die Eigenanteile der Pflegebedürftigen zu begrenzen und die Finanzierung auf mehreren Schultern zu verteilen. Dazu zählten auch der Staat, die private Krankenversicherung und die Länder. *nj*

PRESSESCHAU

Das schreiben die anderen



Zukunftsfähigkeit der Volksparteien

„Wenn zehntausende Pflegekräfte schon jetzt fehlen und es wegen der älter werdenden Gesellschaft noch mehr werden, dann ist schnell klar, dass die Zukunftsfähigkeit jeder Volkspartei auch davon abhängt, ob sie sich mit ganzer Kraft dafür einsetzt, die prekären Zustände in der Pflege aus der Welt zu schaffen.“

RHEINISCHE POST, 5.6.2019

Fortpflanzungsmedizin

„Der Wunsch nach eigenem biologischen Nachwuchs ist bei vielen Menschen so stark ausgeprägt, dass sie nahezu alles dafür tun würden. Wer also versuchen möchte, die neuen Techniken irgendwie zu regulieren, sollte sie nicht strikt verbieten, sondern kontrolliert erlauben. Es ist an der Zeit, das Embryonenschutzgesetz zu modernisieren.“

SÜDDEUTSCHE ZEITUNG, 5.6.2019

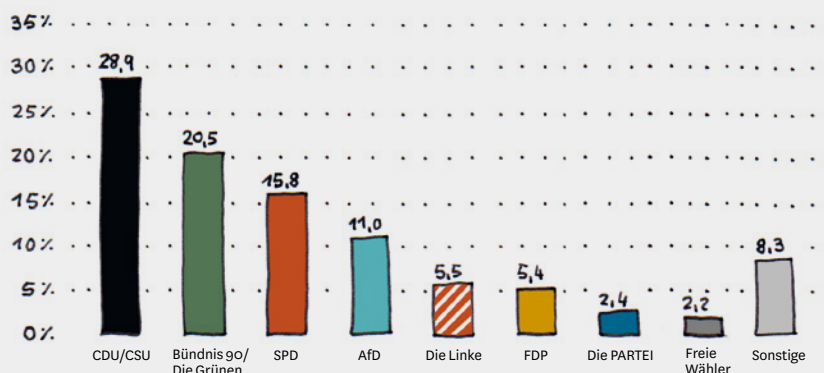
Gesundheitsminister Jens Spahn

„Spahn hat sich vom belächelten zum geachteten Politiker hochgearbeitet. Schon wird in der Union spekuliert, er könne bei einer möglichen Kabinettsumbildung im Sommer oder Herbst ein neues Ressort übernehmen, etwa das des glücklosen Wirtschaftsministers Altmaier. Auch als Chef der CDU/CSU-Fraktion wird er gehandelt. Zwei Posten, auf denen Spahn sein marktwirtschaftliches Profil wieder schärfen könnte – bei seiner großen Mission, Merkel nach 2021 im Kanzleramt zu beerben.“

FOCUS, 25.5.2019

Europawahl

Stimmverteilung; Endergebnis für Deutschland; Wahlbeteiligung: 61,4 Prozent



Quelle: Europäisches Parlament



DIGITALE VERSORGUNG GESETZ

Die App vom Arzt wird Wirklichkeit

DIGITALE
GESUNDHEITS-
ANWENDUNGEN

2016 hat er über sie ein Buch geschrieben – jetzt soll sie kommen: die App vom Arzt. Dazu stellte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) Mitte Mai 2019 den Entwurf eines Digitale Versorgung Gesetzes (DVG) vor. Daneben wird die Telematikinfrastuktur (TI) ausgebaut. Der Minister nutzt den Aufschlag auch dafür, den Innovationsfonds um fünf Jahre zu verlängern und erfüllt damit eine Auflage aus dem Koalitionsvertrag.

/Text/ Björn-Ingemar Janssen und Ulrich Mohr

Das Kernelement des DVG ist ein Verfahren zur Aufnahme digitaler Gesundheitsanwendungen – Apps – in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Hier soll das Bundesinstitut für

Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ein Verzeichnis verordnungsfähiger Anwendungen führen, ihre Effekte auf die Versorgung bewerten und Angebote in der Regelversorgung erproben lassen. Es liegt im Interesse der Ersatzkassen, dass Anwendungen mit nachgewiesenen positiven Effekten für die Versorgung genauso im GKV-Leistungskatalog abgebildet werden wie „analoge“ Behandlungen und Diagnoseverfahren. Tatsächlich gibt es schon heute eine Reihe von digitalen Angeboten im Bereich der Prävention. Bei Therapieoptionen via App sind die bisherigen Verfahren zur Nutzenbewertung und Erprobung jedoch zu schwerfällig. Außerdem sind bereits funktionierende Zugangswege in den ersten Gesundheitsmarkt für Unternehmen aus dem Start-up-Bereich bisher wenig transparent.

Die Ersatzkassen sprechen sich daher dafür aus, eine Beratungsstelle beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einzurichten, die auch eine Zuordnung in den „passenden“ Zugangsweg, also Prävention oder Disease-Management-Programm vornimmt.

Gleichzeitig würde sie – anstelle des BfArM – entscheiden, ob eine digitale Therapie-App in der Regelversorgung erprobt werden sollte. Die Evaluation aller Erprobungsverfahren für digitale Anwendungen würde dabei von einer wissenschaftlichen Institution nach einheitlichen, vergleichbaren Standards durchgeführt. Damit läge die Entscheidung über die Aufnahme aller Behandlungs- und Untersuchungsmethoden in einer bewährten Hand – egal, ob analog oder digital. Durch klare gesetzliche Fristen und Vereinfachungen des Erprobungsverfahrens ist dieser Vorschlag der Ersatzkassen im gleichen zeitlichen Rahmen umsetzbar wie die vorgesehenen Regelungen des Referentenentwurfs. Aufgabe des BfArM wäre es weiterhin, die Grundanforderungen im Hinblick auf Sicherheit und Datenschutz zu prüfen und damit Mindeststandards zu setzen.

Positiv ist, dass mit dem DVG die Krankenkassen den Digitalisierungsprozess aktiv mitgestalten und ihren Versicherten eine individualisierte Beratung und auf sie zugeschnittene – auch digitale – Versorgung anbieten können. Natürlich nur soweit, wie der Versicherte dies wünscht.

Und das DVG hält noch weit mehr bereit. Nachdem der Bundesgesundheitsminister mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz sein Haus zum Mehrheitsgesellschafter in der



Björn-Ingemar Janssen
Abteilung Ambulante
Versorgung und Beauftragter
für Digitale Versorgung
beim vdek



Ulrich Mohr
Abteilung Politik/Selbst-
verwaltung beim vdek



Vertragsärzte, Krankenhäuser etc. Die verpflichtenden Inhalte werden zudem erweitert. Bis zum 31. März 2021 sollen auch die Daten des Impfausweises, des Zahn-Bonushefts und der U-Untersuchungen gespeichert werden können. Nach Ansicht des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) sollte der

Gesetzgeber noch einen Schritt weiter gehen und die gematik konkret beauftragen, die technischen Voraussetzungen zu schaffen, damit die ärztlichen Befunde, Diagnosen, Behandlungsberichte, Labordaten etc. in der ePA abgelegt werden können. Nur so kann dem Anspruch der Versicherten entsprochen und die ePA zu einem attraktiven Instrument werden. Das ist zwingend notwendig, denn die ePA ist für den Versicherten freiwillig.

Neben den Regelungen zur Digitalisierung stellt die Fortschreibung des Innovationsfonds den zweiten großen Schwerpunkt im DVG-Entwurf dar. Dieser soll bis zum Jahr 2024 verlängert werden; allerdings bei geänderten Rahmenbedingungen. Neu ist, dass auch die Erstellung von medizinischen Leitlinien mit mindestens fünf Millionen Euro pro Jahr gefördert werden soll. Diese Form der Wissenschaftsförderung lehnt der vdek ab.

Die Förderung selbst soll zukünftig in einem zweistufigen Verfahren erfolgen, bei dem zunächst die Projektideen gefördert werden. Nach sechs Monaten erfolgen eine Neubewertung und die Entscheidung über die finale Förderung. Damit sollen die Chancen, Projekte in die Regelversorgung zu überführen, stringenter genutzt werden. Hinter diesem Ziel steht auch der vdek. In der Umsetzung ist darauf zu achten, dass die wettbewerblichen Spielräume, die gebraucht werden, um gute Ideen zu entwickeln, nicht eingeengt werden. Mit den kleinteiligen Änderungen am Verfahren und zum Ablauf der Förderung, die der Referentenentwurf enthält, würde aber der bisherige offene Ideenwettbewerb beschränkt. Das wäre schade, denn dieser hat bis heute zu einer stattlichen Zahl von rund 120 Projekten zu neuen Versorgungsformen geführt. ■



nur einen Steinwurf entfernten Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) gemacht hat, legt er nun nach. Mit dem DVG wird der Kreis der an die TI angebundenen Leistungserbringer deutlich vergrößert; zum Teil zunächst auf freiwilliger Basis. Zeitgleich erhöht Spahn den Druck: Die bereits im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz verankerte Honorarkürzung für Ärzte wird im Frühjahr 2020 auf 2,5 Prozent erhöht. Dann sollen auch die Apotheker angeschlossen sein, damit der Medikationsplan elektronisch aktualisiert werden kann. Krankenhäusern droht ein Abschlag von einem Prozent ab Januar 2022. Es ist gut, dass hier Druck gemacht wird. Nur so kann der Mehrwert, den die TI bieten soll, in absehbarer Zeit auch realisiert werden.

Zentrale Bausteine der TI sind die elektronischen Verordnungen und die elektronische Patientenakte (ePA). Mit dem DVG sollen elektronische Verordnungen ergänzend für den Heil- und Hilfsmittelbereich eingeführt werden. Ein ambitioniertes Projekt, in das aber nicht nur die Physiotherapeuten – wie aktuell geplant – einbezogen werden sollten, sondern auch die Podologen, Logopäden und Ergotherapeuten. Bei der ePA haben die Versicherten einen umfassenden Anspruch auf Speicherung ihrer Behandlungsdaten durch

In der Umsetzung ist darauf zu achten, dass die wettbewerblichen Spielräume nicht eingeengt werden.

MDK-REFORMGESETZ

Neuorganisation oder Erosion der Selbstverwaltung

Das Wort Erosion hat seinen Ursprung im lateinischen erosio, was so viel bedeutet wie „das Zerfressenwerden“. Mit Blick auf den am 2. Mai 2019 vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) veröffentlichten Referentenentwurf für ein „Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz“ kommt durchaus das Bild des Zerfressenwerdens der sozialen Selbstverwaltung in den Sinn. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn formuliert das so: Zur Stärkung der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste werden die organisatorischen Strukturen verändert.

/ Text / Christian Breidenbach

Der Referentenentwurf sieht vor, dass aus den heutigen Medizinischen Diensten der Krankenkassen (MDK) Medizinische Dienste (MD) werden. Fortan sind sie bundesweit einheitlich Körperschaften des öffentlichen Rechts und nicht länger Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen. Der bisherige Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) soll herausgelöst und als Dachorganisation der MD neu gegründet werden.

Zusätzlich soll die Besetzung der Verwaltungsräte als maßgebliche Entscheidungsgremien der MD völlig neu geregelt werden. Heute werden die Verwaltungsräte durch die Krankenkassen besetzt. Künftig ist vorgesehen, dass neben sechs Vertreterinnen und Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auch sechs Vertreter der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und der

Verbraucher sowie zwei Vertreter der Ärzteschaft und zwei Vertreter der Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten sind. Gewählte Mitglieder eines Verwaltungsrats einer Krankenkasse oder deren Verbände sowie hauptamtlich bei einer Krankenkasse oder deren Verbänden Beschäftigte sollen nicht mehr in den Verwaltungsrat eines MD gewählt werden. Für diese gilt eine zwölfmonatige Karenzzeit.

Betrachtet man die Neuorganisation der MD in einer Gesamtschau mit den geplanten Regelungen des Faire-Kassenwahl-Gesetzes (GKV-FKG) zur Besetzung des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbands, so wird das Bild des Zerfressenwerdens erneut überdeutlich. Bei den MD sollen zukünftig Vertreter der Leistungserbringer – Pflegeberufe und Ärzte – mit Sitz und Stimme in den Verwaltungsräten über jene Prüfrichtlinien entscheiden, die auf sie selbst Anwendung finden. Da stellt sich die Frage, wer überwacht die Bewacher? Die



Christian Breidenbach
Abteilung Politik/Selbstverwaltung beim vdek

geplante Neubesetzung steht dem gesetzlichen Ziel des MD als fachlich unabhängige Beratungs- und Begutachtungsinstitution zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung entgegen.

Finanzierung liegt weiterhin bei den Kassen

Trotz der massiven Umbaupläne soll sich an der Finanzierung der MD nichts ändern. Weiterhin sollen allein die Kranken- und Pflegekassen die MD über Umlagen finanzieren. Trotz einer vorgesehenen Sperrminorität bei Haushaltsfragen besitzen die Vertreter der Krankenkassen bei den Entscheidungen zur Mittelverwendung etc. keine eigene Stimmenmehrheit. Entscheidungen zugunsten Dritter dürfen nicht ermöglicht werden.

Aus Sicht der Ersatzkassen setzt das BMG mit der MDK-Reform den Kurs der Zerschlagung der sozialen Selbstverwaltung weiter fort. Die geplanten Neuregelungen sollen dabei eine stärkere Unabhängigkeit im Geschäft der MD suggerieren. Die demokratisch gewählten Vertreterinnen und Vertreter der sozialen Selbstverwaltung werden künftig aber keine entscheidungsbildenden Mehrheiten in den Verwaltungsräten der MD mehr besitzen, obwohl die Krankenkassen weiterhin durch Umlage die MD vollständig finanzieren sollen.

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) lehnt die gravierende Neuorganisation der MDK-Gemeinschaft und die damit verbundenen tiefen Eingriffe in die soziale Selbstverwaltung strikt ab. In der Vergangenheit hat sich die Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten durch die in der Sozialwahl legitimierten Mitglieder der sozialen Selbstverwaltung bewährt.

Zweiter Regelungsschwerpunkt neben der MDK-Reform ist die Neuordnung der Krankenhausabrechnungsprüfung (s. Seite 12). Die neuen MD sollen wie zuvor die MDK die Abrechnungen der Krankenhäuser für die Krankenkassen prüfen. Es ist zu befürchten, dass durch die MDK-Reform das Prüfgeschäft künftig durch Leistungserbringer wesentlich mitgesteuert wird. Wichtige Wirtschaftlichkeitskriterien drohen damit in den Hintergrund zu rücken.

MDS

Verwaltungsrat lehnt MDK-Reformgesetz strikt ab

Der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) lehnt die vorgesehene tiefgreifende Veränderung in der Organisation der Medizinischen Dienste (MDK) ab. „Das MDK-Reformgesetz ist unnötig, untauglich und gefährlich“, so MDS-Verwaltungsratsvorsitzender Dr. Volker Hansen. „Wer weiterhin eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung der über 70 Millionen gesetzlich Versicherten will, der darf weder die soziale Selbstverwaltung in den Entscheidungsgremien der Medizinischen Dienste (MD) de facto abschaffen noch den MDS vom GKV-Spitzenverband abtrennen.“

Dass die Stimmenanteile im Verwaltungsrat grundlegend verändert und zudem Vertreter aus den Selbstverwaltungsorganen der Kranken- und Pflegekassen sowie ihrer Verbände aus den Verwaltungsräten der MD ausgeschlossen werden sollen, stößt auf große Kritik. „Das bedeutet de facto die Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung auf der Ebene der Medizinischen Dienste und damit den Ausschluss der Sozialpartner aus der Gestaltung“, sagt Dieter F. Märtens, stellvertretender MDS-Verwaltungsratsvorsitzender. „Die vorgesehene Unvereinbarkeit eines Selbstverwaltungsamtes bei den Medizinischen Diensten mit einem Selbstverwaltungsamt im System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung führt dazu, dass der Sachverstand dieser Selbstverwaltungsgruppe nicht mehr im Medizinischen Dienst genutzt werden kann.“

Der MDS-Verwaltungsrat kritisiert auch die vorgesehene Abkoppelung des MDS vom GKV-Spitzenverband. Es sei zwingend erforderlich, die Tätigkeit von MDS, MDK-Gemeinschaft und GKV-Spitzenverband miteinander zu verbinden. Der Verwaltungsrat des MDS müsse weiterhin mit Selbstverwaltungsvertretern aus dem GKV-Spitzenverband besetzt werden. Dass stattdessen Patienten- und Betroffenenvertreter sowie Berufsgruppen aus Gesundheitswesen und Pflege den Platz einnehmen, berge die Gefahr, dass Interessen von Leistungserbringern bzw. Partikularinteressen Einfluss in den Entscheidungsgremien der Medizinischen Dienste finden, erläutert Hansen. Die Einbindung von Patientenvertretern erfolge schon heute in den Beiräten zu Fragen der Pflegeversicherung. Die Beiräte seien der richtige Ort für die beabsichtigte Ausdehnung auf Fragen der Krankenversicherung. Eine Beteiligung von Leistungserbringern lehnt der MDS-Verwaltungsrat ab. Darüber hinaus weist der MDS-Verwaltungsrat darauf hin, dass die fachliche Unabhängigkeit der MDK schon heute im Gesetz festgeschrieben und gelebte Praxis ist. Die Verwaltungsräte nehmen keinerlei Einfluss auf die medizinischen und pflegerischen Bewertungen der Gutachterinnen und Gutachter der MDK. Die Verwaltungsräte regeln ausschließlich den organisatorischen Rahmen für die Aufgabenerfüllung und legen das Haushaltsvolumen fest. *pm*

Der Entwurf enthält darüber hinaus noch Regelungen zur Definition des Katalogs für ambulante Operationen und stationäresetzelnde Eingriffe sowie neue Regelungen zu bundesweiten Statistiken, die mehr Transparenz über das Abrechnungs- und Prüfgeschehen herstellen sollen. ■



KRANKENHAUSABRECHNUNGSPRÜFUNG

Licht und Schatten

Angenommen es gibt ein Gesetz, welches vorschreibt, dass man nur nach jedem zehnten Einkauf den Kassenzettel an der Ladentheke oder die Rechnung in der Autowerkstatt kontrollieren darf. Wie würde die Bevölkerung darauf reagieren? Mit Empörung. Und doch: Im Zuge des MDK-Reformgesetzes dürfen die Krankenkassen künftig nur noch jede zehnte Krankenhausrechnung prüfen. Den Krankenhausträgern winkt ein Milliardengeschäft auf Kosten der Beitragszahler.

/ Text / Stefan Wöhrmann

Das Thema der Krankenhausabrechnungsprüfungen und der damit einhergehenden Prüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) ist seit Jahren emotional besetzt.

Die Krankenhäuser weisen jeglichen Vorwurf der Falschabrechnung von sich und der Bundesrechnungshof attestiert gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) eine erhöhte Prüfungsnotwendigkeit durch die Krankenkassen. Gleichzeitig beklagen sich die Sozialgerichte über eine zu hohe diesbezügliche Inanspruchnahme durch Krankenhäuser und Krankenkassen. Die Klagewelle im November letzten Jahres im Zusammenhang mit der Umsetzung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu den Strukturanforderungen sogenannter Prozedurenkomplexkodes bei der Behandlung von Schlaganfall- und

Geriatriepatienten hat das Fass zum Überlaufen gebracht. Der Gesetzgeber versucht nun, den Bereich neu zu adjustieren und legte entsprechend einen Referentenentwurf eines MDK-Reformgesetzes vor.

Demzufolge soll die Krankenhausabrechnungsprüfung künftig effizienter werden. Der Ressourceneinsatz aufseiten der Leistungserbringer und Krankenkassen sowie des MDK soll kleiner, das Prüfaufkommen begrenzt werden. Dabei ist zu beachten, dass zuerst eine Rechnung gestellt wird und danach die Prüfung erfolgt. Daher ist es hinsichtlich der Regelungen von Bedeutung, beim Ursprung, also bei der Rechnungslegung zu beginnen; das heißt, es müssen Anreize für Krankenhäuser gesetzt werden, die Rechnungsqualität zu erhöhen.

Die Bagatellisierung von Falschabrechnungen darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass mit der Einführung eines Festpreissystems in Verbindung mit den DRG-Fallpauschalen die Kommerzialisierung der Krankenhauslandschaft unaufhaltsam stattgefunden hat. Der Vorwurf an die Krankenkassen, sie würden das Instrument der Krankenhausabrechnungsprüfung ausschließlich aus Wettbewerbsgründen nutzen, dient der Durchsetzung ökonomischer Interessen durch die Leistungserbringer. Ein Indiz dafür sind der Anstieg der Krankenhausfälle und der Anstieg der Leistungsintensität, die weder mit demografischen noch mit medizinischen Faktoren zu erklären sind.

Die Vorgabe einer limitierenden Prüfquote ist ein harter Eingriff des Gesetzgebers in die Aufgabenwahrnehmung gesetzlicher Krankenkassen. Die heutige Prüfquote liegt bei etwa 17 Prozent. Die Erfolgsquote bei den geprüften Krankenhausfällen liegt bei der Hälfte der geprüften Fälle. Eine wie im Gesetz vorgesehene Reduktion der realisierten Prüfquote auf eine Höchstgrenze von zehn Prozent im Jahr 2020 würde bedeuten, dass sich die Zahl der Prüfungen der MDK um mehr als 40 Prozent reduzieren müsste. Da die Wirkungsweise der im Gesetz vorgesehenen gegensteuernden Regelungen ungewiss ist bzw. erst in den Folgejahren greifen kann, ist mit beitragsrelevanten Mehrausgaben der Krankenkassen in Höhe von etwa einer Milliarde Euro zu rechnen. Insofern wird es in Zukunft darauf ankommen, dass jene andere



Stefan Wöhrmann
Abteilungsleiter
Stationäre Versorgung
beim vdek

Foto: vdek/Georg J. Logata

Regelungen der Reform auch tatsächlich greifen. Dabei kommt es im Wesentlichen auf drei Bereiche an.

1. Scoringsystem

Künftig soll bei Krankenhausabrechnungen ein Scoringssystem etabliert werden. Dieses unterteilt die Krankenhäuser nach der Qualität der Rechnungslegung in drei Kategorien. Ab dem Jahr 2021 wird die Prüfquote aus dem Jahr 2020 in Höhe von zehn Prozent gestaffelt in Quoten mit fünf, zehn und 15 Prozent. Krankenhäuser, die anteilig mehr korrekte Rechnungen stellen, werden belohnt und haben eine geringere Quote; bei Krankenhäusern mit schlechterer Qualität der Rechnungslegung entsprechend umgekehrt. Darüber hinaus sollen erstmals auch Sanktionen bei Falschabrechnungen greifen. Die Krankenhäuser der mittleren und schlechten Kategorie müssen im Falle einer Falschabrechnung zusätzlich 25 bzw. 50 Prozent der Differenz der Falschabrechnung zum korrekten Abrechnungsbetrag bezahlen. Bislang war die einzige Konsequenz für ein Krankenhaus, dass es nur den Differenzbetrag nachzahlen musste. Dies war kein Anreiz zur korrekten Rechnungslegung, sondern ein Fehlanreiz zur systematischen Erlösoptimierung.

2. Strukturprüfungen

Krankenhäuser erhalten differenzierte Leistungsentgelte, die insbesondere auf bestimmte Diagnosen und Prozeduren zurückgehen. Für bestimmte Leistungen gibt es bei Komplexkodes Struktur Anforderungen. Die Erfüllung der Struktur Anforderungen konnten die Krankenkassen nur im Rahmen der Einzelfallprüfung der Krankenhausabrechnung kontrollieren. Strukturprüfungen im Rahmen der jährlichen Vergütungsverhandlungen hatten keine verbindliche Rechtsgrundlage. Dies soll sich nun ändern. Die Erfüllung struktureller Anforderungen von Komplexkodes ist im Rahmen einmaliger Strukturprüfungen für einen prospektiven Zeitraum festzustellen. Werden die Voraussetzungen nicht erfüllt, dürfen diese Leistungen weder vereinbart noch abgerechnet werden. Wenngleich der Aufwand einer Strukturprüfung höher ist als bei einer Einzelfallprüfung, handelt es sich um eine jährliche,

aber einmalige Prüfung. Dies wird in diesem Bereich das Prüfaufkommen drastisch reduzieren. Hier hat der Gesetzgeber klug gehandelt.

3. Katalog ambulanter Leistungen

Von den derzeitigen Krankenhausabrechnungsprüfungen durch den MDK geht ein großer Teil auf die Prüfung der primären Fehlbelegung zurück. Das bedeutet, es soll geprüft werden, ob der Patient tatsächlich stationär und nicht ambulant hätte behandelt werden müssen. Dieses Prüfpotenzial soll dadurch reduziert werden, dass es künftig einen erweiterten Katalog für ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe gibt, der um stationersetzende Behandlungen ergänzt wird. Da sich die Selbstverwaltungspartner – Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung und die gesetzliche Krankenversicherung – schwertaten, konkrete Leistungsdefinitionen und -abgrenzungen zu vereinbaren, soll der neue Katalog auf der Grundlage eines zu vergebenden Gutachtens erfolgen. Diese Leistungen gelten für Krankenhäuser und Vertragsärzte gleichermaßen. Ebenso sind auch in Zukunft einheitliche Vergütungen vorzusehen. Allerdings sind die Leistungen nach ihrer Schwere zu differenzieren. Dies ist der Weg in die richtige Richtung. Die Regelung ist ein Vorläufer der beabsichtigten Neuregelung der sektorenübergreifenden Versorgung, zu der das BMG eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe etabliert hat, die ihre Arbeit bereits aufgenommen hat. Auch dieser Weg des Gesetzgebers ist richtig.

Ob er jedoch von den Leistungserbringern gegangen wird, bleibt abzuwarten. Ein Krankenhaus hat künftig die Wahl zwischen einer Abrechnung nach dem Fallpauschalenkatalog und dem Katalog für diese ambulanten Leistungen. Der einzige Anreiz, den Katalog für ambulante Leistungen zu wählen, ist der, dass Prüfungen des MDK hier nicht stattfinden dürfen. Ob dies bei vorgegebenen Prüfquoten für die Krankenkassen ausreicht, bleibt abzuwarten.

Insgesamt hat die beabsichtigte Reform der Krankenhausabrechnungsprüfung positive und negative Seiten. Ob sie letztendlich angenommen wird und greift, hängt davon ab, ob Vernunft oder finanzielle Interessen obsiegen. ■

Die Leistungen sind nach ihrer Schwere zu differenzieren – dies ist der Weg in die richtige Richtung.



ÜBERSICHT

Aktuelle Gesetzesvorhaben

Digitale Versorgung Gesetz (DVG)

- Digitale Gesundheitsanwendungen (Gesundheits-Apps) sollen zeitnah in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgenommen werden können. Die Entscheidung soll nach Prüfung von Grundanforderungen durch das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erfolgen.
- Der Kreis der an die Telematikinfrastruktur (TI) angebundenen Leistungserbringer wird erweitert. Krankenhäuser sind bis zum 1. März 2021 anzuschließen, für Hebammen und Physiotherapeuten ist der Anschluss freiwillig. Die Einbindung von Pflegeeinrichtungen wird über Modellversuche erprobt.
- Die Sanktionen für Ärzte, die ihrer Verpflichtung zur Aktualisierung der Versichertendaten (Stammdatenmanagement) nicht nachkommen, werden verschärft.
- Die verpflichtenden Inhalte der elektronischen Patientenakte (ePA) werden erweitert. Zudem werden die Voraussetzungen geschaffen, dass auch das Zahn-Bonusheft, der Impfausweis, die U-Untersuchungen und der Medikationsplan gespeichert werden können.
- Nach dem eRezept für Arzneimittel sollen auch elektronische Verordnungen für den Heil- und Hilfsmittelbereich eingeführt werden.
- Der Innovationsfonds wird um fünf Jahre verlängert und die Verfahrensprozesse werden weiterentwickelt.

Inkrafttreten: nach Verkündung

> Seite 8

MDK-Reformgesetz

- Aus den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) werden Medizinische Dienste (MD). Diese sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und keine Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mehr.
- Die Verwaltungsräte der MD werden zukünftig aus sechs Kassenvertretern, sechs Patientenvertretern, vier Vertretern der Landesärztekammer und vier Vertretern der Pflegeberufe bestehen. Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates bzw. der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder eines Kassenverbandes sind oder dies bis zu zwölf Monaten im Voraus waren, können nicht benannt werden. Gleiches gilt für hauptamtlich Beschäftigte.
- Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) wird aus dem GKV-Spitzenverband herausgelöst und zum MD Bund als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts. Er bekommt die Richtlinienkompetenzen für die Aufgabenwahrnehmung durch die MD, die ihn finanzieren. Dem GKV-Spitzenverband bleibt nur noch das Recht zur Stellungnahme. Der Umbau zum MD Bund muss nach 1,5 Jahren abgeschlossen sein.

Inkrafttreten: 1. Januar 2020

> Seite 10

Faire-Kassenwahl-Gesetz (GKV-FKG)

- Neuordnung des Verwaltungsrats beim GKV-Spitzenverband durch 40 hauptamtliche Vorstände der Kassen.
- Beschränkung der Amtszeit der Vorstände des GKV-Spitzenverbandes auf zwei Wahlperioden.
- Öffnung aller Krankenkassen mit Ausnahme der geschlossenen Betriebskrankenkassen und dadurch bundes einheitliche Rechtsaufsicht durch das Bundesversicherungsamt (BVA).
- Neugestaltung des Haftungssystems der Krankenkassen.
- Einführung einer Regionalkomponente in den Risikostrukturausgleich (RSA).
- Einführung eines Risikopools.
- Einführung eines Krankheitsvollmodells.
- Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz des RSA.
- Streichung der Erwerbsminderungsgruppen.
- Streichung der DMP-Programmkostenpauschale.
- Einführung von Altersinteraktionstermen.
- Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im RSA.

Inkrafttreten: 1. Januar 2020

> Seite 31

Implantateregister- Errichtungsgesetz (EIRD)

- Es wird ein verpflichtendes Implantateregister eingeführt. Die verantwortlichen Gesundheitseinrichtungen müssen Daten über Implantationen und Explantationen aller betroffenen Patienten dorthin melden.
- Die Hersteller werden verpflichtet, ihre Produkte in der Produktdatenbank des Registers zu registrieren.
- Den gesetzlichen Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungsunternehmen kommt ergänzend die Pflicht zu, in regelmäßigen Abständen den Vitalstatus, das Sterbedatum und einen Krankenkassen- bzw. Versicherungswechsel der betroffenen Patienten zu melden.
- Patienten können auf Antrag beim Implantateregister Auskunft über die über ihre Person gespeicherten Daten erhalten.
- Fachfremd sind Änderungen im Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Nutzenbewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung und in der Krankenhausversorgung vorgesehen: Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) kann zukünftig wesentliche Vorgaben für das Verfahren des G-BA in einer Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates regeln.
- Methodenbewertungsverfahren für den vertragsärztlichen Bereich durch den G-BA sollen zukünftig innerhalb von zwei anstelle von drei Jahren abgeschlossen werden.

*Inkrafttreten: nach Verkündung.
Der Wirkbetrieb des Registers soll spätestens am 1. Juni 2021 aufgenommen werden.*

OTA/ATA-Gesetz

- Mit der Vorlage des Gesetzentwurfs über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten (ATA) und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten (OTA) will das BMG diese Gesundheitsberufe bundeseinheitlich regeln. Damit kommt das BMG einer langjährigen Forderung der Bundesländer nach.
- Dem Entwurf nach soll die Ausbildung drei Jahre dauern. Als Abschluss ist für die Auszubildenden eine staatliche Prüfung vorgesehen. Um eine Ausbildung zu beginnen, ist ein mittlerer Schulabschluss oder eine mindestens zweijährige, abgeschlossene Berufsausbildung nach einem Hauptschulabschluss nötig.
- Beide Berufe werden in die Liste der staatlich anerkannten Berufe zur Ausbildung im Krankenhaus aufgenommen.
- Die Finanzierung soll durch Zuschläge nach §17a Krankenhausfinanzierungsgesetz erfolgen.

Inkrafttreten: 1. Januar 2021

Masernschutzgesetz

- Um Schul- und Kindergartenkinder wirksam gegen Masern zu schützen, soll eine Impfpflicht speziell für Masern eingeführt werden.
- Kinder und Jugendliche, die in einer Gemeinschaftseinrichtung betreut werden (hierzu zählen unter anderem Kindergärten und -krippen, Schulen, Ferienheime), müssen einen ausreichenden Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern nachweisen. Das Gleiche gilt für Betreuer und Lehrer, die eine Tätigkeit ausüben, bei der sie engen Kontakt zu Betreuten haben, und für Personal in bestimmten medizinischen Einrichtungen.
- Personen, die bereits jetzt in den betroffenen Einrichtungen arbeiten bzw. dort aufgenommen sind, haben bis zum 31. Juli 2020 Zeit, den entsprechenden Nachweis zu erbringen.
- Ein Verstoß gegen die neue Impfpflicht kann mit einem Bußgeld von bis zu 2.500 Euro belegt werden.
- Es wird ein digitaler Impfausweis eingeführt.

Inkrafttreten: 1. März 2020



Hebammenausbildung

- Mit der Reform der Hebammenausbildung setzt das BMG eine EU-Richtlinie vom 7. September 2005 um.
- Der Entwurf sieht die vollständige Akademisierung der Hebammenausbildung vor. Es werden Regelstudiengänge eingerichtet, die mindestens sechs und maximal acht Semester dauern.
- Nach erfolgreichem Abschluss tragen die Absolventen die Bezeichnung Hebamme. Diese Bezeichnung gilt zukünftig auch für männliche Absolvierende. Die Bezeichnung Entbindungshelfer wird abgeschafft.

Inkrafttreten: 1. Januar 2021

Psychotherapeutenausbildung

- Einführung eines neuen Hochschulstudiengangs Psychotherapie.
- Das Studium gliedert sich in ein dreijähriges Bachelor- und ein zweijähriges Masterstudium. Am Ende steht eine staatliche psychotherapeutische Prüfung, die nach Bestehen zur Approbation führt.
- Daran schließt sich eine Phase der Weiterbildung an, in der sich die Absolventen zum Fachpsychotherapeuten für Erwachsene oder auf Kinder und Jugendliche spezialisieren.
- Nach Abschluss der Weiterbildung haben die Absolventen die Berechtigung, sich ins Arztregister eintragen zu lassen und können sich um eine Zulassung für die Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung bewerben.

Geplantes Inkrafttreten: 1. September 2020

Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)

- Die Rückrufkompetenz der zuständigen Bundesbehörden – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und Paul-Ehrlich-Institut (PEI) – wird erhöht. Zusätzlich wird die Koordinierungsfunktion in Bezug auf die Landesbehörden gestärkt, um ein bundesweit einheitliches Vorgehen bei Rückrufen oder Arzneimittel-mängeln zu gewährleisten.
- Die Krankenkassen erhalten einen Ersatzanspruch bei Rückrufen bzw. Mängeln. Für die Versicherten entfällt eine erneute Zuzahlung.
- Zur Bekämpfung von Arzneimittelfälschungen werden die einschlägigen Vorschriften an die EU-Vorgaben angepasst.
- Die Herstellung verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch Angehörige nicht-ärztlicher Heilberufe (insbesondere Heilpraktiker) wird erlaubnispflichtig.
- Alle Arzneimittel zur Therapie von Gerinnungsstörungen unterliegen zukünftig grundsätzlich einem einheitlichen Vertriebsweg über die Apotheke.
- Um Wirtschaftlichkeitspotenziale zu erschließen, gibt es zukünftig eine gestaffelte Importquote in Abhängigkeit vom Abgabepreis.
- Der Orphan Drug-Status wird enger gefasst und verschärft.
- Die Selbstverwaltung soll sieben Monate nach Inkrafttreten die erforderlichen Regelungen für die Einführung von Verordnungen in elektronischer Form treffen. Das Fernverordnungsverbot wird aufgehoben.

Geplantes Inkrafttreten: 1. Juli 2019

Vor-Ort-Apotheken-Gesetz

- Verankerung der Preisbindung im SGBV. Bei Verstoß drohen Apotheken Strafzahlungen bis zu 50.000 Euro oder sie können bis zu zwei Jahren von der Versorgung ausgeschlossen werden.
- Versicherte haben zukünftig Anspruch auf zusätzlich honorierte pharmazeutische Leistungen. Diese Leistungen werden von dem Deutschen Apothekerverband (DAV), dem GKV-Spitzenverband im Benehmen mit der privaten Krankenversicherung (PKV) innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Verfügung gestellt.
- Apotheken sollen zur Grippeimpfung berechtigt werden. Dies soll in Modellprojekten über einen Zeitraum von fünf Jahren zunächst erprobt werden.
- Der Festzuschlag zur Förderung der Sicherstellung von Notdiensten von derzeit 16 Cent wird künftig 21 Cent betragen.
- Für chronisch Kranke können Ärzte Wiederholungsrezepte ausstellen.

Inkrafttreten: nach Verkündung

PTA-Reform

- Mit dem Gesetz sollen das Berufsbild und die Ausbildung der pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und pharmazeutisch-technischen Assistenten reformiert werden.
- Die Ausbildungsinhalte werden stärker darauf ausgerichtet sein, dass die PTA Kunden in der Apotheke über Arzneimittel und Medizinprodukte beraten können. Dadurch können sie auch mehr Verantwortung in der Apotheke übernehmen.
- Die Ausbildungsdauer und Struktur inklusive des halbjährigen Abschlusspraktikums in einer öffentlichen Apotheke bleiben unverändert bei 2,5 Jahren.

Inkrafttreten: 1. Januar 2021

EINWURF

Sozialwahlen modernisieren – Online-Wahlen auf den Weg bringen!

Die nächsten Sozialwahlen finden 2023 statt. Die Ersatzkassen fordern den Gesetzgeber auf, rasch gesetzliche Schritte einzuleiten, um Wahlen per Mausklick zu ermöglichen.

/ Text / Ulrike Elsner

Die Sozialwahlen sind nach der Bundestagswahl und der Europawahl die größten Wahlen in Deutschland. Bei den Ersatzkassen (TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk) und bei der Deutschen Rentenversicherung Bund finden Urwahlen statt, ein rundum demokratisches Prinzip. Rund 50 Millionen Sozialversicherte sind 2023 erneut aufgefordert, ihre Vertreterinnen und Vertreter in die Sozialparlamente von Gesundheit und Rente zu wählen. Diese sorgen dafür, dass die Interessen der Versicherten in der Kranken- und Rentenversicherung gehört werden. Bei den Ersatzkassen geht es dabei um zentrale gesundheits- und sozialpolitische Entscheidungen, angefangen bei der Festlegung des Beitragssatzes und kassenindividueller Satzungsleistungen bis hin zur Arbeit in Widerspruchsausschüssen. Die gewählten Vertreterinnen und Vertreter wirken zudem in politischen Gremien mit, zum Beispiel im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes, in der Mitgliederversammlung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) oder im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Alle wesentlichen politischen Entscheidungen sind also von der sozialen Selbstverwaltung geprägt.

Dabei gilt der Grundsatz: Je mehr Versicherte an den Sozialwahlen teilnehmen, desto größer ist auch die Legitimation und

politische Kraft der gewählten Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter. Deshalb ist es das Ziel, die Wahlbeteiligung (2017 lag sie bei rund 30 Prozent) weiter zu erhöhen und auch andere bzw. jüngere Wählergruppen zu erreichen.

Traditionell werden die Sozialwahlen per Briefwahl durchgeführt. Gerade für die Jüngeren, die mit Smartphone und Computer groß geworden sind, stellt dies eine Hürde dar, an der Wahl teilzunehmen. Deshalb setzen wir uns dafür ein, die Sozialwahlen neben der Briefwahl auch per Mausklick zu ermöglichen. Nicht zuletzt die Europawahl hat gezeigt, dass ein Modernisierungsschub der demokratischen Parteien, Institutionen und Prozesse angezeigt ist. Estland macht vor, wie es gehen kann: Hier wird bereits seit 2005 online gewählt – rechtskonform und mit hoher Akzeptanz in der Bevölkerung. Online-Wahlen für die Sozialwahlen könnten daher Test und Vorbild sein für die Einführung von E-Voting in Deutschland.

Allerdings drängt die Zeit. Die Politik ist jetzt gefordert, die notwendigen Gesetzesänderungen auf den Weg bringen, damit die technischen, (datenschutz)rechtlichen und weitere Vorbereitungen noch rechtzeitig erfolgen können. Wegducken gilt nicht mehr im Zeitalter der Digitalisierung! ■



Ulrike Elsner
Vorstandsvorsitzende
des vdek

*Ihre Meinung interessiert uns!
Schreiben Sie uns, was Sie
von Online-Wahlen halten.*

redaktion@vdek.com



AMNOG-REPORT 2019

100.000 Euro und mehr für neue Arzneimittel

Neu zugelassene Medikamente werden immer teurer, die Marke der 100.000 Euro pro Anwendung wird häufiger denn je überschritten. Das geht aus dem aktuellen AMNOG-Report der DAK-Gesundheit hervor. Demnach lagen die Jahrestherapiekosten im vergangenen Jahr bei jedem vierten neuen Arzneimittel im sechsstelligen Bereich. Der Anteil der Hochpreismedikamente hat sich somit in den vergangenen vier Jahren verdoppelt. Im Jahr 2017 gaben die gesetzlichen Krankenkassen insgesamt 41,5 Milliarden Euro für Arzneimittel aus – ein Plus von 3,5 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Die Frage nach der Belastbarkeit des Solidarsystems wird immer lauter.

/ Text / Florian Kastl



Florian Kastl
DAK-Gesundheit

Foto: DAK/Möger

Der Anstieg ist enorm: Kostete zwischen 2011 und 2014 im Durchschnitt pro Patient und Jahr nur jedes achte Arzneimittel über 100.000 Euro, so traf dies zwischen 2015 und 2018 bereits auf jedes vierte zu.

Der Trend zeigt also in eine deutliche Richtung. Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstandes der DAK-Gesundheit, sieht darin neue Herausforderungen für die Kassen und die Gesellschaft gleichermaßen: „Angesichts der vielen Hochpreismedikamente brauchen wir

neue Vertragsmodelle mit den Herstellern. Das Solidarsystem darf nicht überfordert werden, gleichzeitig müssen medizinische Innovationen beim Patienten ankommen.“ Problematisch vor diesem Hintergrund sei aber auch die oft noch ungenügende Datenlage bei der Zulassung der Medikamente, so Storm. „Wir brauchen wirksame Arzneimittel, die den Patienten einen echten Mehrwert bringen und gleichzeitig Risiken minimieren. Dafür müssen diese von Experten gut geprüft werden. Leider ist das bisher nicht immer der Fall: Einige Wirkstoffe werden auf den Markt gebracht, obwohl diese nur ungenügend untersucht wurden. Ein schneller Zugang zu Arzneimitteln bedeutet auch ein schneller Zugang zu Risiken und Nebenwirkungen. Hier muss ein Mittelweg gefunden werden.“ Der aktuelle Entwurf des Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) macht hierzu erste Vorschläge, welche im neuen AMNOG-Report diskutiert werden. Auch sei ein Urteil nach Überlebenschancen nicht immer zielführend. Gerade die Lebensqualität nach der Arzneimittelgabe müsse stärker berücksichtigt werden.

Die Lebensqualität als wichtiges Kriterium

Die Frage nach der Lebensqualität geht dabei über eine reine Lebensverlängerung hinaus. Sie widmet sich den konkreten Lebensumständen nach der Therapie und berücksichtigt, inwiefern der Patient anschließend einem selbstbestimmten Leben nachgehen kann. Laut AMNOG-Report ist die Entwicklung der Daten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Allgemeinen positiv: Während diese zur Einführung des AMNOG-Prozesses in vielen Dossiers der Pharmaunternehmen noch fehlten, beinhalteten im Jahr 2018 über drei Viertel (79 Prozent) solche Erhebungen. Insgesamt waren seit Einführung der Nutzenbewertung im Jahr 2011 in drei Vierteln (74 Prozent) der Verfahren Daten zur Lebensqualität verfügbar. Davon waren jedoch nur 65 Prozent auch verwertbar. Für eine umfassende und abschließende Bewertung ist dies noch zu wenig. Dabei kann eine Verbesserung oder der Erhalt der Lebensqualität gerade in der Anwendung besonders kostspieliger Arzneimittel entscheidend sein.

Nur durch Daten zur Lebensqualität kann ein vollständiges Bild des Nutzens und des Schadens von neuen Arzneimitteln dargestellt werden“, sagt Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Gesundheitsökonom an der Universität Bielefeld und Autor des AMNOG-Reports 2019. „Die Lebensqualität selbst wird immer öfter zum bedeutenden Therapieziel, nicht mehr nur das Überleben des Patienten an sich. Das ist eine begrüßenswerte Entwicklung. Dennoch lässt die Datenqualität oft noch zu wünschen übrig. Wir müssen gemeinsam daran arbeiten, bessere Daten zu erheben und gleichzeitig die verfügbaren Informationen besser nutzbar zu machen.“

Es zeigt sich als problematisch, dass vielfach eine fehlerhafte Datengrundlage eine umfassende Nutzenbewertung im AMNOG-Prozess unmöglich macht. In 40 Prozent aller im Rahmen der Nutzenbewertung bewerteten Teilpopulationen führten mangelnde Daten bislang dazu, dass der Gemeinsame Bundesausschuss keine Bewertung vornehmen konnte. In insgesamt 30 Prozent waren zwar Daten vorhanden, diese aber aus verschiedenen Gründen nicht geeignet. Dabei setzte sich 2018 der Trend der vergangenen Jahre fort.

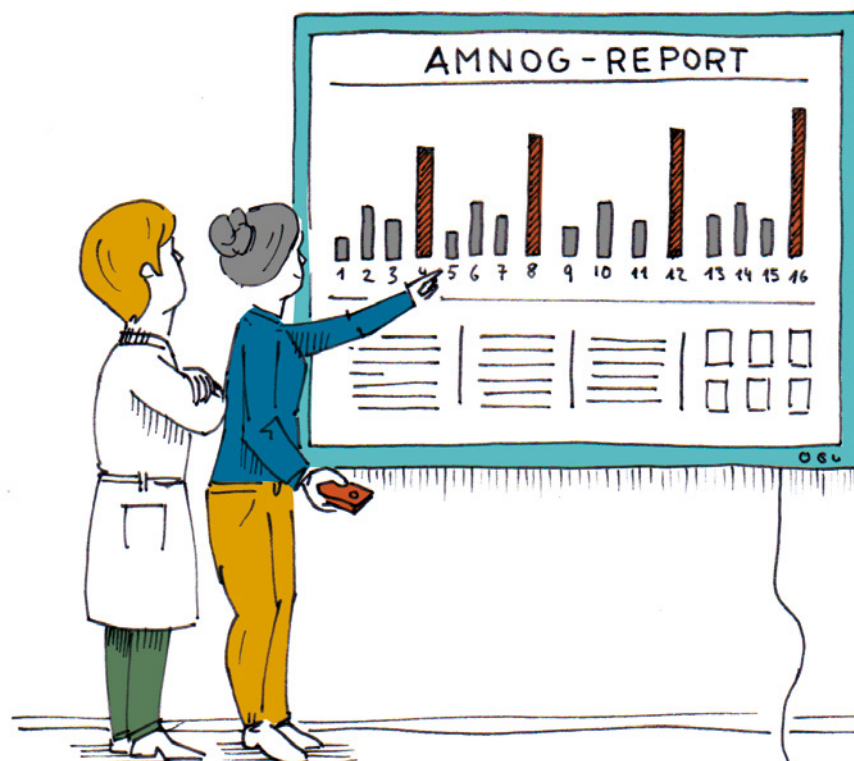
Weg von der reinen Preisfindung

Generell ist zu beobachten, dass im Hinblick auf die Daten zur Lebensqualität das AMNOG-Verfahren von einem reinen Instrument für die Preisfindung immer weiter abrückt. Es regelt vermehrt auch, auf welcher Basis die Versichertengemeinschaft bereit ist, Höchstpreise für Arzneimittel zu bezahlen. So genügen laut AMNOG-Report 2018 Lebensqualitätsdaten inzwischen genauso häufig für den Nachweis eines Zusatznutzens wie die Daten zum Gesamtüberleben. Aber auch negative Effekte auf die Lebensqualität einer neuen Therapie wurden zuletzt in der Bewertung des Zusatznutzens berücksichtigt. Dieser Zusatznutzen ist ein wesentliches

Kriterium für die Preisverhandlungen zwischen dem Hersteller und dem GKV-Spitzenverband. „Alles in allem zeigt unser Report, dass sich der AMNOG-Prozess etabliert hat und funktioniert“, sagt Storm. „Trotzdem hat er nach wie vor Schwächen. Vor allem im Bereich der therapeutischen Solisten werden nicht alle Instrumente des AMNOG auch genutzt. Der komparative Ansatz des AMNOG ist hier schlicht nicht wirksam. Abhilfe würde der Einsatz der Kosten-Nutzen-Bewertung schaffen. Dafür müssten die entsprechenden Regelungen angepasst werden.“

Die DAK-Gesundheit hat mit dem AMNOG-Report 2019 zum fünften Mal in Folge systematisch den Prozess der Nutzenbewertung untersucht. Dabei wird immer wieder auch besonderes Augenmerk auf die Preisentwicklung neu zugelassener Wirkstoffe gelegt. ■

Es zeigt sich als problematisch, dass vielfach eine fehlerhafte Datengrundlage eine umfassende Nutzenbewertung im AMNOG-Prozess unmöglich macht.





KKH

Augenmerk auf Online-Gaming

Exzessives Computer- oder Video-Gaming steht immer wieder in der Diskussion, nachdem die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Online-Spielsucht in den neuen Katalog der Krankheiten (ICD-11) aufgenommen hat. Kritiker fürchten nun, dass Menschen, die viel online spielen, fälschlicherweise als therapiebedürftig eingestuft werden könnten.

„Eine einheitliche Definition von Computerspiel- und Onlinesucht ist schwierig, allerdings gibt es klare Alarmzeichen für eine Abhängigkeit“, sagt Michael Falkenstein, Experte für Suchtfragen bei der KKH Kaufmännische Krankenkasse. Dazu gehöre etwa, die Kontrolle über Häufigkeit und Dauer des Spielens völlig zu verlieren, das Spielen vor andere Aktivitäten zu stellen und auch bei negativen Konsequenzen weiterzumachen. Falkenstein: „Süchtig nach Online-Gaming ist jemand, der seine Familie und Freunde, die Schule oder die Arbeit vernachlässigt, der sich wegen des ständigen Spielens schlecht ernährt, kaum noch schläft, Hobbys und sportliche Aktivitäten sausen lässt.“

Die häufigsten Gründe für exzessives Online-Spiel sind Stressbewältigung und Ablenkung. Besonders Menschen mit einem geringen Selbstwertgefühl nutzen die Games, um sich von Frust und Unsicherheit zu befreien. Sie genießen die virtuelle Unbeschwertheit, auch wenn das reale Leben derweil zusammenbricht. Um exzessiv spielenden Patienten zu helfen, sei es vor allem wichtig, die Ursachen für die Sucht zu ermitteln, erläutert Falkenstein. Das können etwa Depressionen oder soziale Angststörungen, aber auch eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sein. Solche Erkrankungen können eine Spielsucht auslösen, eine Spielsucht aber wiederum auch andere Erkrankungen wie Fettleibigkeit, verstärkten Alkohol- und Nikotinkonsum, Herz-Kreislauf-Beschwerden, Schlafstörungen, Rückenschmerzen und Augenprobleme. *pm*

www.kkh.de

BARMER

Risiken beim Badespaß



Foto: goomi - Adobe Stock

Angesichts tropischer Temperaturen in Deutschland suchen viele Menschen Abkühlung im Meer, in Badeseen und Flüssen. So erfrischend ein beherzter Sprung ins kühle Nass auch ist, rät die BARMER vor allem unerfahrenen Schwimmern, nicht leichtsinnig ins Wasser zu springen. Allein im Jahr 2018 sind nach Angaben der Deutschen Lebensrettungs-Gesellschaft (DLRG) über 500 Menschen in Deutschland ertrunken. Hinzu kommt die rückläufige Schwimmfähigkeit in Deutschland. Laut DLRG seien beispielsweise rund 60 Prozent der Zehnjährigen keine sicheren Schwimmer.

Gerade für Ungeübte und Senioren, denen die Kraft schnell ausgeht, Menschen mit Herzproblemen und unerfahrene Schwimmer ist der Badespaß nicht frei von Risiken. „Wer nicht richtig schwimmen kann, ohne Abkühlung ins Wasser springt oder die Tücken des Gewässers nicht kennt, geht unnötige Gefahren ein“, sagt Klaus Möhlendick, Sportwissenschaftler bei der BARMER.

Grundsätzlich solle man langsam ins Wasser gehen und nicht einfach springen. Denn sonst zögen sich die Blutgefäße zusammen und pumpen in kurzer Zeit zu viel Blut auf einmal zum Herz. Dies belastet die rechte Herzkammer übermäßig und könne zu Rhythmusstörungen führen. Außerdem werde ein Reflex ausgelöst, wenn kaltes Wasser auf das Gesicht treffe, wodurch Herzfrequenz und Blutdruck rasch abfielen. Zudem unterschätzten viele Schwimmer die Strömung oder plötzlich auftretende Kaltzonen. Dabei ermüde man rascher und benötige sehr viel Energie. *pm*

www.barmer.de

DAK-GESUNDHEIT

Online-Programm bei Alkoholproblemen

Die DAK-Gesundheit bietet ein neues digitales Hilfsangebot bei Alkoholproblemen. Versicherte der Krankenkassen können das kostenlose Online-Coaching Vorvida nutzen, um ihren Alkoholkonsum zu reduzieren. Das Selbsthilfeprogramm reduziert riskantes Trinkverhalten nach einer aktuellen Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) um bis zu 75 Prozent. Es richtet sich gerade an Menschen, die nicht süchtig sind, aber weniger und bewusster trinken möchten.

Vier Millionen Erwerbstätige in Deutschland haben einen riskanten Alkoholkonsum. „Die große Zahl der Menschen mit Alkoholproblemen ist alarmierend“, sagt Andreas Storm, Vorstandschef der DAK-Gesundheit. „Dennoch fehlen bislang flächendeckende und wirksame Versorgungs- und Behandlungsangebote. Unser Angebot Vorvida schließt diese Lücke und geht als Online-Selbsthilfeprogramm neue Wege in der Prävention.“ Das Coaching-Programm ermittelt die persönlichen Trinkgewohnheiten der Teilnehmer, zeigt mögliche Risiken und bietet den Betroffenen individuelle Hilfsangebote und Tipps.

Auf der Grundlage kognitiver Verhaltenstherapien sowie anderer bewährter psychologischer Methoden hilft Vorvida dabei, Auslöser für starken Alkoholkonsum aufzuspüren und besser mit ihnen umzugehen. Das Online-Programm motiviert mit individuell zugeschnittenen Tipps, den Konsum zu reduzieren, zu kontrollieren und gegebenenfalls aufzugeben. Die kurzen Übungen lassen sich unkompliziert in den Alltag einbauen.

Öfter auf Alkohol zu verzichten, wirkt sich schon nach kurzer Zeit positiv auf die Gesundheit aus. Die Schlafqualität verbessert sich, der Körper wird beweglicher und verliert an Gewicht, nachweisbare Schäden an der Leber bilden sich zurück. Auch das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sinkt. Kurzum: Der Verzicht bedeutet einen Gewinn an Gesundheit, Selbstständigkeit, Energie und Lebensfreude. *pm*

www.dak.de

TK

Die Haut vergisst nie

Mit rund 270.000 Neuerkrankungen pro Jahr ist Hautkrebs die häufigste Krebserkrankung in Deutschland. Bei jeder siebten Erkrankung handelt es sich dabei um das gefährliche maligne Melanom, den schwarzen Hautkrebs. In den Jahren 2009 bis 2015 nahmen der helle Hautkrebs um über 50 Prozent und der schwarze Hautkrebs um über 30 Prozent zu. Zu spät erkannt, verläuft der schwarze Hautkrebs häufig tödlich. Gleichzeitig sind die Deutschen Früherkennungsmuffel: Jährlich nutzt nur jeder fünfte gesetzlich Versicherte das kostenlose Hautkrebsscreening. Dies zeigt der Hauptkrebsreport 2019 der Techniker Krankenkasse (TK), des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) und der Universität Bremen.

UV-Strahlung gilt als der wichtigste Risikofaktor für Hautkrebs. Meist liegt die Ursache für die Erkrankung schon Jahrzehnte zurück. 20 bis 30 Jahre braucht Hautkrebs, um sich zu entwickeln. Besonders betroffen ist die Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen, das zeigen die Zahlen der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Von ihnen erkrankten durchschnittlich 843 von 100.000 Versicherten im Jahr an schwarzem Hautkrebs. Zum Vergleich: Bei den 20- bis 24-Jährigen sind es nur 41 von 100.000 Versicherten. Dabei zeigen sich auch Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Bis zu einem Alter von 60 Jahren erkranken mehr Frauen an einem malignen Melanom als Männer. Danach kehrt sich das Bild um. In der Altersgruppe der 45- bis 54-jährigen Frauen ist ein deutlicher Anstieg an Diagnosen mit schwarzem Hautkrebs zu erkennen.

Je früher Hautkrebs erkannt wird, umso sooner kann er behandelt werden. Im Zeitraum zwischen 2015 und 2017 nahm pro Jahr jedoch nur jeder fünfte gesetzlich Versicherte eine Früherkennung bei einem Hautarzt oder seinem Hausarzt in Anspruch. *pm*

www.tk.de

BARMER

Tipps gegen Prüfungsangst

Wenn eine Prüfung ansteht, bedeutet dies für die meisten Menschen Stress. Wer unter Prüfungsangst leidet, empfindet die Situation jedoch ungleich schlimmer. Mancher bekommt dann sogar Panikattacken. Dabei lässt sich die Furcht vor dem Versagen bekämpfen, wenn man einige Tipps beherzigt.

„Menschen mit Prüfungsangst sollten sich frühzeitig einen klaren Zeitplan mit kleinen und realistischen Schritten machen, die nach und nach abgearbeitet werden. Die Erfolgserlebnisse durch die erreichten Ziele motivieren, am nächsten Tag weiter zu lernen. So werden die Versagensängste kleiner“, sagt Andrea Jakob-Pannier, Psychologin bei der BARMER. Auch das Üben in Lerngruppen sei häufig eine Hilfe. Als Teil einer Gruppe könne man seinen Leistungsstand besser objektiv einschätzen und eventuell eine Prüfungssituation durch Abfragen simulieren.

Prüfungsangst könne schon Wochen im Vorfeld zu Durchfall, Erbrechen, Kopfschmerzen, Herzrasen, Konzentrationsstörungen, Schwindel und Schlafstörungen führen. Eine gute Vorbereitung auf die Prüfung sei dann kaum mehr möglich, so Jakob-Pannier. Häufig flüchteten sich die Betroffenen in andere Tätigkeiten, was die Angst noch weiter verstärkte. So entstehe ein Teufelskreislauf, der bis zu Panikattacken führen könne. Dann sei ein Besuch beim Arzt hilfreich, um die Symptome abzuklären und wenn notwendig, anerkannte Therapieverfahren wie die Verhaltenstherapie in Anspruch zu nehmen.

Mittel gegen Prüfungsangst seien auch das Erlernen einer Entspannungsmethode wie Yoga oder autogenes Training oder auch Online-Trainings wie „Achtsamkeit und Entspannung“. „Wer mit seiner Prüfungsangst nicht allein zurechtkommt, kann sich an psychologische oder allgemeine Sozialberatungsstellen wenden“, sagt Jakob-Pannier. *pm*

www.barmer.de

KKH

Immer mehr Knie- und Hüftoperationen

Immer häufiger werden in deutschen Kliniken Ersatzgelenke für geschädigte Hüften und Knie implantiert. Laut Daten der KKH Kaufmännische Krankenkasse ist die Zahl der Operationen, bei denen Patienten ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk eingesetzt wurde, zwischen 2008 und 2018 bundesweit um jeweils 31 Prozent gestiegen. Auch die Zahl der Folge-Operationen wegen eines Gelenkaustausches oder Komplikationen ist deutlich gestiegen: bei Knieprothesen um 30, bei Hüftprothesen um 27 Prozent.

Laut dem Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) gehören Erstimplantationen von jährlich rund 141.000 künstlichen Hüft- und 113.000 Kniegelenken (2017) zu den häufigsten Operationen. „Eine chirurgisch gut eingesetzte Endoprothese kann die Lebensqualität deutlich erhöhen“, sagt Thomas Schnell vom Serviceteam der KKH Kaufmännische Krankenkasse in Stuttgart. Erforderlich ist ein Ersatzgelenk, wenn das natürliche durch Verschleiß (Arthrose) abgenutzt oder auch durch einen Unfall zerstört ist und konservative Maßnahmen wie Physiotherapie ausgeschöpft sind.

Bei der deutlichen Zunahme an Knie- und Hüftprothesen-OPs stellt sich jedoch die Frage, ob die Eingriffe medizinisch immer notwendig sind oder ob hier auch wirtschaftliche Interessen der Krankenhäuser eine Rolle spielen. Allein unter den Versicherten im Alter zwischen 45 und 59 Jahren haben im vergangenen Jahr doppelt so viele Männer und 44 Prozent mehr Frauen ein künstliches Kniegelenk erhalten als noch 2008. Auch wenn sich die sogenannte Standzeit von Kunstgelenken erhöht hat, sie also länger halten: Je jünger ein Patient bei der ersten Knie- oder Hüftgelenk-OP ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Prothese ausgewechselt werden muss. Wechseloperationen sind meist aufwendiger als die Ersteingriffe und führen häufiger zu Komplikationen. *pm*

www.kkh.de



GENDERORIENTIERTE GESUNDHEITSVERSORGUNG

Gewinn für Frau und Mann

Noch immer wird im Gesundheitswesen eine bestimmte Herausforderung unterschätzt – nämlich die der geschlechtsspezifischen Versorgung. Es gibt Unterschiede bei Mann und Frau mit Blick auf sowohl die Häufigkeit von Krankheiten und Todesursachen als auch in der Art der Behandlung und medizinischen Forschung. So sterben zum Beispiel in den USA Frauen noch immer häufiger nach einem Herzinfarkt als Männer, der plötzliche Herztod durch einen Herzstillstand dagegen trifft häufiger die Männer. Andere Krankheiten kommen wiederum bei Frauen häufiger vor, beispielsweise Schilddrüsen- und andere Autoimmunerkrankungen.

/ Text / Gerd Glaeske

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich insbesondere bei Arzneimitteln. Bei einer Behandlung mit Arzneimitteln ist unter anderem die unterschiedliche Enzymausstattung bei Männern und Frauen zu berücksichtigen. Diese kann bei vielen Wirkstoffen zu ganz verschiedenen Abbau-geschwindigkeiten führen, wodurch sie bei gleicher Dosierung unterschiedlich lange im Körper bleiben. Dies ist zum Beispiel der Fall bei dem Betarezeptorenblocker Metoprolol, der zum einen bei Bluthochdruck, zum anderen aber insbesondere bei Frauen häufig zur Migräneprophylaxe angewendet wird, und der dann bei gleicher Dosierung bei Männern um 40 Prozent stärker wirkt, auch bezüglich der möglichen unerwünschten Wirkungen. Wirkungsunterschiede zeigen sich auch bei dem vielverordneten Schlafmittel Zolpidem. Frauen scheinen diesen Wirkstoff deutlich langsamer abzubauen als Männer. In einer von der amerikanischen Arzneimittelbehörde, der

Food and Drug Administration (FDA), durchgeführten Untersuchung mit 250 Männern und 250 Frauen hatten 15 Prozent der Probandinnen acht Stunden nach der Einnahme von zehn Milligramm – also der Dauer einer typischen Nachtruhe – einen Blutspiegel, bei dem das Reaktionsvermögen deutlich herabgesetzt ist ($> 50 \text{ ng/ml}$). Bei den Männern waren es nur drei Prozent. Aufgrund dieser Ergebnisse senkte die FDA die zugelassene Dosis für Frauen bei schnell freisetzen-den Zolpidem-Präparaten von zehn auf fünf Milligramm und von 12,5 auf 6,25 Milligramm bei retardierten Produkten. Für Männer wird diese Dosisreduktion lediglich empfohlen.

Solche Erkenntnisse sind oft Zufallsergebnisse aus der Forschung, da leider noch immer keine durchgängig gleiche Beteiligung von Frauen und Männern in Arzneimittelstudien und eine geschlechtsspezifische Auswertung der Ergebnisse erreicht wurden. An den klinischen Studien mit Erkrankten nehmen aktuell rund 30 bis 80 Prozent Frauen teil (70 bis 20 Prozent Männer), wenn die Krankheit bei beiden Geschlechtern vorkommt. Diese Relation fiel allerdings in früheren Jahren sehr viel ungünstiger für Frauen aus. Entsprechend unsicher war die Entscheidungsbasis für die Verordnung, wenn Ärztinnen und Ärzte von den typischerweise bei 40-jährigen Männern gefundenen Daten auf die Dosierung und die unerwünschten Wirkungen bei 60- oder 70-jährigen Frauen Rückschlüsse ziehen mussten. Eine Untersuchung aus den USA zeigt in diesem Zusammenhang solche zum Teil eher irritierenden Ergebnisse (s. Abb. 1 auf S. 24). Ab 2021 soll es in dieser Beziehung verpflichtende Regeln für die Einbeziehung von Frauen in klinische Studien geben.

Lebensstile und Lebenserwartungen

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede spiegeln sich auch in der Lebenserwartung wider. Laut Berechnungen des Statistischen Bundesamts für die sogenannte Sterbetafel 2014/2016 werden neugeborene Mädchen durchschnittlich 83 Jahre und zwei Monate leben. Jungen haben dagegen eine Lebenserwartung von im Schnitt 78 Jahren und vier Monaten. Bei Männern spielen bei der höheren



Prof. Dr. Gerd Glaeske
Universität Bremen

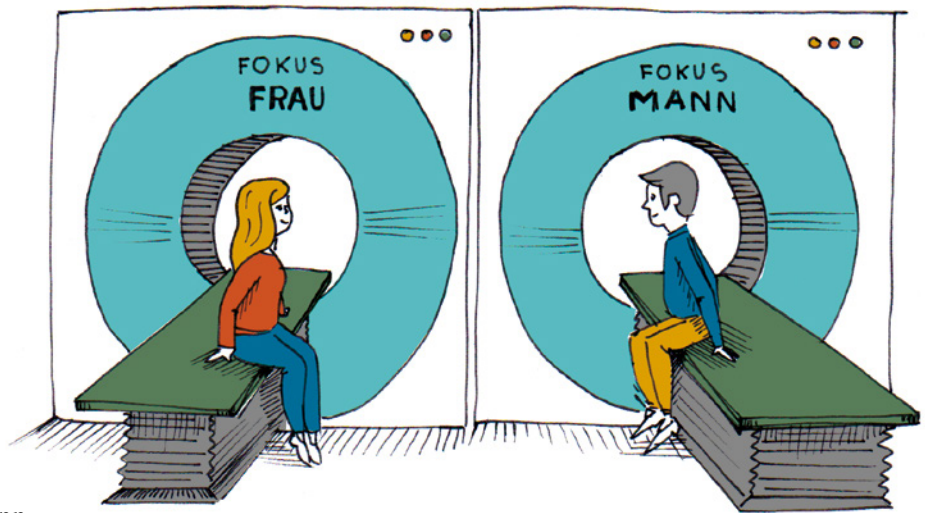
Foto: Raphael Huenerfauth, Photocase.net

Sterblichkeit Herz-Kreislauf- sowie Krebserkrankungen, Leberkrankheiten und Diabetes mellitus eine wesentliche Rolle.

Sex und Gender als Kontinuum

In Bezug auf Gesundheit, Krankheit und Tod sind nicht nur biologisch nachvollziehbare geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu berücksichtigen. Mitgedacht werden müssen auch Gender-Aspekte, zu verstehen als sozialer Ausdruck des biologischen Geschlechts, wenn es um eine weiterführende Konzeption der medizinischen Versorgung von Männern und Frauen geht. Eine genderorientierte Gesundheitsversorgung berücksichtigt daher nicht nur die biologisch feststehenden Aspekte von Mann und Frau. Sie ergänzt sie vielmehr um Einflüsse auf das Individuum, die durch die Umwelt, durch das soziale Umfeld und die jeweils gemachten Erfahrungen mitgeprägt werden. Insofern wird der Begriff Sex als Begriff für das biologische Geschlecht und Gender als Begriff für das soziale Geschlecht zu einem Kontinuum, das nicht zwischen diesen Begriffen abgrenzt, sondern je nach der gesundheitlichen Versorgungsnotwendigkeit ineinander übergehen kann.

Dies zu verstehen, muss vertieft werden, denn Gendermedizin stößt in der Bevölkerung auf zum Teil großes Unverständnis. Dabei wären gerade Männer gut beraten, sich in ihrem Gesundheitsverhalten stärker an dem Gesundheitsbewusstsein von Frauen zu orientieren, weil sie dann, so zeigen Überlegungen, eine ähnliche Lebenserwartung wie Frauen erreichen würden. Leider werden in dieser Beziehung wirksame Präventionsangebote von Männern aber nur bedingt angenommen, wenn es beispielsweise darum geht, den Alkoholkonsum einzuschränken, das Rauchen aufzugeben und in der Ernährung auf zu viel Fleisch zu verzichten und Gemüse und Obst zu bevorzugen. In diesem Zusammenhang dürfen allerdings auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen nicht unberücksichtigt bleiben. Rollen- und Habituskonzepte beeinflussen mit ihren



anerzogenen, angewöhnten oder auch in dem jeweiligen sozialen Umfeld erwarteten, akzeptierten oder gar geförderten Verhaltens- und Entscheidungsstrukturen letztlich auch das gesundheitsorientierte Bewusstsein. Gesundheitschancen können vor allem auf der Basis von Bildungschancen verbessert werden, insbesondere für Menschen, die in sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit leben. Daher muss eine genderorientierte Gesundheitsversorgung die individuell auf einzelne Patientinnen und Patienten gerichtete medizinische Versorgung um die Ziele von Public Health erweitern. Diese beinhalten bekanntlich gesundheits-, bevölkerungs- und sozialpolitische Aspekte und können damit zu einer Umsetzung der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beitragen, die nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit charakterisiert ist, sondern auch durch einen Zustand vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens.

Besonders eindrucksvoll lassen sich diese Zusammenhänge in der Arzneimittelversorgung erkennen. Bei Verordnungen von Tranquilizern – Mittel gegen Stress-, Belastungs- und Angstsymptome –, von Schlafmitteln und Antidepressiva zeigt sich seit vielen Jahren eine geschlechtsspezifische Verteilung: Zwei Drittel der Medikamente werden Frauen verschrieben (s. Abb. 2 auf S. 24). Bei längerer Anwendung haben diese Mittel unerwünschte Folgen und können zur Sucht führen. Von den schätzungsweise 1,2 bis 1,5 Millionen Menschen, die darunter leiden, befinden sich zwei Drittel Frauen, vor allem im höheren Alter.

Gesundheitschancen können vor allem auf der Basis von Bildungschancen verbessert werden.

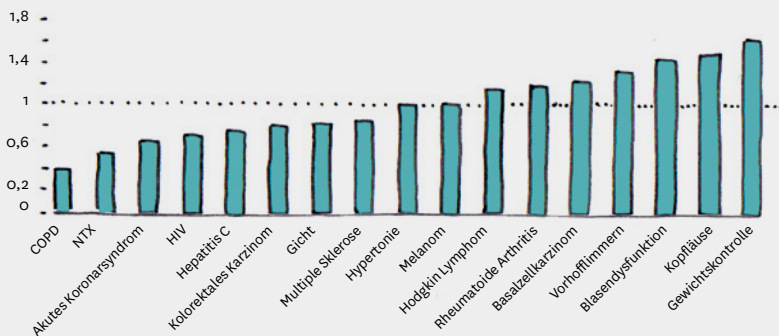




Beteiligung von Frauen an klinischen Studien

Abb.1

2010 – 2012 (Phasen 2 und 3); nach Indikationen bei FDA-Zulassungen



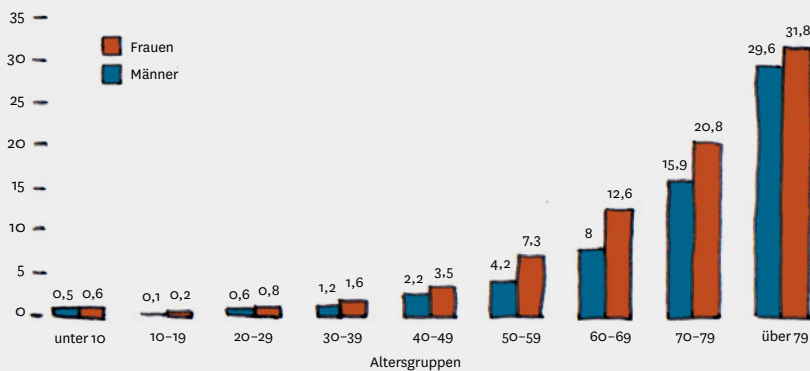
1 wäre die Übereinstimmung mit der geschlechtsspezifischen Häufigkeit der Krankheiten bei Frauen. Die Auswertung zeigt, dass bei relevanten Indikationen wie Koronarsyndrom oder Hepatitis eine zu geringe Beteiligung von Frauen stattfand, bei Kopfläusen und Gewichtskontrolle aber eine überproportionale.

Quelle: Noha et al., 2015

Verordnung von Benzodiazepin-Tranquilizern und Z-Drugs-Schlafmitteln

Abb.2

2012; nach Alter und Geschlecht; Tagesdosis je versicherter Person



Quelle: Universität Bremen



Die Gründe für diese seit Jahren unveränderte Situation sind vielfältig:

1. Frauen klagen mehr und offener über psychische und physische Beschwerden als Männer.
2. Die Verschreibungspraktiken der Ärztinnen und Ärzte stehen in enger Beziehung zu der Darstellungsweise von Beschwerden. Frauen sind hinsichtlich ihrer Beschwerden oft ängstlicher und besorgter und beschreiben sie daher auch emotionaler als Männer.

3. Die Einstellung und das Verhalten von Ärztinnen und Ärzten gegenüber Frauen und Männern sind unterschiedlich, auch bei eigentlich gleichen Symptomen.
4. Frauen wird mit Blick auf ihre gesellschaftliche Rolle zudem eher zugestanden, milde Erschöpfungszustände aufgrund ihrer meist vielfachen Belastung zu äußern. Nervosität, Angstzustände, Schwäche und Depressionen sind von der Gesellschaft und von der Medizin akzeptierte Krankheitsäußerungen bei Frauen; Männer tun sich aufgrund ihrer Rolle schwer, über solche Symptome zu klagen bzw. es wird ihnen auch kaum erlaubt.

Eine genderorientierte Gesundheitsversorgung würde adäquate Beratungs- und Versorgungskonzepte für Frauen (und Männer) anbieten: Beruhigungs- und Schlafmittel ändern letztlich nichts an den Belastungen und an der Lebensrealität vieler Frauen, sie decken die Probleme zu und führen oft in eine Abhängigkeit. Solche Probleme werden sich in Gesellschaften längeren Lebens verstärken. Die Ruhigstellung von älteren Menschen mit Neuroleptika in Alten- und Pflegeheimen, die bei Menschen mit Demenz zu einer höheren Sterbequote führen, ist ein weiteres Beispiel für solche Entwicklungen.

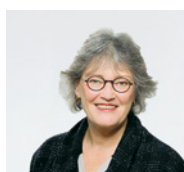
Es ist noch einiges zu tun, um eine genderorientierte Gesundheitsversorgung zu verankern. Dringend erforderlich sind Studien aus der Versorgungsforschung zur Ist-Analyse und in der Arzneimittel- und Medizinprodukteversorgung klinische Studien mit einem naturalistischen geschlechterspezifischen Anteil von Frauen und Männern in dem jeweiligen Behandlungsbereich. Daraus könnten geschlechtersensible Empfehlungen abgeleitet werden und Leitlinien zur Behandlung entstehen, die auch auf einer verbesserten Studienlage für die Arzneimitteltherapie und für andere medizinische Interventionen beruhen. Dies wäre für Frauen und für Männer ein wichtiger Schritt zu mehr ganzheitlicher Rationalität in der Versorgung. Wenn dann noch neben der kurativen Medizin die genderorientierten Präventionsprogramme intensiviert würden, käme man einem Gesundheitssystem näher, in dem das Ziel der Verminderung von Ungleichheit mit einer Public-Health-Orientierung verbunden werden könnte. ■

MEDIZIN UND GEBURT

Stärker auf die Bedürfnisse von Frauen ausrichten

Ob Mann oder Frau, das Geschlecht ist ein individueller Faktor mit großem Einfluss auf die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung von Krankheiten. Das derzeitige medizinische Wissen bezieht sich bisher jedoch allzu oft auf Erkenntnisse über den männlichen Organismus. Die Folge kann sein, dass Erkrankungen bei Frauen, zum Beispiel ein Herzinfarkt, falsch diagnostiziert und Therapien zu spät eingeleitet werden. Alarmierend beim Thema Frauengesundheit ist auch die zunehmende Pathologisierung und Medikalisierung rund um die Geburt.

/Text/ **Ulrike Hauffe**



Ulrike Hauffe
Stellvertretende
Vorsitzende des BARMER-
Verwaltungsrates

Foto: BARMER

Die Alarmzeichen eines Herzinfarktes äußern sich bei Frauen völlig anders als bei Männern. Die klassischen Symptome bei Männern kennen die meisten: Schmerzen im Brustraum, die in Arme, Oberbauch, Rücken, Hals und Kiefer ausstrahlen können. Weniger bekannt und unspezifischer sind dagegen die bei Frauen überwiegend auftretenden Symptome. Dazu gehören beispielsweise starke Kurzatmigkeit, Übelkeit, Erbrechen oder auch Beschwerden im Oberbauch. Nur wenn die frauenspezifischen Symptome bekannt sind und richtig gedeutet werden, kann die richtige Diagnose gestellt und die für einen Herzinfarkt enorm wichtige schnelle

Hilfe eingeleitet werden. Wir brauchen deshalb eine geschlechtersensible Gesundheitsforschung und medizinische Versorgung.

Die Geburt eines Kindes ist keine Krankheit

Ein weiteres Beispiel, warum das Thema Frauengesundheit ein zentrales Anliegen meiner Arbeit im Verwaltungsrat der BARMER ist, ist die zunehmende Pathologisierung und Medikalisierung rund um die Geburt. Dies führt dazu, dass nur noch wenige Frauen eine natürliche Geburt erleben. Die Geburt eines Kindes ist aber keine Krankheit, sondern ein natürlicher Vorgang. Ohne Zweifel gehört es zu den Erfolgsgeschichten der modernen Medizin, dass die Mütter- und Säuglingssterblichkeit in Deutschland in den letzten Jahrzehnten deutlich gesunken sind. Dennoch stellt sich die Frage, wie wir sicherstellen können, dass Schwangeren die Möglichkeiten moderner Medizin zugutekommen und gleichzeitig Eingriffe wie Kaiserschnitte nur dann erfolgen, wenn sie aus medizinischer Sicht erforderlich sind. Deshalb fordern wir für die Frauen eine individuelle, qualifizierte Beratung und Begleitung, damit sie für sich selbst eine informierte Entscheidung für die Förderung und Erhaltung ihrer Gesundheit treffen können.

Nationales Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“

Ein Meilenstein auf dem Weg zu einer besseren, gesünderen und von den Frauen selbst bestimmten Schwangerschaft und Geburt ist das im Jahr 2017 veröffentlichte nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“. Dessen Umsetzung ist jetzt vorrangige Aufgabe aller Beteiligten im Gesundheitswesen, damit die Frauen ins Zentrum des Geschehens rücken und gut informiert in allen Phasen der Schwangerschaft und Geburt über die notwendigen Maßnahmen mitbestimmen können. ■



INTERVIEW

„Diversität ist eine große Chance“

Die Debatte um Gleichstellung der Geschlechter ist spätestens 2015 mit dem Gesetz für die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern in Führungspositionen in der Politik angekommen. Im Gesundheitssektor spielen die Geschlechter aber auch in anderer Hinsicht eine zunehmend bedeutende Rolle: Die Gendermedizin nimmt die geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung in den Blick. Dr. Martina Kloepfer arbeitet als Trainerin mit Führungskräften zusammen. 2013 rief sie den Bundeskongress Gendergesundheit ins Leben, drei Jahre später gründete sie den Verein Institut für Gender-Gesundheit. **Im Interview mit ersatzkasse magazin.** spricht sie über Rollenverteilungen im Gesundheitswesen, über Gendermedizin in Forschung und Lehre und über die Auswirkungen auf die Versorgung.

/ Interview / Michaela Gottfried und Annette Kessen

Geschlechter-spezifische Aspekte in der Versorgung sind noch nicht angekommen.

Warum ist Diversität in der Arbeitswelt so wichtig?

DR. MARTINA KLOEPFER Generell profitiert die Arbeitswelt von einer Vielfalt der Perspektiven und Ansätze. Wir können nicht einerseits über demografische Entwicklung, Fachkräftemangel und Ärztemangel klagen, aber andererseits das Potenzial gut ausgebildeter Frauen brachliegen lassen.

Und wie sieht die Realität in der Arbeitswelt aus, insbesondere im Gesundheitswesen?

Es gibt bestimmte Branchen, in denen Frauen nach wie vor unterrepräsentiert sind. In der IT-Branche zum Beispiel sind überwiegend Männer beschäftigt, was ja auch für das Gesundheitswesen eine Rolle spielt, wenn wir über Digitalisierung sprechen. In der Pflege sind Frauen überrepräsentiert. Problematisch wird es in den Führungspositionen, die immer noch viel häufiger von Männern besetzt sind, selbst dann wenn mehr Frauen den Beruf ausüben, man denke an die Pflegeberufe oder auch bei den Ärzten. Wenn wir auf die Fachgesellschaften blicken, ist das Thema Gendergesundheit vermutlich auch aus diesem Grund nur in Teilen angekommen – vergleicht man

zum Beispiel die Entwicklung der nationalen Leitlinien bei Herzinfarkt oder Depression. In der Psychologie beispielsweise sieht es anders aus als in der Chirurgie, die noch immer als Männer-Domäne gilt. Auch in der gemeinsamen Selbstverwaltung sind wir noch weit von einer geschlechterparitätischen Besetzung der Führungspositionen entfernt, wie unter anderem die kleine Anfrage von Bündnis90/Die Grünen im letzten Jahr gezeigt hat. Geschlechterspezifische Aspekte in der Versorgung sind noch nicht angekommen. Die Gründe dafür sind vielschichtig, die Sitzungszeiten, meist am frühen Abend, spielen zum Beispiel eine große Rolle. Einigen Frauen ist auch die Bedeutung der Gremienarbeit und der Notwendigkeit, Präsenz zu zeigen, nicht bewusst. Frauen meiden nicht selten das männlich dominierte Kommunikationsverhalten. Nur macht es auch keinen Sinn, dass Frauen sich als Männer verkleiden oder Verhalten kopieren. Da muss noch eine eigene Rolle der Frau gefunden werden, das wird sich entwickeln. Wir reden hier auch von über Jahrhunderte gewachsenen gesellschaftlichen Strukturen und verfestigtem Denken. Es müssen einfach viele dicke Bretter gebohrt werden.



Wie kann das geändert werden? Es wird auch eine Frauenquote diskutiert.

Die Frauenquote hält wach und holt die Führungsetagen aus der Komfortzone. Aber auch die Frauen müssen erst einmal aus der Reserve kommen. Was wiederum schwierig ist, weil die Frauen nach wie vor den Spagat zwischen Karriere und Familie bewerkstelligen müssen. Fakt ist, dass nur die Frauen Kinder bekommen können. Wie sich das auf die Arbeitswelt auswirkt, muss viel stärker diskutiert und gesetzlich geregelt werden. Einige Kliniken machen gute Erfahrungen mit einer umfassenden Kinderbetreuung, die dem Krankenhausbetrieb entspricht, wie die Unfallklinik in Murnau beispielsweise. Inzwischen gibt es sogar Chefärztinnen, die sich eine Stelle teilen. Wir können auf die Expertise von Frauen in der Gesundheitsbranche nicht verzichten.

Zugleich kommen immer mehr Frauen in den Medizinberuf. Wird es sich da nicht zwangsläufig ändern?

Das ist die stille Hoffnung, aber diese erfüllt sich nicht. Vor einigen Jahren, als die Quote hitzig diskutiert wurde, gab es auch das Argument, Frauen müssten nur das Richtige

studieren, dann würden sie schon nach oben kommen. Als ich vor vielen Jahren Biochemie studiert habe, wurde offen kommuniziert, dass aus uns nichts anderes als bessere Laborassistentinnen würde. Mit bis zu 50 Prozent weiblicher Medizinstudierender, seit mindestens einem Jahrzehnt, haben Frauen das Richtige studiert, und doch haben wir immer noch eine bestürzend geringe Quote von drei Prozent auf Chefarztsesseln und lediglich 13 Prozent bei C4/W3-Professuren, das passt doch nicht zusammen. Und wir dürfen nicht vergessen, dass sich die Personalzusammensetzung on top – von Gremienbesetzung bis zur Vorstandsriege – auch auf die Versorgung auswirkt. Denn Frauen haben eine andere Perspektive, sie betrachten Dinge unter weiblichen Gesichtspunkten. Beides brauchen wir: die weibliche und männliche Sicht.

Kommen wir zur Versorgung: Inwieweit wird hier zwischen den Geschlechtern unterschieden?

Die Gendermedizin fristet immer noch ein Nischendasein, aber es tut sich auch was. Viele Dinge mit Blick auf Gendergesundheit waren in Politik, Ärzteschaft und Wissenschaft vor noch wenigen Jahren überhaupt nicht

Beides brauchen wir: die weibliche und männliche Sicht.





→ **Gender-
medizin
nehme ich
ernst als
geschlechter-
spezifische
Medizin für
Frauen und
Männer.**

bekannt. Daraus erwuchs auch der Impuls, diese Beteiligten, und zwar Männer wie Frauen, zusammenzubringen, was zum Bundeskongress Gendergesundheit führte. Heute ist immer mehr die Rede von Männergesundheit und Frauengesundheit. Derzeit schlägt das Pendel tatsächlich aus in Richtung Frauenmedizin, einfach aus dem Grund, weil dort ein Erkenntnisdefizit herrscht, was nun allmählich geschlossen wird. Ohne Ärztinnen, die ein Bewusstsein von Gendermedizin entwickelt haben, würden wir über Männermedizin so nicht diskutieren. Auf psychische Erkrankungen bei Männern hat zum Beispiel Prof. Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler verstärkt aufmerksam gemacht. Wichtig ist aber: Gendermedizin übersetze ich nicht einfach mit Frauengesundheit, sondern nehme sie ernst als geschlechter-spezifische Medizin für Frauen und Männer.

Was genau meint Gendermedizin?

Die Gendermedizin hat zwei Aspekte. Da ist erstens der handfeste biologische Aspekt, der nicht zu leugnen ist. Männer und Frauen

sind unterschiedlich. Zweitens besteht ein soziokultureller Aspekt der Verhaltensformen. Diese beiden Seiten greifen bei den meisten Indikationen ineinander, und zwar auf mehr oder weniger ungute Art und Weise. Der Klassiker ist der Herzinfarkt, mit dem die Gendermedizin in den 80er Jahren in den USA mit der Ärztin Marianne J. Legato ihren Anfang genommen hat. Beim Herzinfarkt ist es so, dass bei Frauen eine andere Symptomatik als bei Männern auftreten kann. Sie können zum Beispiel eher Schmerzen im Oberbauch haben und unter Übelkeit und Erbrechen leiden. Allgemein aber denken Mann und Frau: Herzschmerzen und der linke Arm tut weh – Herzinfarkt. Frauen halten aufgrund dieser stereotypen Wahrnehmungsmuster einen Infarkt bei sich nicht für möglich; auch weil sie im Laufe ihres

Lebens immer wieder mal unter Unwohlsein leiden, sei es durch den Zyklus, Schwangerschaft oder Wechseljahre. Nicht selten kommen sie aufgrund der Fehleinschätzung zu spät in die Notaufnahme.

Wie gehen die Ärzte damit um?

Wenn die Frau von ihren Symptomen erzählt, womöglich auch etwas differenzierter als ein Mann es tun würde, wissen auch die Ärzte zum Teil nichts damit anzufangen und diagnostizieren nicht richtig. Es kann passieren, dass eine Patientin einen Herzinfarkt verschleppt, jahrelang durchs System geschleust wird und niemand hat den Herzinfarkt erkannt. Das verursacht ein unheimliches Leid und es verursacht Kosten. Nicht erkannte Symptome sind ein typisches Problem der Gendermedizin.

Und bei Männern?

Bei Männern wird zum Beispiel oft ein psychisches Problem geleugnet. Wenn ein Mann mit einer handfesten Depression bei einem Arzt

aufschlägt, reden beide nicht so gerne darüber und es wird vielleicht ein Stärkungsmittel verschrieben. Also ein psychisches Leiden wird physisch begründet. Bei Frauen ist es oft umgekehrt: Sie kommen mit einem physischen Leiden zum Arzt und es wird eine psychische Ursache zugrunde gelegt. Befragungen zeigen, dass eine Depression weitaus seltener diagnostiziert wird, wenn ein männlicher Patient auf einen männlichen Arzt trifft, als wenn der Patient mit einer Ärztin darüber spricht. Der Grund dürfte in tradierten Rollenmustern zu suchen sein. Eine Depression beim Mann kann sich anders äußern als bei einer Frau. Es sind Dispositionen und Prägungen, die hier eine Rolle spielen. Zu einem unserer Kongresse kam ein Vertreter des Polizeipräsidiums in Frankfurt, weil es ein großes Problem mit seinen Beamten hatte. Diese wurden mit den hohen Anforderungen ihres Jobs nicht mehr fertig und entwickelten unter anderem eine Sportsucht und ruinierten sich körperlich. Verstärktes Suchtverhalten kann bei Männern zum Beispiel auf eine Depression hinweisen.

Ein Unterschied zwischen Mann und Frau liegt in der Lebenserwartung: Im Durchschnitt werden Frauen älter als Männer. Auch ein typisches Beispiel für Gendermedizin?

Durchaus, denn die unterschiedliche Lebenserwartung hängt vor allem mit dem Lebensstil zusammen. Bei den sogenannten Klosterstudien, wo Nonnen und Mönche in etwa denselben Lebensstil pflegen, beträgt der Altersunterschied ein bis zwei Jahre, ist also deutlich geringer. Da muss man also in erster Linie an das Gesundheitsverhalten der Männer appellieren. Man weiß, dass Männer zu einem erhöhten Risikoverhalten neigen und ein höheres Suchtpotenzial aufweisen. Der Fokus muss auch mehr auf Vorsorge gelegt werden. Dazu kommt das richtige Kommunikationsverhalten, um die Männer zu erreichen. Ich denke, da ist die Digitalisierung mit ihren Gesundheits-Apps eine große Chance. Technik, verknüpft mit klarer Struktur und einem kompetitiven Ansatz, spricht Männer in der Regel gut an. Solche Rollenmodelle existieren aber auf beiden Seiten. Diversität macht einen großen Unterschied in der Versorgung, was genau betrachtet werden muss. Und Diversität ist gleichzeitig eine große Chance.

Spielt Gendermedizin in der medizinischen Aus- oder Weiterbildung eine Rolle?

In den Regelstudiengängen hat sich die Gendermedizin leider bislang noch nicht etabliert. Aus meiner Sicht sollte Gendermedizin fester Bestandteil der Lehre sein. Einzelne Universitäten machen unterschiedliche Angebote, etwa eine freiwillige Ringvorlesung, Weiterbildungsmöglichkeiten zum Master-Studiengang, Zusatzqualifikationen. Vereinzelt tauchen in den Prüfungskatalogen Fragen zur Gendermedizin auf. Die Charité in Berlin leistet mit ihrem Institut für Geschlechterforschung in der Medizin wirklich Tolles. Aber es ist insgesamt gesehen alles sehr disparat. Anders in Österreich beispielsweise: Dort gibt es in der ärztlichen Weiterbildungsordnung die Möglichkeit, sich zum Facharzt für Gendermedizin weiterzubilden. In Österreich scheint Gendermedizin eher als integraler Bestandteil der Forschung verstanden zu werden. Deutschland zieht hier nur langsam nach.

Wie sieht es in der Forschung aus?

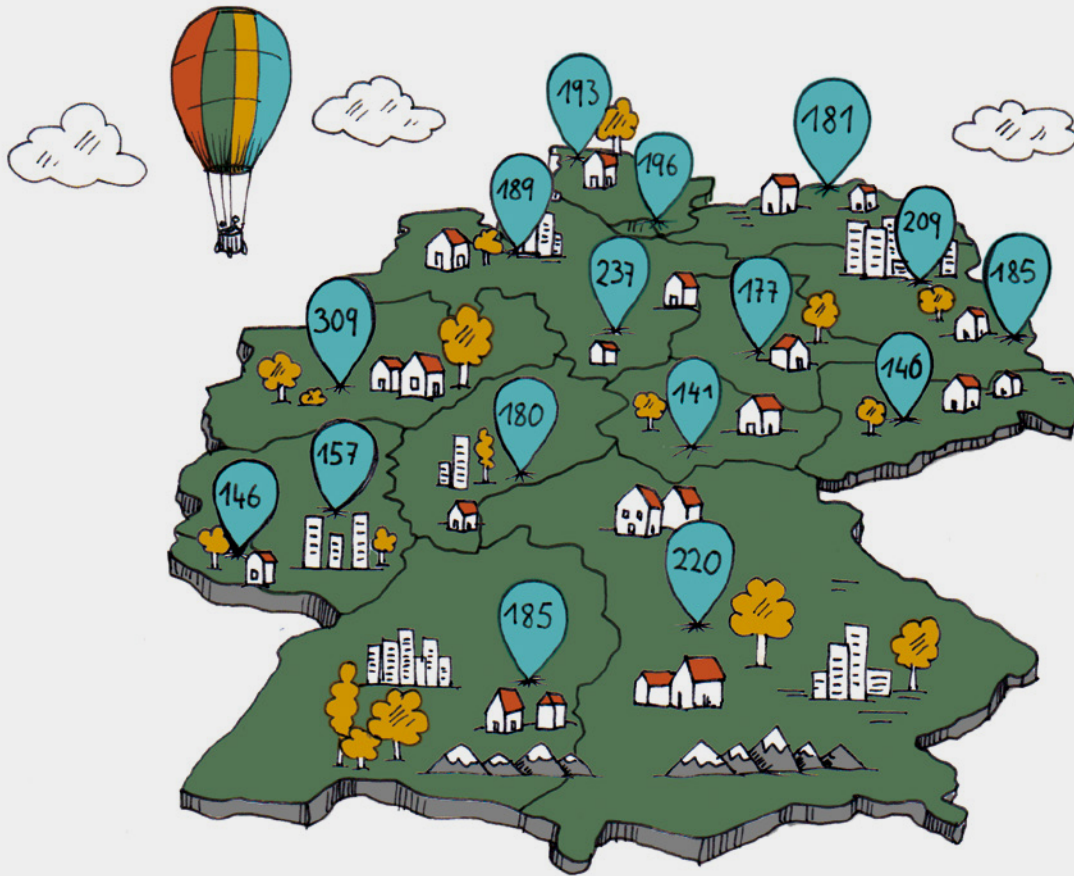
In Deutschland wächst das Bewusstsein für die Bedeutung von Gendermedizin. Klar ist, dass die Frauenorientierung stärker integriert werden muss. Teilweise werden noch nicht mal in den ersten Phasen einer Medikamentenforschung weibliche Versuchstiere genommen. Und bei Nutzenbewertungen ist oftmals der Anteil der Studienteilnehmer weitaus höher als der Anteil der Studienteilnehmerinnen. Allerdings stellen sich auch weniger Frauen für Studien zur Verfügung. Aber das muss ich im Ergebnis auch entsprechend kommunizieren.

Wie können Krankenkassen zu einer geschlechterspezifischen Versorgung beitragen?

Krankenkassen haben die gute Möglichkeit, Studien vorzuweisen, die sich mit geschlechterspezifischer Versorgung beschäftigen, denn sie haben Zahlen und Daten. Sie können Analysen durchführen. Und sie können ihre Versicherten über Symptome informieren, sie auf Besonderheiten hinweisen, insgesamt stärker die Aufmerksamkeit auf Gendermedizin richten. Krankenkassen würde ich empfehlen: Evaluiert eure Zahlen, dockt an die Erkenntnisse an und klinkt euch in die Diskussion um Gendermedizin ein. Von Gendermedizin können die Versicherten nur profitieren. ■

Dr. Martina Kloepper, geboren in Berlin, hat Biochemie an der Freien Universität Berlin studiert und ihre **Promotion in Literaturwissenschaft an der Technischen Universität Berlin** abgeschlossen. Sie arbeitet seit 20 Jahren als Trainerin für Auftritte auf dem Podium und in den Medien. 2013 rief sie den **Bundeskongress Gendersgesundheit** ins Leben, der bis 2016 jährlich stattfand und 2019 in einer Kooperation mit dem BMC-Kongress seine Fortsetzung fand. Aus dem Bundeskongress Gendersgesundheit ging 2017 das **Institut für Gendersgesundheit** hervor.





Regionale Versorgung

Mit dem Faire-Kassenwahl-Gesetz (GKV-FKG) nimmt sich Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) nicht nur der Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) an, sondern strebt auch eine Erneuerung der Organisationsstruktur der gesetzlichen Krankenkassen an. Der Referentenentwurf sieht neben der Einführung einer Regionalkomponente auch die bundesweite Öffnung bislang regional begrenzter Krankenkassen vor, wodurch gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenkassen geschaffen würden.

Dass die Versorgung auch bei den bundesweiten Ersatzkassen regional organisiert ist, zeigt ein Blick auf die Versorgungsverträge. 97 Prozent der Versorgung wird durch Kollektivverträge geregelt, die überwiegend in den Ländern ausgehandelt werden. Hinzu kommen Selektivverträge, die auf die spezielle Versorgungssituation vor Ort eingehen. Die regionale Versorgung wird zudem durch die Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie gestärkt, die den Ländern Instrumente zur Steuerung der Verteilung von Ärzten und Psychotherapeuten an die Hand gibt.

ÜBERSICHT

Gesetz für eine faire Kassenwahl – wesentliche Regelungen

Mit dem Ende März 2019 veröffentlichten Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung – Faire-Kassenwahl-Gesetz (GKV-FKG) – nimmt sich Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) der angekündigten Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) an. Zugleich sieht er Änderungen im Organisations-, Haftungs- und Wettbewerbsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor. Zudem sind weitreichende Einschnitte in die Struktur des GKV-Spitzenverbandes geplant.

Nach Analyse des Gesetzgebers bestünden Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen: Beispielsweise seien multimorbide, ältere Versicherte sowie Versicherte ohne diagnostizierte Krankheiten überdeckt, und andere Gruppen, wie etwa Versicherte mit hohen Leistungsausgaben, unterdeckt. Überdurchschnittlich viele Versicherte aus einer dieser Gruppen in einer Krankenkasse könnten zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Durch regional unterschiedliche Ausgabenstrukturen entstünden ebenfalls erhebliche Über- bzw. Unterdeckungen, die in einem bundesweit einheitlichen Finanzierungssystem zu Ungleichgewichten zwischen regional begrenzten und bundesweit geöffneten Krankenkassen führen könnten. Maßnahmen zur Kodierbeeinflussung könnten zu

Wettbewerbsverzerrungen führen. Diese Analyse wird auch gedeckt durch eine Analyse des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zu Unter- und Überdeckungen.

Unter Berücksichtigung der Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA beim Bundesversicherungsamt (BVA) zu den Wirkungen des Morbi-RSA (November 2017) und zu den regionalen Verteilungswirkungen des Morbi-RSA (Juni 2018) werde der RSA mit dem Ziel gleicher Wettbewerbsbedingungen und der Stärkung der Manipulationsresistenz sowie der Präventionsorientierung weiterentwickelt. Dabei stünden systematische Verbesserungen des RSA im Fokus, die insbesondere die Reduzierung struktureller Fehldeckungen auf der Ebene von einzelnen Versicherten Gruppen und im Hinblick auf die regionale Verteilung der Versicherten ermöglichten. Zugleich würden dadurch Risikoselektionsanreize verringert.

Der Referentenentwurf lässt sich in drei Themenkomplexe gliedern, die nachfolgend näher erläutert werden:

1. Reform des Morbi-RSA und die Einführung einer „Manipulationsbremse“
2. Organisationsreform der gesetzlichen Krankenkassen, eine Änderung des Haftungskassenartenrechts für die Schließung, Auflösung, Insolvenz von gesetzlichen Krankenkassen und eine Änderung des Wettbewerbsrechts der gesetzlichen Krankenkassen
3. Reform der Struktur des GKV-Spitzenverbandes (Austausch ehrenamtlicher Verwaltungsrat gegen Vorstandsmitglieder Krankenkassen, Frauenquote, Genehmigungsvorbehalt(e) (Teil-)Haushalt(e))





→ Zu 1.: Reform des Morbi-RSA und Einführung einer „Manipulationsbremse“

Einführung einer Regional-komponente

- Statistisch signifikante regionale Variablen werden in den RSA einbezogen.
- Dadurch werden regionale kassenbezogene Über- und Unterdeckungen abgebaut und gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenkassen geschaffen.
- Marktkonzentrationsprozessen kann vorgebeugt werden, die sich in einigen Bundesländern abzeichnen.
- Angebotsorientierte Faktoren (zum Beispiel Arztdichte, Krankenhausbettenzahl) werden nicht in den Ausgleich einbezogen, um Fehlanreize im Hinblick auf Über- und Unterversorgung zu vermeiden.

Einführung eines Krankheits-vollmodells

- Die Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 bis 80 Krankheiten wird abgeschafft.
- Zukünftig soll das gesamte Krankheitspektrum berücksichtigt werden.
- Ein Vollmodell soll für einen Großteil der Versicherten Über- und Unterdeckungen verringern.
- Ein Vollmodell soll Anreize zur Risikoselektion, Differenzen zwischen den Deckungsbeiträgen der Krankenkassen und Wettbewerbsverzerrungen verringern.
- Mit der Umstellung entfällt das jährliche Verfahren der Krankheitsauswahl.

Einführung eines Risikopools

- Aus einem Risikopool sollen die Krankenkassen für Leistungsfälle, die über 100.000 Euro pro Jahr hinausgehen, 80 Prozent der Leistungsausgaben erhalten.
- Ein Anreiz zu wirtschaftlichem Verhalten bleibt erhalten, da nicht die gesamten Mehrkosten erstattet werden.
- Mit dem Risikopool sollen schwerwiegende finanzielle Belastungen einzelner Krankenkassen durch Hochkostenfälle solidarisch finanziert werden.
- Auch die zunehmende Bedeutung neuer kostenintensiver Therapien mache einen Risikopool erforderlich, weil diese erst mit zeitlicher Verzögerung im RSA berücksichtigt werden könnten.
- Im Risikopool erfolgt ein Ausgleich von Ist-Kosten, nicht wie im Morbi-RSA über standardisierte Leistungsausgaben.
- Anreize zur Risikoselektion gegen Versicherte mit für die Krankenkasse vorhersehbar hohen Leistungsausgaben würden reduziert und Wettbewerbsverzerrungen, die sich aus einer ungleichen Verteilung von Hochkostenfällen ergeben können, verringert.

Streichung der DMP-Programmkostenpauschale

- Die Streichung der Zuweisungen der DMP-Programmkostenpauschale soll zu einer verbesserten Zielgenauigkeit auf Krankenkassenebene führen.
- Ein bisheriges komplexes Bereinigungsverfahren wird unnötig, damit wird die Transparenz des Zuweisungsverfahrens im RSA insgesamt erhöht.

Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung aus dem Morbi-RSA

- Eine gesonderte Risikogruppe für Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit gemindert ist (§§43 und 45 SGB VI), wird nicht mehr gebildet.
- Grund sei unter anderem, dass einige Personengruppen wie Rentnerinnen und Rentner, Nichterwerbstätige und Selbstständige dieses Kriterium per se nicht erhalten könnten, selbst wenn ein identischer Schweregrad der Erkrankung vorliegt wie bei Erwerbsminderung.
- Die Streichung soll eine Gleichbehandlung ermöglichen und Wettbewerbsverzerrungen beseitigen.
- Auch die bisherigen Unter- und Überdeckungen in diesen Gruppen würden damit gelöst.

Einführung einer Vorsorgepauschale in den Morbi-RSA

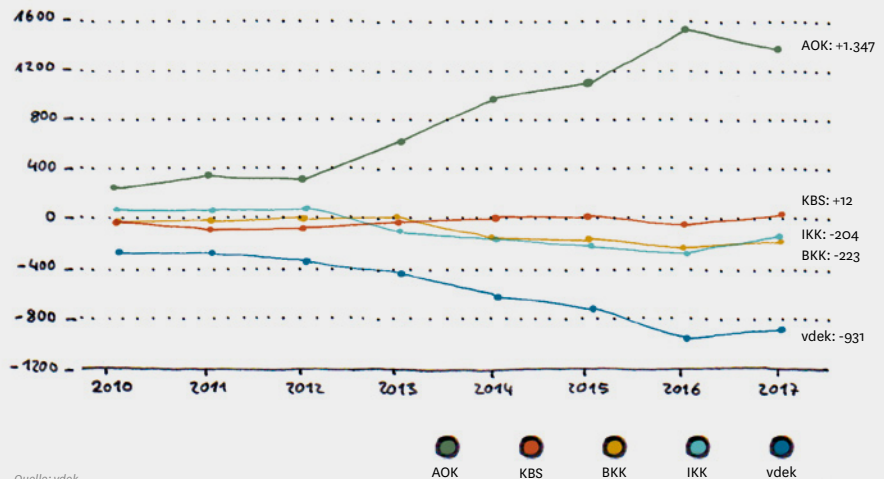
- Die Präventionsorientierung des RSA soll gestärkt werden.
- Mit einer Vorsorgepauschale wird der Anreiz für die Krankenkassen gestärkt, die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen ihrer Versicherten zu fördern.
- Die Krankenkassen erhalten für jeden Versicherten eine Pauschale, sobald eine mit den Krankenkassen abrechenbare und wissenschaftlich anerkannte Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchung oder eine Schutzimpfung in Anspruch genommen wurde.
- Um die unterschiedlichen Kosten der verschiedenen Vorsorgeleistungen abzubilden, legt das BVA verschiedene Gruppen von Leistungen entsprechend ihrer Kosten fest.

Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im Morbi-RSA

- Vorgesehen ist die versichertenindividuelle Berücksichtigung der Erstattungsbeträge (§130b SGBV) sowie der tatsächlichen Rabatte und Abschläge (§§130, 130a und 130c SGBV) für Arzneimittel bei der Meldung der Leistungsausgaben.
- Das bisherige Verfahren, bei dem die Krankenkassen Leistungsausgaben ohne Berücksichtigung der tatsächlich je Versicherten erzielten Rabatte melden, und die daraus abgeleitete pauschale Berücksichtigung der Arzneimittelrabatte mittels eines kassenindividuellen Rabatfaktors im RSA wird hierdurch ersetzt.
- Begründet wird die Änderung damit, dass sich aus der Versichertenstruktur der Krankenkassen unterschiedliche Rabattpotenziale ergäben, die im Rahmen der pauschalen Berücksichtigung der Arzneimittelrabatte zu systematischen Über- und Unterdeckungen auf Versichertenenebene führten.
- Die Wirtschaftlichkeitsanreize zum Abschluss von Rabattverträgen blieben allerdings vollständig erhalten.
- Das Verfahren sei genauer als die bisherige pauschale Berücksichtigung eines durchschnittlichen Arzneimittelrabatfaktors je Krankenkasse und verbessere so die Wettbewerbsbedingungen.

Entwicklung der Über- bzw. Unterdeckung im Morbi-RSA

Deckung der im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben durch Zuweisungen (§266 Abs.2); in Mio. Euro



Berücksichtigung von Altersdifferenzierungen

- Über Altersdifferenzierungen wird künftig berücksichtigt, dass Krankheiten je nach Alter zu unterschiedlichen Behandlungskosten führen.
- Die bisherigen Krankheitszuschläge über Zu- oder Abschläge werden entsprechend angepasst.
- Über- und Unterdeckungen in Abhängigkeit von dem Alter und dem Grad der Multimorbidität der Versicherten werden reduziert.

Evaluation alle vier Jahre

- Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA wird gesetzlich beauftragt, alle vier Jahre eine Evaluation des RSA durchzuführen, um möglichen Weiterentwicklungsbedarf zu ermitteln.
- Zusätzlich kann der Beirat auch anlassbezogen mit Einzelfragen durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und BVA beauftragt werden.

Einführung einer „Manipulationsbremse“

- Hierarchisierte Morbiditätsgruppen werden von den Zuweisungen ausgeschlossen, wenn ihre Steigerungsrate statistisch auffällig ist.
- Das bisherige Verbot der Diagnosevergütung wird neu formuliert, um Umgehungsstrategien zu eliminieren.
- Einführung von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Diagnosen- und Prozedurenschlüssel im ambulanten Bereich.
- Das BVA als RSA-Durchführungsbehörde erhält ein eigenständiges anlassbezogenes Prüfrecht für Selektivverträge im Hinblick auf RSA-relevante Verstöße.
- Die Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch Krankenkassen nach §305a SGBV wird abgeschafft.





→ Zu 2.: Organisationsreform der gesetzlichen Krankenkassen, eine Änderung des Haftungskassenartenrechts und des Wettbewerbsrechts

Bundesweite Öffnung bislang regional begrenzter Krankenkassen

- Weiterführung des mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1992 begonnenen Reformprozesses.
- Herstellung der Wahlfreiheit für alle Mitglieder der GKV.
- Die Änderungen sollen durch einfaches Gesetz ohne Zustimmung des Bundesrats erfolgen.
- Ziele sind die Modernisierung des Organisationsrechtes und die Anpassung an die aktuellen Bedingungen des Krankenkassenwettbewerbs.
- Nötig sei dazu die Aufhebung der regionalen Beschränkung von Krankenkassen.
- Lediglich nicht geöffnete Betriebskrankenkassen werden aufgrund ihres besonderen Bezugs zum Trägerunternehmen von einer Öffnung ausgenommen.
- Wettbewerbsverzerrungen würden verringert, die durch bundesweit einheitliche Zuweisungen bei regional unterschiedlichen Ausgabenstrukturen entstünden.
- Die geringe Wettbewerbsintensität trage auch dazu bei, dass viele Krankenkassen höhere Zusatzbeiträge erheben würden, als sie zur Deckung ihrer Ausgaben benötigten.
- Der übermäßige Aufbau von Finanzreserven bei vielen Krankenkassen in den letzten Jahren sei das Ergebnis eines eingeschränkten Wettbewerbs, der sich aus begrenzten Wahlfreiheiten der Versicherten ergebe.
- Die Regelungen für die Bildung, Fusion und Schließung von Krankenkassen werden soweit wie möglich vereinheitlicht.

Bundesweit einheitliche Aufsicht

- Aus der Öffnung der Krankenkassen ergebe sich zudem eine bundesweit einheitliche Aufsicht.
- Dadurch würden Wettbewerbsverzerrungen aufgrund unterschiedlichen Aufsichtshandelns beseitigt.
- Wettbewerbsverzerrungen durch unterschiedliches Aufsichtshandeln im Bereich der Haushalts- und Finanzaufsicht gesetzlicher Krankenkassen zwischen Bundes- und Länderaufsichten könne damit wirksam begegnet werden.

Änderung des Kassenartenhaftungsrechts bei Schließung, Auflösung oder Insolvenz gesetzlicher Krankenkassen

- Die vorrangige Haftungsverpflichtung der Krankenkassen derselben Kassenart wird abgeschafft, das bisherige nach Kassenarten gegliederte Haftungssystem sei nicht mehr systemgerecht.
- Eine Kostentragung aller Krankenkassen auf Grundlage eines Verteilungsschlüssels wird eingeführt.
- Damit würden Verwerfungen im Wettbewerb beseitigt, die durch die historisch entstandenen Haftungsregelungen verursacht werden.
- Im Falle der Schließung, Auflösung oder Insolvenz von Krankenkassen macht zukünftig der GKV-Spitzenverband etwaige Fehlbeträge bei allen Krankenkassen geltend.
- Bei der Aufbringung der Mittel ist neben den Mitgliederzahlen dann auch die Höhe der Finanzreserven zu berücksichtigen.

Änderungen des Wettbewerbsrechts der Krankenkassen

- Ausweitung der Rechtsschutzmöglichkeiten der Krankenkassen untereinander bei wettbewerbswidrigem Verhalten.
- Klarere Definition der Verhaltensregeln zum Beispiel für Werbemaßnahmen.
- Mit einem neuen §4a SGBV werde eine zentrale Norm geschaffen, die Verhaltensregeln für den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen untereinander aufstellt und ihre effektive Durchsetzung gewährleistet.
- Künftig sollten wichtige Grundsätze für den Wettbewerb und für Werbemaßnahmen der Krankenkassen gesetzlich normiert werden.
- Zudem werde eine Verordnungsmächtigung des BMG mit Zustimmung des Bundesrates geschaffen, um Einzelheiten zur Zulässigkeit von Werbung verbindlich festzulegen.
- Der Unterlassungsanspruch der Krankenkassen untereinander, der bisher nach dem Gesetz nur unzulässige Werbemaßnahmen erfasste, werde allgemein auf rechtswidriges Verhalten im Wettbewerb ausgedehnt. Durch diesen erweiterten Unterlassungsanspruch hätten es die Krankenkassen künftig in der Hand, selbst eine gerichtliche Klärung der streitigen Rechtsfrage herbeizuführen und so für einheitliche Wettbewerbsbedingungen zu sorgen.

Eröffnung des Rechtswegs zu den ordentlichen Gerichten für die Unterlassungsansprüche der Krankenkassen untereinander

- Streitigkeiten nach §4a Absatz 7 SGBV werden zukünftig von der Zuständigkeit der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit ausgenommen.

➔ Zu 3.: Reform der Struktur des GKV-Spitzenverbandes

Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes aus Vorstandsmitgliedern der Mitgliedskassen

- Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes soll zukünftig nicht mehr aus ehrenamtlichen Vertretern der Verwaltungsräte der Krankenkassen, sondern aus Vorstandsmitgliedern der Mitgliedskassen gebildet werden.
- Er soll aus 40 Mitgliedern bestehen. Die 20 größten Mitgliedskassen entsenden je ein Vorstandsmitglied in den Verwaltungsrat. Die weiteren 20 Verwaltungsratsmitglieder werden von der Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes gewählt.
- Ziel dieser Änderungen sei eine Anpassung der Strukturen des GKV-Spitzenverbandes an aktuelle Erfordernisse und eine Professionalisierung der Arbeit des Verwaltungsrats.
- Mit dem neuen Verwaltungsrat werde ein Gremium geschaffen, das einen kontinuierlichen Meinungsbildungs- und Informationsaustausch zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Vorständen seiner Mitgliedskassen gewährleiste und die notwendige Transparenz zwischen operativem Krankengeschäft und vertraglichen und sonstigen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes erhöhe.
- Außer Vorstand, Mitgliederversammlung und Verwaltungsrat mit seinen Fachausschüssen sind keine Gremien zulässig.

Unterstützung einer angemessenen Repräsentanz von Frauen im Vorstand und im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes

- Bei einem Vorstand aus mehreren Personen müssen ihm mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören.
- Der neue Verwaltungsrat besteht künftig nur noch aus 40 Mitgliedern, von denen mindestens zehn Sitze mit Frauen und zehn Sitze mit Männern zu besetzen sind.

Begrenzung der Amtszeit der Vorstandsmitglieder

- Begrenzung auf zwei Wahlperioden.

Berichtspflicht des Vorstands

- Der Vorstand hat dem BMG zu berichten, wenn die dem GKV-Spitzenverband gesetzlich zugewiesenen Aufgaben nicht rechtzeitig umgesetzt werden.
- Der Bericht ist dem BMG spätestens innerhalb eines Monats nach dem für die Umsetzung der gesetzlichen Aufgabe vorgegebenen Zeitpunkt schriftlich vorzulegen.
- In dem Bericht sind insbesondere die Gründe für die nicht rechtzeitige Umsetzung, der Sachstand und das weitere Verfahren darzulegen.

Genehmigungsvorbehalt des Haushaltsplans

- Der GKV-Spitzenverband hat den vom Vorstand aufgestellten Haushaltsplan spätestens am 1. Oktober vor Beginn des Kalenderjahres, für das er gelten soll, der Aufsichtsbehörde vorzulegen.
- Diese kann die Genehmigung auch für einzelne Ansätze versagen, soweit der Haushaltsplan gegen Gesetz oder sonstiges für den GKV-Spitzenverband maßgebendes Recht verstößt oder die Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe des Bundes nicht beachtet sind.
- Um die Finanzaufsicht über den GKV-Spitzenverband zu stärken, wird also – statt des bisherigen Beanstandungsrechts – ein Genehmigungsvorbehalt für den Haushalt eingeführt und der Aufsichtsbehörde die Möglichkeit eingeräumt, die Genehmigung nicht nur im Falle eines Rechtsverstößes zu versagen, sondern auch dann, wenn die Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe des Bundes nicht beachtet sind.
- Anders als bei einem bloßen Recht zur Beanstandung des Haushaltsplans werde der Haushalt erst nach der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde rechtsverbindlich, sodass der GKV-Spitzenverband ihn vorher nicht vollziehen kann.

FAIRE-KASSENWAHL-GESETZ

Generalangriff auf Sozialpartnerschaft

Der von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) vorgelegte Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) sieht vor, dass die ehrenamtlichen Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes ausscheiden. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat eine Erklärung dagegen verfasst und findet breite Unterstützung.

www.gkv-spitzenverband.de unter Über uns/Presse/Pressemitteilungen und Statements



Foto: vdek/Georg J. Lopata

„Sozialpartnerschaft ist für uns nicht bloß ein politisches Schlagwort, sondern im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes gelebter Alltag. Gemeinsam sorgen Arbeitgeber und Versicherte dafür, dass die Patientenperspektive ein starker Anker in der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung bleibt. **Die soziale Selbstverwaltung auszuhebeln hieße, gegen das Miteinander von Arbeitgebern und Versicherten zu arbeiten.**“

Uwe Klemens, Verbandsvorsitzender des vdek und Verwaltungsratsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes



Foto: GKV-Spitzenverband

„**Soziale Selbstverwaltung ist ein Garant für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung heute und morgen.** Sie ist für die Beantwortung wichtiger Grundsatzfragen und die Lösung künftiger Herausforderungen unverzichtbar. Unser gemeinsames Ziel ist ein dauerhaft leistungsfähiges und finanzierbares Gesundheitssystem, fernab von parteipolitischen Streit und Kalkül.“

Dr. Volker Hansen, alternierender Verwaltungsratsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes



Foto: DGB/Simone M. Neumann

„Die unabhängige, versicherten nahe Selbstverwaltung zugunsten ministerialer Durchgriffsfantasien abwickeln zu wollen, ist vollkommen inakzeptabel. Spahn will damit nicht nur massiv in das Fundament des Sozialstaats eingreifen. **Er öffnet einem radikalen Wettbewerbsprinzip in der Gesundheitsversorgung Tür und Tor** – der Schaden für die Versicherten ist vorprogrammiert.“

Annelie Buntentbach, Vorstandsmitglied des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB)



Foto: ver.di

„Eine Beschneidung der Selbstverwaltung widerspricht nicht nur dem Koalitionsvertrag. Sie widerspricht dem grundsätzlichen Selbstverständnis und der Tradition der sozialen Selbstverwaltung in der Bundesrepublik, in der Arbeitnehmer und Arbeitgeber gleichermaßen über das Leistungsspektrum und die Budgetierung der Kassen sowie die Kontrolle ihrer Vorstandsmitglieder entscheiden. **Was Spahn plant, kommt einer Entmachtung der Selbstverwaltung nahe.** Das muss verhindert werden.“

Frank Bsirske, Vorsitzender der Gewerkschaft ver.di



Foto: Boris Trenkel

„**Dieses Manöver zielt darauf, den Einfluss der Politik im Gesundheitssektor dauerhaft weiter auszubauen.** Die gewählten Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber per Gesetz aus dem wichtigsten Gremium der gesetzlichen Krankenversicherung zu entfernen, ist alles andere als eine Stärkung der Demokratie.“

Hans Peter Wollseifer, Präsident des Zentralverbandes des Deutschen Handwerks und Mitglied im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes



Foto: BDA

„**Arbeitgeber und Versicherte müssen weiter im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes vertreten sein.** Nur dann ist gewährleistet, dass dieser auch in Zukunft noch die starke Stimme der Beitragszahler in der Gesundheitspolitik bleibt. Das Argument der notwendigen Professionalisierung ist unsinnig, denn der GKV-Spitzenverband wird natürlich auch heute schon von bestens qualifizierten hauptamtlichen Vorständen geführt, die vom Verwaltungsrat gewählt werden.“

Alexander Gunkel, Mitglied der Hauptgeschäftsführung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)

#REGIONALSTARK

Gemeinsame Öffentlichkeitsinitiative der Ersatzkassen

Die bundesweit organisierten Ersatzkassen betonen in einer gemeinsamen Öffentlichkeitsinitiative #regionalstark ihre Stärke in der regionalen Versorgung.

Im Zusammenhang mit der mittlerweile von der AOK sehr unsachlich geführten Diskussion um das Faire-Kassenwahl-Gesetz (GKV-FKG) werden Mythen über die regionale Versorgung verbreitet, die einer sachlichen Debatte nicht standhalten“, so Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek). „Hier wollen wir durch Transparenz gegensteuern. Insbesondere verschweigt die AOK, dass die wesentlichen Versorgungsverträge für die Regionen kollektivvertraglich geschlossen werden (ca. 97 Prozent der Versorgung), womit alle Kassenarten an der Versorgung beteiligt sind. Ergänzt wird die Versorgung durch zahlreiche Selektivverträge, die auf die spezielle Versorgungssituation vor Ort eingehen.“

Fakt 1: Die regionale Versorgung findet immer vor Ort statt. Wo sonst? Auch wenn die Ersatzkassen bundesweit organisiert sind, wird die regionale Versorgung kollektivvertraglich in der Regel gemeinsam mit anderen Kassenarten in den Ländern ausgehandelt. Für die Ersatzkassen sind die vdek-Landesvertretungen damit beauftragt. Dabei geht es um Vertrags- und Vergütungsvereinbarungen mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen. Auch die Krankenhausplanung und die Bedarfsplanung zu der Zahl der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten finden hier statt. Hinzu kommt die Zulassung und Qualitätsprüfung anderer Leistungserbringer wie Physiotherapeuten und Masseure. Und auch für die Pflegeversicherung gilt: Die Versorgungsverträge mit den Pflegeeinrichtungen werden von den vdek-Landesvertretungen

abgeschlossen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Bedürfnisse der Menschen vor Ort berücksichtigt werden.

Fakt 2: Hinzu kommen zusätzlich bundesweit 1.380 besondere regionale Versorgungsverträge, die die Ersatzkassen entweder allein oder in Kooperation mit anderen Partnern oder über den vdek abschließen. Spitzenreiter sind dabei die Bundesländer Nordrhein-Westfalen (309), Niedersachsen (237), Bayern (220), aber auch Baden-Württemberg (185), in denen solche besonderen Vertragsformen z. B. aus den Versorgungsbereichen Diabetes, Onkologie, Endoprothetik und vielen weiteren angeboten werden.

Fakt 3: Um eine ausgewogene Versorgung sicherzustellen, treten die Ersatzkassen dafür ein, dass eine Regionalkomponente im Morbi-RSA verankert wird. Unterschiedliche Versorgungsbedarfe, die sich aus der Bevölkerungs- und Angebotsstruktur ergeben, müssen beim Morbi-RSA berücksichtigt werden.

Die Versicherten der Ersatzkassen profitieren aber auch von deren bundesweiten Ausrichtung, so Elsner. „Wir legen Wert darauf, dass die medizinische Versorgung in Baden-Württemberg genauso hochwertig organisiert wird wie in Mecklenburg-Vorpommern. Außerdem haben die einzelnen Ersatzkassen bundesweit einen einheitlichen Beitragssatz und stehen damit auch für einen solidarischen Ausgleich innerhalb der Versichertengemeinschaft. Dafür brauchen wir aber auch faire Rahmenbedingungen. Dazu gehört eine einheitliche Aufsicht ebenso wie ein funktionierender Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen im Morbi-RSA.“ ■



KOLLEKTIV- UND SELEKTIVVERTRÄGE

Wie die Ersatzkassen regionale Versorgung gestalten

357.386 Quadratkilometer Fläche, 73 Millionen Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Großstädte und Ballungsgebiete mit mehr als 1.000 Einwohnern pro Quadratkilometer und zugleich Landkreise mit weniger als zehn Einwohnern pro Quadratkilometer – diese Bedingungen muss die GKV bei der Versorgung berücksichtigen. Dass die Ersatzkassen ihren Gestaltungsspielraum auch bei der regionalen Versorgung nutzen, zeigt nicht zuletzt, dass sie aktuell bundesweit um die 1.380 besondere regionale Versorgungsverträge abgeschlossen haben. Doch wie genau kann die regionale Versorgung eigentlich gestaltet werden?

/ Text / Eike-Christian Müller

Die regionalen Bedingungen für Versorgung sind sehr unterschiedlich, daher ist zu überlegen, was regionale Versorgung in Bezug auf die GKV leisten soll. Die Ersatzkassen, als bundesweite Kassen, sind besonders von dieser Frage betroffen, da die Versorgung der Versicherten nicht von der Region abhängig sein kann. Eine gleiche Versorgung, unabhängig von regionalen Faktoren oder Strukturen, ist jedoch ebenfalls nicht sinnvoll.

Vielmehr ist an dieser Stelle eine Gleichwertigkeit der Versorgung erforderlich, die sich am Bedarf der einzelnen Patienten orientiert. Der Sachverständigenrat fasst dies in seinem letzten Gutachten mit dem Gedanken der Bedarfsgerechtigkeit zusammen. Hiernach „soll jeder und jede Krankenversicherte in quantitativer und qualitativer Hinsicht die Gesundheitsversorgung erhalten, die seinem bzw. ihrem Bedarf entspricht, das heißt, die er oder sie nach möglichst objektiven Kriterien benötigt.“ Die Basis hierfür wird in der Angebotsplanung geschaffen, beispielsweise in der jeweiligen Krankenhaus- oder Bedarfsplanung. Hierauf aufbauend erfolgt die eigentliche Regelung der Versorgung in den jeweiligen Verträgen zwischen den Krankenkassen und den verschiedenen Leistungserbringern.

Versorgung durch Kollektivverträge

Dabei erfolgt ein Großteil der Versorgung über Kollektivverträge, also einem Vertragsschluss zwischen Gemeinschaften der Leistungserbringer und Gemeinschaften der Krankenkassen, der bindend für alle Mitglieder der jeweiligen Gemeinschaften ist. Zumeist knüpfen die regionalen Kollektivverträge dabei an bundeseinheitliche gesetzliche Vorgaben oder bundesweit geltende Kollektivvereinbarungen der Spitzenverbände der Leistungserbringer und des Spitzenverbandes der Krankenkassen an. In der Regel werden grundlegende Vorgaben auf Bundesebene gemacht, sodass auf regionaler Ebene die konkrete Umsetzung und gegebenenfalls Anpassung an regionale Besonderheiten stattfindet.

Als Beispiel sei hier die jährliche Festlegung des regionalen Punktwertes im Rahmen der Vergütungsverhandlungen der vertragsärztlichen Versorgung genannt. Der Punktwert bildet zusammen mit dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) die Vergütungshöhe für die jeweilige vertragsärztliche Leistung. Zunächst wird auf Bundesebene bis zum 31. August jeden Jahres ein bundeseinheitlicher Punktwert als Orientierungswert für das Folgejahr festgelegt. Auf dieser Grundlage wird dann auf regionaler Ebene ein regionaler Punktwert verhandelt. Dabei können Zu- und

Abschläge zum Orientierungswert vereinbart werden. Dies ist etwa bei regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur denkbar. Zudem können zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere in Gebieten mit bestehender oder drohender Unterversorgung, Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen und für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart werden. Die regionalen Vertragspartner haben hier also unter bestimmten Voraussetzungen Spielraum zur Ausgestaltung der Versorgung vor Ort.

Mit Selektivverträgen auf regionale Besonderheiten eingehen

Noch deutlicher wird die regionale Versorgungsgestaltung durch Selektivverträge. Das sind im Wesentlichen Verträge zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V, Hausarztverträge nach § 73b SGB V und Modellvorhaben nach §§ 63a ff. SGB V. Diese Verträge ermöglichen es den Ersatzkassen, jenseits des Kollektivvertrages auf regionale Anforderungen und Versorgungsbedarfe einzugehen. Selektivvertrag in der GKV meint dabei die fakultative Möglichkeit für Krankenkassen, mit einzelnen Leistungserbringern Versorgungsverträge zu schließen. Historisch bedingt war für einen langen Zeitraum überwiegend der Abschluss von Kollektivverträgen gesetzlich festgeschrieben. Im Zuge der wettbewerblichen Ausrichtung der GKV erfolgte eine Öffnung dieser kollektivvertraglichen Strukturen für Einzelverträge. Neben dem Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um Mitglieder sollte auch die wettbewerbliche Öffnung des Leistungsmarktes mehr Qualität und Effizienz bringen.

Zudem wird hiermit eine bedarfsgerechte Versorgung erreicht, da durch marktleistungsgerechte Preise sowie Steigerung der Behandlungseffizienz bei gleichzeitig resultierender Verbesserung der Behandlungsqualität und Umsetzung von Innovationen Versorgungsbedarfe besser erschlossen werden können. Bestehende Koordinationsprobleme, Qualitätsmängel und mangelnde Ressourcenverwendung können in gewissen Grenzen durch die Selektivverträge gelöst werden. Sie können so als Ergänzung

zum Kollektivvertrag Impulse im Versorgungswettbewerb der Krankenkassen liefern und zugleich eine bedarfsgerechte regionale Versorgung ermöglichen.

Ein weiterer Kontext für Selektivverträge ist die Umsetzung von Versorgungsinnovationen. Eine zunehmende Spezialisierung in Verbindung mit Produktinnovationen, die auf bestimmte Patientenpotenziale abgestimmt sind, bedeutet auch, dass Innovationen über Selektivverträge zielgenau implementiert werden können, ohne dass eine Aufnahme in die kollektivvertragliche Versorgung notwendig ist. Gerade bei unklarer Evidenzlage kann dies zur schnellen Verfügbarkeit von Innovationen führen und zeitgleich die Sicherheit bieten, im Falle eines ausbleibenden Nutzens besseren Produkten weichen zu können.

In diesem Zusammenhang sind auch regionale Projekte zu nennen, die Mittel aus dem Innovationsfonds erhalten. Der



Eike-Christian Müller
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek



Regionale Versorgung durch die Ersatzkassen

Auch wenn die Ersatzkassen bundesweit organisiert sind, wird die regionale Versorgung überwiegend kollektivvertraglich in den Ländern ausgehandelt, in der Regel gemeinsam mit anderen Kassenarten.

Für die Ersatzkassen sind die vdek-Landesvertretungen damit beauftragt. Dabei geht es um Vertrags- und Vergütungsvereinbarungen mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen. Auch die Krankenhausplanung und die Bedarfsplanung für die Zahl der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten finden durch die Landesvertretungen statt. Hinzu kommt die Zulassung und Qualitätsprüfung anderer Leistungserbringer, wie Physiotherapeuten und Masseure.

Und auch für die Pflegeversicherung gilt: Die Versorgungsverträge mit den Pflegeeinrichtungen werden von den vdek-Landesvertretungen abgeschlossen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Bedürfnisse der Menschen vor Ort berücksichtigt werden. Die wesentlichen Versorgungsverträge für die Regionen werden kollektivvertraglich geschlossen (ca. 97 Prozent der Versorgung), womit alle Kassenarten an der Versorgung beteiligt sind.

Ergänzend haben die Ersatzkassen bundesweit insgesamt um die 1.380 besondere regionale Versorgungsverträge, die die Ersatzkassen entweder allein oder in Kooperation mit anderen Partnern oder über den vdek abschließen. Spitzenreiter sind dabei die Bundesländer Nordrhein-Westfalen (309), Niedersachsen (237), Bayern (220) und Baden-Württemberg (185), in denen besondere Vertragsformen zum Beispiel aus den Versorgungsbereichen Diabetes, Onkologie, Endoprothetik und vielen weiteren angeboten werden.



➔ Innovationsfonds fördert in den Jahren 2016 bis 2019 neue Versorgungsansätze und Ideen zur Versorgungsforschung mit insgesamt 1,2 Milliarden Euro. Eine Verlängerung ist im Rahmen des Referentenwurfs zum Digitale Versorgung Gesetz (DVG) angekündigt.

In den vergangenen drei Jahren sind auf diese Weise auch Projekte mit einem regionalen Fokus gefördert worden, die im Anschluss dauerhaft auf andere Regionen übertragen werden sollen, sofern sie positive Auswirkungen auf die Versorgung zeigen. Auf diesem Wege beteiligen sich allein die Ersatzkassen an über 30 Projekten, die einen klaren regionalen Schwerpunkt haben und nur in einem Bundesland bzw. nur in einer Region durchgeführt werden. Die Bandbreite der geförderten Projekte reicht dabei von der telemedizinischen Allgemein-, Fach- oder Notfallversorgung in der Dermatologie im ländlichen Mecklenburg-Vorpommern bis zum Betreuungsnetzwerk in Hamburg-Eimsbüttel für ein längeres selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit.

1.380 besondere regionale Versorgungsverträge

Bundesweit haben die Ersatzkassen aktuell insgesamt um die 1.380 besondere regionale Versorgungsverträge abgeschlossen. In der Regel sind dies Selektivverträge, die die Ersatzkassen entweder allein, in Kooperation mit anderen Partnern oder über den Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) abschließen. Aber auch die Projekte im Rahmen des Innovationsfonds sind hier enthalten. Die regionalen Versorgungsverträge verteilen sich dabei auf alle Bundesländer bzw. Regionen, wobei die Zahl in den bevölkerungsreichen Bundesländern leicht höher ist. Inhaltlich berücksichtigen die Verträge die besonderen Versorgungsbedarfe, die regional entstehen können. So werden insbesondere häufige Erkrankungen bzw. schwerwiegende Erkrankungen im Rahmen der Verträge aufgegriffen. Schwerpunkte sind daher etwa Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Rheuma oder Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen. Weitere Verträge richten sich an onkologische Patienten. Ein weiterer Schwerpunkt sind die Verträge, die den Bedarf an Prozessinnovationen bzw.

Prozessverbesserungen decken. Das sind beispielsweise Verträge zum ambulanten Operieren oder zur Zweitmeinung.

All das zeigt, dass regionale Versorgung aktiv durch die Ersatzkassen gestaltet wird. Regionale Versorgungsbedarfe sind Anlass sowohl im Bereich des Kollektivvertrages als auch insbesondere im Selektivvertragsbereich, den Handlungsspielraum wahrzunehmen. Die Ersatzkassen sind hierbei in allen Regionen ein wichtiger Akteur zur Weiterentwicklung der regionalen Versorgung. ■

Beispiele regionaler Innovationsfondsprojekte der Ersatzkassen

NWGA – NetzWerk GesundAktiv

Konsortialführer: Techniker Krankenkasse (TK)

Das NetzWerk GesundAktiv (NWGA) ist ein sektorenübergreifendes Hilfs- und Betreuungsnetzwerk im Quartier im Hamburger Bezirk Eimsbüttel. Ziel des NWGA ist es, den Menschen auch im hohen Alter möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen.

Projektpartner: BARMER; DAK-Gesundheit; DRV Knappschaft-Bahn-See; Albertinen-Krankenhaus; Cibek technology + trading GmbH; Universität Bielefeld; Universität Hamburg; Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.

AdAM – Anwendung digital-gestütztes Arzneimitteltherapie- und Versorgungs-Management

Konsortialführer: BARMER

Besonders bei älteren Menschen, die unter mehreren Krankheiten leiden, kann die Einnahme verschiedener Medikamente zu gefährlichen Neben- und Wechselwirkungen führen. Das Projekt AdAM soll Hausärzte bei ihrem Arzneimitteltherapie-Management unterstützen, indem ihnen digital und patientenbezogen behandlungsrelevante Krankenkassenabrechnungsdaten, potenzielle Risiken wie auch medizinisch-pharmazeutische Fachinformationen zur Verfügung gestellt werden.

Projektpartner: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe; Goethe-Universität Frankfurt am Main; Universität Bielefeld; Universität zu Köln; Bergische Universität Wuppertal

ReKo Regionales Pflegekompetenzzentrum – Innovationsstrategie für die Langzeitversorgung vor Ort

Konsortialführer: DAK-Gesundheit

Ziel des Projekts ReKo ist es, ein regionales Pflegekompetenzzentrum zu schaffen, das auf die Herausforderungen eingeht, die der demografische Wandel für Pflege und Versorgung insbesondere im ländlichen Raum mit sich bringt. Die spezialisierte Beratung, Betreuung und stationäre sowie ambulante Versorgung pflegebedürftiger betagter Menschen soll hier in einem Case-Management-Ansatz vereint und koordiniert werden.

Projektpartner: Gesundheitsregion EUREGIO e. V.; Universität Osnabrück; PTHV Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar gGmbH

REFORM DER BEDARFSPLANUNG

Neue Niederlassungsmöglichkeiten für Ärzte und Psychotherapeuten

Mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 16. Mai 2019 zur Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie (BPL-RL) wurden die Voraussetzungen für eine zukünftig bedarfsorientiertere Bedarfsplanung für Ärzte und Psychotherapeuten geschaffen. Damit hat der G-BA die vom Gesetzgeber im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geforderte weitere Überarbeitung der BPL-RL fristgemäß umgesetzt.

/Text/ Peter Prominski

Die Reform basiert unter anderem auf Vorschlägen aus dem vom G-BA im September 2018 veröffentlichten Gutachten zur Bedarfsplanung und verschiedenen politischen Forderungen. Im Kern erhalten die Landesebenen differenziertere und zusätzliche Instrumente zur Steuerung der regionalen und lokalen Verteilung der Ärzte und Psychotherapeuten. Die Altersverteilung der Einwohner eines Planungsbereiches wird zukünftig in vier Clustern – jeweils unterschieden in männlich und weiblich – statt in zwei Clustern dargestellt, was eine feinere Planung nach sich zieht. Darüber hinaus fließt zukünftig die regionale Morbidität der Versicherten mit in die Planung ein. Damit ist der Landesausschuss für Ärzte/Krankenkassen in der Lage, die Bedarfe an Ärzten und Psychotherapeuten in den jeweiligen Planungsbereichen noch exakter über regionale Verhältniszahlen darzustellen.

Mindest- und Höchstquoten

Hinsichtlich einer homogenen Verteilung von Internisten mit Schwerpunkt werden sogenannte Mindest- und Höchstquoten vom G-BA eingeführt. Die Mindestquote von acht Prozent soll im Fall der Rheumatologen sicherstellen, dass bis zu einem Anteil von acht Prozent an den Fachinternisten eines Planungsbereiches Rheumatologen zugelassen werden, auch

wenn der Planungsbereich für Fachinternisten bereits gesperrt ist. Dies sorgt zwar für einen Aufwuchs bei den Fachinternisten, ermöglicht aber dringend benötigte Niederlassungsmöglichkeiten für Rheumatologen. Die Höchstquoten hingegen sollen für eine Begrenzung der Niederlassungen bei bestimmten Fachinternisten sorgen, um so eine homogenere Verteilung von Fachinternisten im Planungsbereich zu gewährleisten. Für die Fachgruppe der Kardiologen werden 33 Prozent, für Gastroenterologen 19 Prozent, für Pneumologen 18 Prozent und für Nephrologen 25 Prozent als Höchstquote festgelegt. Mit diesen Höchstquoten soll vermieden werden, dass sich über diese Quoten hinaus Ärzte dieser Fachgruppen niederlassen und damit andere Fachgruppen der inneren Medizin „zu kurz kommen“.

Die bereits bestehenden Möglichkeiten, auf Landesebene regionale und lokale Besonderheiten zu berücksichtigen, bleiben erhalten. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat der Gesetzgeber zusätzlich die Möglichkeit geschaffen, dass die Landesbehörden Zulassungssperren aufheben können, sofern bestimmte Kriterien eingehalten bzw. geprüft wurden. Diese müssen vorher allerdings mit dem Landesausschuss für Ärzte/Krankenkassen einvernehmlich festgelegt werden, um willkürliche Entscheidungen der Landesbehörden abzuwenden. Mit dem Inkrafttreten der Bedarfsplanungsrichtlinie haben die Landesausschüsse sechs Monate Zeit, die neue Richtlinie umzusetzen. ■

Die Landesebenen erhalten differenziertere Instrumente zur Steuerung der Verteilung der Ärzte und Psychotherapeuten.



Peter Prominski
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek

Foto: privat



BIBLIOTHEK

HANDBUCH

Qualitätsmanagement in der Palliativversorgung

Wie können Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) die Qualität ihrer Arbeit messen und sichern? Das Handbuch präsentiert Standards und Prozesse, die sich beim Qualitätsmanagement in kleinen, multiprofessionellen Teams bewährt haben. Experten aus über 20 Palliative-Care-Teams und aus der Landesarbeitsgemeinschaft Palliativversorgung arbeiteten mit. Bestehende Grundlagen, Richtlinien und validierte Messinstrumente wurden in die Abstimmungsprozesse einbezogen. Es eignet sich als Vorlage für Teams, die für die eigene Arbeit ein individuelles Handbuch erstellen wollen.

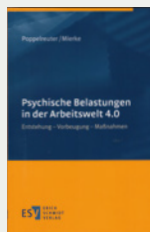


Fachverband SAPV Hessen (Hg.)
Handbuch Qualitätsmanagement in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
 2015, 230 S., €59,95
 Mabuse-Verlag,
 Frankfurt am Main

RAHMENBEDINGUNGEN

Psychische Belastungen am Arbeitsplatz

Dieses Buch geht nicht nur auf die Erfassung psychischer Belastungen und Gefährdungen am Arbeitsplatz ein, es widmet sich vor allem der Analyse der Rahmenbedingungen und Ursachen. Dabei spielen veränderte Arbeitsinhalte, Arbeitsmittel und Organisationsformen ebenso eine Rolle wie Einstellungen und Motivationen. Es gibt praktische Hilfestellung, „gesunde Leistungsfähigkeit“ am Arbeitsplatz zu schaffen und zu erhalten – mit konkreten Praxisbeispielen und zahlreichen Vorschlägen zur Prävention und Intervention.



Dr. Stefan Poppelreuter,
 Prof. Dr. Katja Mierke
Psychische Belastungen in der Arbeitswelt 4.0: Entstehung – Vorbeugung – Maßnahmen
 2018, 257 S., €39,90
 Erich Schmidt Verlag, Berlin

GESELLSCHAFT

Geschäft Gesundheit?

Es mangelt nicht an Ratschlägen gegen Zivilisationskrankheiten wie Burn-out, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebs. Aber der Körper muss offenbar gut auf die hohen Anforderungen des marktwirtschaftlichen Alltags vorbereitet werden. Der Autor legt dar, wie das Gesundheitswesen funktioniert, warum es so oft in die öffentliche Kritik gerät und warum es ständig reformiert werden muss. Zudem deckt er auf, wie Krankheit infolge von Rücksichtslosigkeit auf das Wohlergehen des Menschen immer mehr zum Geschäft wird.



Suibert Cechura
Unsere Gesellschaft macht krank – Die Leiden der Zivilisation und das Geschäft mit der Gesundheit
 2018, VIII, 336 S., €21,95
 Tectum Verlag in der
 Nomos Verlagsgesellschaft,
 Baden-Baden

Haushaltsrecht

Der Kommentar zeigt die Verzahnung zwischen Haushalts- und Rechnungswesen auf und enthält praktische Übersichts- und Zusatzmaterialien. Unter Berücksichtigung des Haushaltsrechts aller Sozialversicherungszweige gibt es entscheidende Schwerpunkte: nicht nur die haushaltsrechtlichen Vorschriften des SGB IV, sondern auch die Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung (SVHV).

Dr. jur. Rüdiger Wirth, Heinz-Günter Held,
 Prof. Dr. jur. Manfred Heße

Haushaltsrecht der Sozialversicherung

1. Lfg., 03/2019. Gesamtwerk 1.870 S.
 in einem Ordner, €112
 Erich Schmidt Verlag, Berlin

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

1. Lfg., 03/2019. Gesamtwerk 5.456 S.
 in vier Ordnern, €136
 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.)

SGBV – Gesetzliche Krankenversicherung

2. Lfg., 02/2019. Gesamtwerk 13.140 S.
 in sieben Ordnern, €204
 Erich Schmidt Verlag, Berlin

ÜBERSICHT

Teilhabe und Inklusion

Das Buch soll mit seinen Erläuterungen zu den verschiedenen Regelungen den Zugang zum Recht der Menschen erleichtern und als Hilfsmittel für den Umgang mit den Neuerungen durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) dienen. Dazu werden die wichtigsten Gesetze, Verordnungen und Vorschriften aus dem Recht der Menschen mit Behinderung vorgestellt. Die Grundlage bilden neben dem SGB IX mit BTHG über 20 Gesetze und Verordnungen im Wortlaut oder in wesentlichen Teilen. Kurze Einführungen und Rechtsprechungsübersichten erleichtern den Umgang mit den Regelungen.



Nils Bolwig, Maren Conrad-Giese, Henning Groskreutz, Daniel Hlava und Diana Ramm
Behindertenrecht in der Arbeitswelt – Gesetze, Verordnungen, Einleitungen, Übersichten, Rechtsprechung
3. Auflage 2019, 577 S., €24,90
Bund-Verlag, Frankfurt am Main

TEXTSAMMLUNG

Gesetze und Verordnungen Berlin

Die Textsammlung enthält eine systematische Auswahl der für das Land Berlin wichtigsten Rechtsvorschriften und berücksichtigt die für die Studierenden an den Universitäten und Fachhochschulen sowie für die Rechtsreferendare maßgeblichen Vorschriften des Landesrechts. Darüber hinaus enthält sie Gesetze und Verordnungen für Richter, Verwaltungsbeamte, Rechtsanwälte und Verbandsjuristen, denen erfahrungsgemäß in der täglichen Praxis erhebliche Bedeutung zukommt.



Prof. Dr. Helge Sodan,
Prof. Dr. Wolfgang Kuhla
Landesrecht Berlin
Reihe: NomosGesetze
14. Auflage 2019,
Stand: 1. September 2018,
953 S., €25,90
Nomos Verlagsgesellschaft,
Baden-Baden

ORGANSPENDE

Fragen und Antworten

Mit Hintergrundwissen und Informationen aus zahlreichen Experteninterviews schafft dieses Buch eine Basis, um eine fundierte Entscheidung für oder gegen eine Organspende treffen zu können. Auch Organempfänger kommen zu Wort, ebenso werden Angehörige befragt, die einer Organspende zugestimmt haben. Weiterhin wird auf die aktuellen Maßnahmen zur Verbesserung der Spenderquote eingegangen. Belegt wird das große Potenzial, das gerade in den Kliniken liegt. Der Autor diskutiert die Vor- und Nachteile von Widerspruchs- und Entscheidungslösung und geht auf die Non-Heart-Beating-Donor-Problematik ein.



Heiko Burrack
Leben hoch zwei – Fragen und Antworten zu Organspende und Transplantation
2019, 328 S., €24,99
medhochzwei Verlag GmbH,
Heidelberg

Regelungen des SGB V

Das Handbuch kommentiert ausführlich und praxisnah die Vorschriften des SGBV und bietet Auskunft zu allen Fragen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Es liefert Informationen für Gerichte, Rechtsanwälte, Mitarbeiter in den Krankenversicherungen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und in der Sozialverwaltung sowie für alle im Sozialrecht tätigen Berater.

Dr. Ruth Düring, Hermann Frehse und
Prof. Dr. Ernst Hauck (Hg.)

**Handbuch der Krankenversicherung –
Teil II – Sozialgesetzbuch V**

90. Lfg., 01/2019, €139. Gesamtwerk 6.290 S.
in vier Ordnern, €299
W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Ergänzende Gesetze von A bis Z

Ergänzende Gesetze aus dem Verfassungs-, Verwaltungs-, Zivil- und Strafrecht, Vorschriften aus Arbeitsrecht und Arbeitsschutz sowie ergänzende Gesetze des Steuer- und Finanzrechts sind speziell auf den Sozialversicherungsfachangestellten abgestimmt und besonders geeignet für alle Fragen in der Aus- und Weiterbildung.

GAZ – SV

87. Lfg., 02/2019. Gesamtwerk in einem Ordner, €149
CW Haarfeld GmbH, Hürth

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

64. Lfg., 04/2019. Gesamtwerk in zwei Ordnern, €149
CW Haarfeld GmbH, Hürth



ONLINE-PORTALE

vdek-Pflegelotse zum dritten Mal ausgezeichnet

Der vdek-Pflegelotse ist im Mai 2019 erneut mit dem Preis „Deutschlands beste Online-Portale“ in der Kategorie „Leben & Gesundheit“ ausgezeichnet worden. Bereits in den vergangenen zwei Jahren gehörte die Seite www.pflegelotse.de des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zu den Gewinnern des Internet Awards, den der Fernsehsender n-tv und das Deutsche Institut für Service-Qualität (DISQ) seit 2017 verleihen.



Grundlage für die Preisvergabe war eine repräsentative Online-Befragung zu rund 570 unterschiedlichen Webangeboten für Verbraucher. Rund 33.000 Kundenmeinungen holten die Marktforscher hierfür ein. Bewertet wurden die Webseiten in den Bereichen „Angebot“, „Leistung“, „Kundenservice“ sowie „Qualität des Internetauftritts“. Darüber hinaus gaben die Befragten an, für wie empfehlenswert sie die Portale einstufen.

Der vdek-Pflegelotse gehört zu den Marktführern unter den Informationsportalen für Pflegeeinrichtungen und verzeichnet rund 1,2 Millionen Besuche pro Monat. Das Suchportal gibt mit bundesweit rund 25.000 Einträgen eine umfassende Übersicht über stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, häusliche Betreuungsdienste sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag. Der Pflegelotse ist werbefrei und wurde für seine besonders hohe Barrierefreiheit von einer unabhängigen Prüfstelle mit 96,75 von 100 Punkten ausgezeichnet (Gesamtbewertung: „sehr gut“). *pm*
www.pflegelotse.de

MEHRWERT:PFLEGE

vdek unterstützt betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege

Arbeiten in der Pflege bedeutet, sich um die Gesundheit anderer zu kümmern – dabei rückt die Gesundheit der Beschäftigten oftmals in den Hintergrund. Der Arbeitsalltag in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen ist durch spezifische Arbeitsanforderungen gekennzeichnet: Schichtdienst, Zeitdruck, der Umgang mit Emotionen sowie körperlich anspruchsvolle Tätigkeiten können zu einer Belastung werden.

Um die Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften und allen anderen Beschäftigtengruppen zu erhalten bzw. zu stärken und eine gesunde Arbeitsumgebung zu schaffen, haben die Ersatzkassen das Konzept MEHRWERT:PFLEGE entwickelt. Dieses neue Angebot zur betrieblichen Gesundheitsförderung wird vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) organisiert. Grundlage dafür bildet das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG).



Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen in Deutschland, die ein betriebliches Gesundheitsmanagement für ihre Beschäftigten aufbauen oder weiterentwickeln möchten, können sich von qualifizierten BGF-Beratern mit Unterstützung des vdek kostenlos informieren und begleiten lassen. Auf Basis einer Situationsanalyse entwickeln die Berater gemeinsam mit dem Krankenhaus oder der stationären Pflegeeinrichtung passgenaue Unterstützungsangebote, zum Beispiel zur Schichtplangestaltung, zur teamorientierten Kommunikation und gesundheitsgerechten Führung bis hin zur Stressbewältigung, Bewegung und Ernährung. MEHRWERT:PFLEGE ist ein Angebot im Rahmen der Ersatzkasseninitiative Gesunde Lebenswelten. *pm*
www.vdek.com/mehrwert-pflege

HAUPTSTADTKONGRESS 2019

Apps & Co



Foto: vdek/Tobias Kurfür

Der diesjährige Hauptstadtkongress stand im Zeichen der Digitalisierung. Vom 21. bis 23. Mai 2019 diskutierte die Branche, welche Herausforderungen sich für die Gesundheitsversorgung, die Gesundheitsberufe und die Gesundheitspolitik in Zeiten des digitalen Wandels ergeben. vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner hob in einem Vortrag zum Thema „Telemedizin, Apps & Co – brauchen wir eine Fast Lane in die Regelversorgung?“ hervor, dass die Ersatzkassen in dem Entwurf des Digitale Versorgung Gesetzes (DVG) einen wichtigen Schritt der Politik zur Modernisierung des Gesundheitswesens sehen. „Es muss jedoch sichergestellt sein, dass für Apps, die in die GKV-Regelversorgung kommen, ein klarer Nutznachweis und Datensicherheit besteht.“ Elsner präsentierte einen konkreten Vorschlag für die Nutzenbewertung von Medizin-Apps durch ein beschleunigtes Erprobungsverfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Auch das geplante Faire-Kassenwahl-Gesetz (GKV-FKG) beschäftigte die Fachleute auf dem Hauptstadtkongress. In einer Diskussionsrunde begrüßte Elsner die im Gesetzesentwurf stehende Absicht, die Regionalkassen bundesweit zu öffnen. „Die bundesweit organisierten Ersatzkassen sind auch in der regionalen Versorgung stark“, so Elsner. Gute regionale Versorgung werde durch alle Kassen sichergestellt, nicht nur durch Regionalkassen mit begrenzter Wahlfreiheit. *nj*



STECKBRIEF

Kai Klose

Alter 45 Wohnort Idstein/Taunus

Ausbildung Gymnasiallehrer
(Deutsch, Politik und Wirtschaft)

Tätigkeit Hessischer Minister für Soziales
und Integration MdL

Hobbys Radfahren, wandern, kochen

Lieblingsgericht Im Moment beinahe die
komplette arabische Küche

Gesundheit bedeutet für Sie...

... alles zu tun, um die eigene zu erhalten.

Wie lautet Ihr Rezept für persönliches Wohlbefinden?

Lachen, Zeit mit geliebten Menschen verbringen, den Grad der Selbstbestimmung erhöhen.

Was ist Ihr ungesundes Laster?

Salzige Snacks.

Wogegen wären Sie gerne versichert?

Gegen Ungeduld.

Was schätzen Sie am deutschen Gesundheitssystem?

Seine Qualität.

Als Versicherter wünschen Sie sich...

... wertschätzende Behandlung.

Worauf könnten Sie in der Politik verzichten?

Auf zu lange und unproduktive Sitzungen und auf den Bewegungsmangel.

Wie lautet Ihr Motto fürs Leben?

Machen statt mosern.



Wenn die Freizeitkrankheit zuschlägt

Viele von uns kennen das: Pünktlich zum Wochenende oder Ferienbeginn kratzt der Hals, rumort der Magen, hämmern die Kopfschmerzen. Von Urlaubsfeeling kann nicht die Rede sein. Wir sind krank. Und die Krankheit hat einen Namen: Die Freizeitkrankheit – oder auch Leisure Sickness. Manchmal fällt der Badeurlaub dann ins Wasser oder direkt am Urlaubsort ist strengste Bettruhe angezeigt. Aktuell bemüht sich die Wissenschaft, das weit verbreitete Phänomen der Freizeitkrankheit auszuleuchten. Immerhin fast ein Viertel der Deutschen ist davon betroffen, zeigt eine repräsentative Umfrage der IUBH Internationalen Hochschule. Darauf aufbauend hat die IUBH jetzt gemeinsam mit der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT) erforscht, welche Faktoren die Krankheit begünstigen und welche Menschen gefährdet sind. Viel hängt davon ab, wie wir unsere freie Zeit verbringen und welche Freizeittypen wir sind. Die „Arbeitstiere“ – häufig älter als 45 Jahre und ohne Führungsverantwortung – sind besonders anfällig: Sie leben für die Arbeit, gerne nehmen sie auch in ihrer arbeitsfreien Zeit freiwillig Fortbildungen wahr und treffen sich mit Geschäftspartnern. Hinzu kommen weitere Aktivitäten und private Verpflichtungen, wobei soziale Kontakte und Sport kaum eine Rolle spielen. Gefährdet ist erstaunlicherweise auch die Gruppe der sogenannten Inaktiven, die ihre Freizeit völlig frei, aber unstrukturiert und ohne Verbindlichkeiten gestaltet. Dieses Verhalten ist verstärkt bei Männern, Jüngeren und Führungskräften zu beobachten. Was lernen wir daraus? Dass auch viel freie Zeit nicht vor der Freizeitkrankheit schützt. Halten wir es daher lieber wie die „Verplanten“, unter denen sich tendenziell mehr Frauen befinden, oder wie die „Ausbalancierten“, bei denen Männer über 45 sowie Führungskräfte stärker vertreten sind. Beide Gruppen haben eine geringere Anfälligkeit für die Leisure Sickness. Sie zeigen, dass es auf die gesunde Mischung ankommt. Wer sich einen wirklichen Ausgleich zur Arbeit schafft und abschaltet, soziale Kontakte pflegt, private Verabredungen einhält und seine Zeit etwas strukturiert, hält sich die Freizeitkrankheit am ehesten vom Hals.

Wir wünschen einen gesunden und erholsamen Urlaub!

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 beim 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

Juni 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